



**Fundação BDMG de Seguridade Social**

**REGULAMENTO  
DO PROGRAMA DE  
PROMOÇÃO À  
SAÚDE**

**PRO-SAÚDE**

# ÍNDICE

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Tema I     | QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA .....  | 03 |
| Tema II    | QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE .....                                      | 03 |
| Tema II    | OBJETO DO CONTRATO .....   | 03 |
| Tema IV    | NATUREZA DO CONTRATO .....   | 03 |
| Tema V     | NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS .                  | 04 |
| Tema VI    | TIPO DE CONTRATAÇÃO .....  | 04 |
| Tema VII   | TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE .....               | 04 |
| Tema VIII  | ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE .....                 | 04 |
| Tema IX    | PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO .....                               | 04 |
| Tema X     | CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....  | 04 |
| Tema XI    | COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....                            | 07 |
| Tema XII   | EXCLUSÕES DE COBERTURA .....   | 12 |
| Tema XIII  | VIGÊNCIA .....   | 14 |
| Tema XIV   | CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA .....                                | 14 |
| Tema XV    | PERÍODOS DE CARÊNCIA .....   | 15 |
| Tema XVI   | DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES .....                                  | 15 |
| Tema XVII  | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....  | 15 |
| Tema XVIII | REMOÇÃO .....  | 16 |
| Tema XIX   | ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES .....                            | 16 |
|            | Seção 1 - Da Prestação de Serviços .....                               | 16 |
|            | Seção 2 - Do Reembolso .....   | 17 |
| Tema XX    | MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....  | 18 |
|            | Seção 1 - Co-Participação .....  | 18 |
|            | Seção 2 - Identificação dos Usuários .....                             | 19 |
|            | Seção 3 - Da Rede Credenciada .....                                    | 20 |
|            | Seção 4 - Das Condições de Atendimento .....                           | 20 |
|            | Seção 5 - Meios de Divulgação da Rede de Prestadores de Serviços ..... | 22 |
|            | Seção 6 - Das Exclusões .....  | 23 |

|                    |  |           |
|--------------------|--|-----------|
| <b>Tema XXI</b>    | <b>FORMAÇÃO DE PREÇO .....</b>   | <b>24</b> |
| <b>Tema XXII</b>   | <b>PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO E DA MENSALIDADE .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>Tema XXIII</b>  | <b>REAJUSTE .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>Tema XXIV</b>   | <b>FAIXAS ETÁRIAS .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>Tema XXV</b>    | <b>BÔNUS – DESCONTOS .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>Tema XXVI</b>   | <b>REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS<br/>COLETIVOS .....</b>                        | <b>27</b> |
| <b>Tema XXVII</b>  | <b>CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO USUÁRIO .....</b>   | <b>28</b> |
| <b>Tema XXVIII</b> | <b>CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO .....</b>  | <b>28</b> |
|                    | <b>Seção 1 - Do Cancelamento .....</b>   | <b>28</b> |
|                    | <b>Seção 2 - Das Penalidades Aplicáveis .....</b>  | <b>30</b> |
| <b>Tema XXIX</b>   | <b>SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>Tema XXX</b>    | <b>DISPOSIÇÕES GERAIS .....</b>  | <b>32</b> |
|                    | <b>Seção 1 - Dos Direitos e Obrigações .....</b>   | <b>32</b> |
|                    | <b>Seção 2 - Da Operadora .....</b>  | <b>33</b> |
|                    | <b>Seção 3 - Do Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão<br/>do Pro – Saúde .....</b> | <b>34</b> |
|                    | <b>Seção 4 - Dos Prestadores de Serviços .....</b>   | <b>35</b> |
|                    | <b>Seção 5 - Do Valor dos Serviços Prestados .....</b>   | <b>36</b> |
|                    | <b>Seção 6 - Das Reservas Técnicas .....</b>   | <b>36</b> |
|                    | <b>Seção 7 - Das Disposições Finais .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Tema XXXII</b>  | <b>ELEIÇÃO DE FORO .....</b>   | <b>37</b> |
| <b>ANEXO 01</b>    | <b>.....</b>   | <b>38</b> |
| <b>ANEXO 02</b>    | <b>.....</b>   | <b>39</b> |
| <b>ANEXO 03</b>    | <b>.....</b>   | <b>40</b> |
| <b>ANEXO 04</b>    | <b>.....</b>   | <b>41</b> |



## **Tema I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

**Art. 1º** A DESBAN - Fundação BDMG de Seguridade Social, doravante designada OPERADORA, é uma entidade de autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 19.969.500/0001-64, com sede em Belo Horizonte / MG, na Rua Bernardo Guimarães nº. 1.571 - Conjunto 1, Bairro Lourdes, CEP. 30.140-081, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 35.766-9.

## **Tema II – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

**Art. 2º** São patrocinadores do PRO-SAÚDE:

**a)** Razão Social: Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais S/A - BDMG  
CNPJ: 38.486.817/0001-74  
End.: Rua da Bahia, 1600  
Bairro: Lourdes - CEP: 30.160-011  
Belo Horizonte – MG

**b)** Razão Social: DESBAN - Fundação BDMG de Seguridade Social  
CNPJ: 19.969.500/0001-64  
End.: Rua Bernardo Guimarães, 1571 - Conjunto 1  
Bairro: Lourdes - CEP: 30.140-081  
Belo Horizonte – MG

## **Tema III – OBJETO DO CONTRATO**

**Art. 3º** O Programa de Promoção à Saúde, doravante designado PRO-SAÚDE, é um plano de assistência à saúde na modalidade de autogestão, instituído pelo Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais S.A. - BDMG, e tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9656/98, visando à cobertura de serviços de assistência médica, de diagnóstico e de terapia, aos usuários inscritos.

**Parágrafo Único** O PRO-SAÚDE rege-se pelo presente regulamento, por instruções e outros atos que forem baixados pelos órgãos competentes de sua administração e pela legislação a ele aplicável.

## **Tema IV – NATUREZA DO CONTRATO**

**Art. 4º** O PRO-SAÚDE é um programa de contratação coletiva por adesão, administrado pela DESBAN, OPERADORA classificada na modalidade de autogestão. É ainda destituído de fins lucrativos, e seus usuários, no ato da adesão, expressam pleno conhecimento e concordância com os termos de seu regulamento.

## **Tema V – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

**Art. 5º** O nome do Plano é Programa de Promoção à Saúde – PRO-SAÚDE – Código ANS nº: 448.709/04-5.

## **Tema VI – TIPO DE CONTRATAÇÃO**

**Art. 6º** A contratação é Coletiva por Adesão.

## **Tema VII – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

**Art. 7º** O plano de saúde é de Segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia.

## **Tema VIII – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

**Art. 8º** A abrangência geográfica do PRO-SAÚDE é denominada grupo de municípios, que são: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima e Santa Luzia.

## **Tema IX – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

**Art. 9º** O padrão de acomodação é individual.

**Parágrafo Único** Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo PRO-SAÚDE, é garantido ao usuário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

## **Tema X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**Art. 10** Os usuários classificam-se em:

**I - Titular Efetivo:** aquele que se encontra em uma das seguintes condições:

- a)** empregados em atividade nos patrocinadores;
- b)** ex-empregado do BDMG, vinculado ao PRO-SAÚDE, e demitido na forma da Resolução nº 137 do Conselho de Administração do BDMG de 20 de setembro de 1999 e suas alterações posteriores;
- c)** assistido do Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG.

**II - Titular Agregado:** aquele que se encontra em uma das seguintes condições:

- a)** empregado dos patrocinadores com suspensão consensual do contrato de trabalho e manter o vínculo com Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG;
- b)** ex-empregado dos patrocinadores, vinculado ao PRO-SAÚDE, e demitido sem justa causa, e desde que não esteja admitido em novo emprego, podendo permanecer até os limites fixados na legislação vigente;

- c) ex-empregado dos patrocinadores, vinculado ao PRO-SAÚDE e aposentado pelo RGPS – Regime Geral de Previdência Social; e
- d) ex-empregado dos patrocinadores, inscrito no PRO-SAÚDE após 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e inscrito no Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG.

**III - Dependente Preferencial:** aquele que se encontra em uma das seguintes condições:

- a) cônjuge ou companheiro(a), conforme os requisitos da legislação civil vigente;
- b) filho(a) solteiro(a) não emancipado(a), com idade até VINTE E UM anos, ou se estudante de curso de graduação, mediante comprovação, até o limite de VINTE E QUATRO anos;
- c) filho(a) solteiro(a) inválido(a), mediante comprovação; e
- d) pais que vivam comprovadamente sob a dependência econômica do usuário Titular solteiro(a), sem filho(a) e sem companheiro(a) e que estejam inscritos como beneficiários do Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG, mediante declaração do próprio Titular, e desde que inexistam quaisquer dos dependentes previstos nas alíneas anteriores deste inciso, independentemente de não estarem inscritos no PRO-SAÚDE.

**IV - Dependente Agregado:** aquele que se encontra em uma das seguintes condições:

- a) enteado(a), solteiro(a) e não emancipado, com idade até VINTE E UM anos, ou se estudante de curso de graduação, mediante comprovação, até o limite de VINTE E QUATRO anos, mediante declaração do Titular;
- b) menor sob guarda, tutelado e curatelado, enquanto permanecer solteiro(a), desde que o Titular apresente documento judicial reconhecendo a condição;
- c) filho(a), enquanto permanecer solteiro(a);
- d) por decisão judicial, transitada em julgado; e
- e) dependentes do ex-empregado dos patrocinadores inscritos no PRO-SAÚDE após trinta dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e inscritos no Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG.

**Art. 11** A inscrição no PRO-SAÚDE como Titular ou dependente, é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados por este regulamento.

**Parágrafo Único** O Titular é responsável pela inscrição e pelos atos praticados por seus dependentes.

**Art. 12** A adesão ao PRO-SAÚDE é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste regulamento.

**Art. 13** O Titular e seus dependentes serão considerados inscritos no PRO-SAÚDE após o deferimento do respectivo pedido de inscrição, que deverá ser entregue na operadora até o dia QUINZE de cada mês.



**§ 1º** Os empregados dos patrocinadores e o participante assistido do Plano de Benefícios Previdenciários - BDMG não poderão ser inscritos como dependentes no PRO-SAÚDE.

**§ 2º** Quando o casal for formado por Titulares, os dependentes em comum serão distribuídos entre eles. O dependente de maior faixa etária ficará vinculado ao Titular que tiver a maior remuneração bruta mensal.

**§ 3º** Ao requerimento de inscrição de dependentes deverão ser obrigatoriamente anexados pelo Titular todos os documentos comprobatórios da:

**I -** relação de parentesco definida como: cônjuge, companheiro (a) e filhos, com as respectivas declarações de estado civil constante do anexo 2;

**II -** relação de parentesco definida como: pais, comprovada com todos documentos discriminados nos anexos 1 e 2;

**III -** união estável, comprovada com no mínimo três dos documentos discriminados nos anexos 1 e 2;

**IV -** matrícula em curso de graduação, se for o caso; e

**V -** decisão judicial, se for o caso.

**§ 4º** Os documentos a que se refere o parágrafo anterior deverão ser apresentados sempre que ocorrer mudança na situação declarada, no prazo máximo de DEZ dias contados do evento, ou quando solicitados pela OPERADORA.

**Art. 14** A concessão de benefícios, sem cumprimento das carências, somente se dará durante os primeiros TRINTA dias decorridos:

**I -** da data de nascimento, se recém- nascido; ou

**II -** da adoção de filhos com idade inferior a DOZE anos.

**Art. 15** É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário Titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de TRINTA dias do nascimento ou da adoção, mesmo que a usuária do PRO-SAÚDE esteja em carência para o parto.

**Art. 16** A condição de estar em gozo de benefício de aposentadoria complementar concedido pela DESBAN não dá o direito de inscrição no PRO-SAÚDE ao ex-empregado dos patrocinadores que não era inscrito no plano.

**Art. 17** Ao usuário Titular é vedado:

**I -** a inscrição, como dependente agregado no PRO-SAÚDE, de filho(a), enteado(a) ou tutelados e curatelados, com idade igual ou superior a VINTE E CINCO anos; e

**II -** a re-inscrição, como dependente agregado no PRO-SAÚDE, de ex-dependentes que tiveram sua inscrição cancelada há mais de CENTO E OITENTA dias.

**Parágrafo Único** O disposto no inciso I não interfere no direito do Titular Efetivo de manter o dependente preferencial como dependente agregado após a perda da condição.

## Tema XI – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**Art. 18** O PRO-SAÚDE assegura aos usuários assistência médica em consultórios, clínicas, prontos-socorros, hospitais, laboratórios, ambulatorios e demais estabelecimentos especializados na área médica, serviços de apoio diagnósticos, nas redes credenciada ou referenciada, para tratamento das doenças listadas na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e assistência odontológica, desde que de acordo com os procedimentos especificados na Resolução Normativa nº 167/08 e 154/07 suas alterações posteriores, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

**Art. 19** A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observadas as seguintes coberturas:

**I** - consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** - serviços de apoio diagnóstico e tratamento, e demais procedimentos realizados em ambulatório ou consultório, desde que solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

**III** - procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, desde que solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

**IV** - procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

**V** - psicoterapia de crise, entendida essa como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de DOZE semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitado a DOZE sessões por ano;

**VI** - procedimentos considerados especiais, mediante prescrição médica com expressa indicação de diagnóstico e previsão de duração, nos seguintes casos:

- a)** cirurgia oftalmológica refrativa ambulatorial para pacientes acima de DEZOITO anos e grau estável a, no mínimo, um ano, nas seguintes situações:
  - 1** - Miopia moderada e grave, de graus entre MENOS CINCO a MENOS DEZ, com ou sem astigmatismo associado com grau até MENOS QUATRO; ou
  - 2** - Hipermetropia até grau SEIS com ou sem astigmatismo associado com grau até QUATRO.
- b)** escleroterapia de varizes, somente será autorizada como complemento de cirurgia vascular até SEIS meses após a cirurgia e limitada em até DEZ sessões por procedimento;
- c)** fisioterapia;
- d)** hemodiálise e diálise peritoneal contínua ambulatorial;
- e)** hemoterapia ambulatorial;
- f)** quimioterapia ambulatorial;
- g)** radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, e outros);
- h)** reabilitação cardiovascular;
- i)** RPG - Reeducação Postural Global;

- j)** acupuntura;
- l)** fonoaudiologia, limitada a SEIS sessões por ano;
- m)** psicoterapia prestada por psicólogos ou médicos, limitada a DOZE sessões por ano;
- n)** terapia ocupacional, limitada a SEIS sessões por ano, e;
- o)** nutrição, limitada a SEIS sessões por ano.

**§1º** Para as cirurgias de miopia ou de hipermetropia se houver indicação do médico assistente, será autorizado o procedimento no olho contralateral.

**§2º** Os procedimentos fisioterápicos, por usuário, que excederem ao quantitativo de SESSENTA sessões por ano e por patologia, serão autorizados após avaliação do médico gestor da OPERADORA.

**Art. 20** A segmentação hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, observadas as seguintes coberturas:

**I -** diárias de internação hospitalar, em clínicas básicas e/ou especializadas, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente;

**II -** diárias de internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinada pelo médico assistente;

**III -** despesas referentes a honorários médicos;

**IV -** serviços gerais de enfermagem;

**V -** atendimentos em regime de hospital-dia;

**VI -** atendimentos obstétricos relacionados à gestação, partos normais, cesarianas, e complicações do processo gestacional, desde que observados os princípios de ética médica, bem como as despesas de berçário relacionadas a tais atendimentos;

**VII -** exames complementares especializados para diagnóstico, controle do tratamento e da evolução da doença, que tenha motivado a internação;

**VIII -** cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle, evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, conforme prescrição médica, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

**IX -** fornecimento de próteses e órteses, e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico, sem fins estéticos;

**X -** alimentação específica ou normal dentro dos padrões do hospital, inclusive para o acompanhante do paciente menor de DEZOITO anos e maior de SESSENTA anos, conforme determina a Lei 9656/98 e a Lei 10741/03;

**XI -** procedimentos considerados especiais, mediante prescrição médica, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, nos seguintes casos:

- a)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção;
- b)** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- c)** embolizações e radiologia intervencionista;
- d)** fisioterapia;
- e)** hemodiálise e diálise peritoneal contínua - CAPD;
- f)** hemoterapia;
- g)** nutrição parental ou enteral;
- h)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- i)** quimioterapia;
- j)** radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- k)** assistência psicológica; e
- l)** fonoaudiologia.

**XII** - cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, que estejam causando problemas funcionais em virtude de acidentes pessoais;

**XIII** - cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;

**XIV** - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste regulamento;

**XV** - transplantes de córnea e rim e as despesas com os seguintes procedimentos vinculados:

- a)** despesas assistenciais com doadores vivos;
- b)** medicamentos nacionais utilizados durante a internação; e
- c)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos e manutenção.

**XVI** - transplantes de córnea e rim provenientes de doador falecido, conforme legislação específica, desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes;

**XVII** - cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar. Equiparam-se aos honorários médicos, os honorários odontológicos referentes a procedimentos de lesões agudas relacionadas a traumatismos buco-maxilo-faciais, quando não houver possibilidade de atendimento por profissional médico especializado;

**XVIII** - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros TRINTA dias após o parto ou adoção;

**XIX** - atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão);

**XX** - tratamento de usuários portadores de transtornos psiquiátricos, que estiverem em situação de crise e que necessitarem de internação, em hospitais psiquiátricos especializados ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, terá cobertura integral pelo prazo máximo de TRINTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses, correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação;

**XXI** - O usuário poderá dispor de OITO semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, que deverá ser estendido a CENTO E OITENTA dias por ano civil, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98;

**§ 1º** Tratamentos de usuários portadores de transtornos psiquiátricos terão cobertura sujeita à co-participação fixada em:

- a)** cinquenta por cento do custo, quando o período for de TRINTA e UM a SESSENTA dias contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação; e
- b)** setenta e cinco por cento do custo, quando o período exceder a SESSENTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação.

**§ 2º** As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas, ocorridas em usuários portadores de transtornos psiquiátricos, serão sempre tratadas em hospital geral, quando a hospitalização for necessária.

**XXII** - tratamento de usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização, em hospitais psiquiátricos especializados ou em hospitais gerais ou hospital-dia com cobertura integral, pelo prazo máximo de QUINZE dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação.

**§ 3º** tratamento de usuários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química terão cobertura sujeita à co-participação fixada em:

- a)** cinquenta por cento do custo, quando o período for de DEZESSEIS a TRINTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil; e
- b)** setenta e cinco por cento do custo, quando o período exceder a TRINTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação.

**XXIII** - as internações de portadores de transtornos psiquiátricos, ou de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, em hospitais ou em regime de hospital-dia, terão cobertura integral em relação ao tempo de internação, respeitadas as respectivas co-participações;

**XXIV** - tratamentos clínicos relacionados à obesidade mórbida;

**XXV** - atendimentos médico-hospitalares e tratamento de lesões ou doenças causadas pela prática de atividades esportivas que exijam habilitação específica devidamente comprovada pelo usuário; e

**XXVI** - procedimentos relativos ao pré-natal e ao parto;

**Art. 21** A Assistência Odontológica compreende os procedimentos abaixo relacionados:

**I -** Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

Consulta inicial  
Exame histopatológico

**II -** Procedimentos de RADIOLOGIA:

Radiografia periapical  
Radiografia bite-wing  
Radiografia oclusal

**III -** Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

Atividade Educativa  
Evidenciação de placa bacteriana  
Profilaxia  
Fluorterapia  
Aplicação de selante

**IV -** Procedimentos de DENTÍSTICA:

Aplicação de cariostático  
Adequação do meio bucal  
Restauração de 1 (uma) face  
Restauração de 2 (duas) faces  
Restauração de 3 (três) faces  
Restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta  
Restauração de ângulo  
Restauração a pino  
Restauração de superfície radicular  
Núcleo de preenchimento  
Ajuste oclusal

**V -** Procedimentos de PERIODONTIA:

Raspagem supra-gengival e polimento coronário  
Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal  
Imobilização dentária temporária ou permanente  
Gengivectomia/gengivoplastia  
Aumento de coroa clínica  
Cunha distal  
Cirurgia periodontal a retalho  
Sepultamento radicular

**VI -** Procedimentos de ENDODONTIA:

Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final  
Pulpotomia  
Remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho  
Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto  
Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos  
Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos  
Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais

Retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares  
Tratamento endodôntico em dentes decíduos  
Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta  
Tratamento de perfuração radicular

**VII - Procedimentos de CIRURGIA:**

Alveoplastia  
Apicectomia unirradicular  
Apicectomia birradicular  
Apicectomia trirradicular  
Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada  
Apicectomia birradicular com obturação retrógrada  
Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada  
Biópsia  
Cirurgia de tórus unilateral  
Cirurgia de tórus bilateral  
Correção de bridas musculares  
Excisão de mucocele  
Excisão de rânula  
Exodontia a retalho  
Exodontia de raiz residual  
Exodontia simples  
Exodontia de dente decíduo  
Redução cruenta (fratura alvéolo dentária)  
Redução incruenta (fratura alvéolo dentária)  
Frenectomia labial  
Frenectomia lingual  
Remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados)  
Sulcoplastia  
Ulectomia  
Ulotomia  
Hemissecção com ou sem amputação radicular

## **Tema XII – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 22** Estão excluídos da segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, e odontológica:

- I -** fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar;
- II -** medicamentos não prescritos pelo médico assistente e quaisquer despesas hospitalares quando da iniciativa do usuário;
- III -** medicamentos importados não nacionalizados;
- IV -** próteses e órteses importados não nacionalizados;
- V -** serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente ao tratamento do usuário;
- VI -** despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;
- VII -** produtos de higiene pessoal;
- VIII -** consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

- IX** - exames e tratamentos sem prescrição médica;
- X** - transplantes, a exceção de córnea, de rim e dos transplantes autólogos;
- XI** - inseminação artificial considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XII** - cirurgias plásticas e procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- XIII** - tratamentos com finalidade estética e cosmética.
- XIV** - tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção do envelhecimento, com fins estéticos;
- XV** - internação em clínica de emagrecimento, consultas e exames decorrentes dessa, lipoaspiração, ainda que realizados por prescrição médica, ressalvados o tratamento de obesidade mórbida, de acordo com o artigo 5º, parágrafo único, alínea "a" da Resolução do CONSU nº 10;
- XVI** - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos, ainda que por indicação médica, ressalvados o tratamento de obesidade mórbida, de acordo com o artigo 5º, parágrafo único, alínea "a" da Resolução do CONSU nº 10;
- XVII** - investigação diagnóstica eletiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVIII** - tratamento de calvície, ainda que realizado por prescrição médica;
- XIX** - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- XX** - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XXI** - aplicação de injeções, soro, bem como o ato da coleta de material em domicílio;
- XXII** - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXIII** - despesas com remoção em ambulância aérea;
- XXIV** - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XXV** - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- XXVI** - exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- XXVII** - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- XXVIII** - atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

**XXIX** - procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;

**XXX** - aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

**XXXI** - vacinas disponíveis na rede pública ou não reconhecidas pelo Ministério da Saúde, exceto as destinadas a parturientes portadores de sangue com fator RH negativo e aquelas cuja aplicação for tecnicamente justificada em casos de internação, urgência e emergência;

**XXXII** - serviços e despesas de qualquer natureza realizados em desacordo com o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constante da Resolução Normativa nº 167/08 e suas alterações posteriores, e este regulamento;

**XXXIII** - estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

**XXXIV** - avaliação pedagógica;

**XXXV** - orientações vocacionais;

**XXXVI** - psicoterapia com objetivos profissionais;

**XXXVII** - especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina

**XXXVIII** - disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);

**XXXIX** - fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos;

**XL** - tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

**XLI** - tratamentos ortodônticos;

**XLII** - próteses metalocerâmicas e de porcelana;

**XLIII** - transplantes ósseos;

**XLIV** - enxertos ósseos, biomateriais e gengivais;

**XLV** - restaurações utilizando porcelana; e

**XLVI** - restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos.

### **Tema XIII – VIGÊNCIA**

**Art. 23** O início de vigência do contrato de adesão é a data de inscrição no PRO-SAÚDE e vigorará por prazo indeterminado.

### **Tema XIV – CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

**Art. 24** O contrato é por tempo indeterminado e de renovação automática, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

## Tema XV – PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Art. 25** Os usuários que se inscreverem no PRO-SAÚDE cumprirão os seguintes períodos de carência, para a concessão dos benefícios:

- I** - 90 (noventa) dias, para consultas, exames básicos de diagnóstico e terapia, e cirurgias ambulatoriais;
- II** - 180 (cento e oitenta) dias, para internações psiquiátricas, clínicas e/ou cirúrgicas; e,
- III** - 300 (trezentos) dias, para partos a termo.

**Parágrafo Único** Não haverá carência para a cobertura dos casos devidamente caracterizados como Urgência ou Emergência.

## Tema XVI – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

**Art. 26** O usuário poderá utilizar o PRO-SAÚDE independente de ter doenças e lesões pré-existentes, após o cumprimento das carências ou em casos de Urgência e Emergência.

## Tema XVII – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**Art. 27** O PRO-SAÚDE garante a cobertura aos atendimentos de Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e de Emergência como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Parágrafo Único** Está assegurada a cobertura integral nos casos de Urgência e Emergência no ato da inscrição.

**Art. 28** O PRO-SAÚDE oferece cobertura para atendimento de Urgências e Emergências em todo o segmento ambulatorial bem como, àqueles que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta.

**Art. 29** Fica assegurado ainda reembolso, nos limites das obrigações deste regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, em casos de Urgência ou Emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela OPERADORA.

**Art. 30** As despesas serão reembolsadas de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela OPERADORA, devendo o usuário, para tanto, apresentar os documentos relacionados a seguir:

- I** - relatório do médico assistente, declarando diagnóstico, sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, tratamento efetuado e data do atendimento;
- II** - recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem;

**III -** no caso de contas hospitalares, o usuário deverá encaminhar à OPERADORA laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverão ainda ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários.

**Parágrafo Único** O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado, através de depósito em conta corrente, no prazo máximo de TRINTA dias, contados da data de entrega da documentação completa na OPERADORA.

## **Tema XVIII – REMOÇÃO**

**Art. 31** O PRO-SAÚDE garantirá a despesa com remoção inter-hospitalar, ou hospitalar-clínica, do usuário, em ambulância terrestre, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, com indicação e apresentação de laudo contendo justificativa e CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar ou clínica, dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste regulamento.

**Art. 32** O PRO-SAÚDE garantirá a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao usuário e dentro do limite de abrangência geográfica.

## **Tema XIX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

### **Seção 1 - Da Prestação de Serviços**

**Art. 33** Os serviços constantes deste Regulamento serão prestados por:

- I -** rede credenciada; e
- II -** livre escolha, mediante reembolso.

**§ 1º** O reembolso será assegurado de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas de serviços praticados com a rede credenciada.

**§ 2º** O PRO-SAÚDE poderá proporcionar aos seus usuários descontos sobre os preços de produtos e serviços, mediante convênios com entidades e empresas.

**Art. 34** O PRO-SAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços prestados em desacordo com as normas constantes neste regulamento, nem pelo atendimento a pessoas nele não inscritas.

## **Seção 2 - Do Reembolso**

**Art. 35** Os usuários que se valerem de serviços cobertos pelo PRO-SAÚDE, prestados por profissionais ou empresas fora do quadro de credenciados, ou fora da área de abrangência geográfica do PRO-SAÚDE, pagarão diretamente a quem lhes prestar os serviços e terão direito a requerer o reembolso das despesas efetuadas, conforme as tabelas de serviços aprovadas pela OPERADORA e obedecido o percentual de co-participação nos eventos, independente do valor pago pelo usuário.

**§ 1º** A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do usuário.

**§ 2º** Nas solicitações de reembolso aplicam-se também as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

**§ 3º** Não serão reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo PRO-SAÚDE.

**Art. 36** O usuário arcará com a despesa do procedimento por ele utilizado sem justificativa médica.

**Parágrafo Único** No caso de divergência médica a respeito do procedimento realizado, fica garantido que a definição do impasse será através de uma junta médica, constituída pelo profissional solicitante, por médico da OPERADORA, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA.

**Art. 37** O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da OPERADORA, até o prazo de **SESSENTA** dias após a realização do procedimento, acompanhado da documentação probatória, exclusivamente de vias originais, que deverão obedecer aos seguintes requisitos:

**I -** se pessoa física: ser emitida em papel timbrado do profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda.

**II -** se pessoa jurídica: ser emitida mediante nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.

**§ 1º** Em ambos os casos, deverá ser discriminado cada procedimento ou atendimento com seu código na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, se for o caso, número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste ao usuário, expressão numérica, por extenso, do valor do procedimento, data, carimbo legível e assinatura do profissional.

**§ 2º** No caso de contas hospitalares, o usuário deverá encaminhar à OPERADORA, laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverão ainda ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das

diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários, bem como, relatório justificando os casos de Urgência e Emergência, quando se aplicar.

**Art. 38** Para as despesas com a Assistência Especial e Complementar, são necessários:

**I** - Laudo contendo diagnóstico, número de sessões, duração e tipo de tratamento, quando couber;

**II** - Recibo ou nota fiscal; e

**III** - Prescrição médica.

**§ 1º** Para continuidade da cobertura dos procedimentos com Assistência Especial e Complementar, anualmente, a cada janeiro, deverá ser apresentado novo laudo.

**§ 2º** Para cobertura de óculos e lentes de contato, será necessária a apresentação da nota fiscal e da prescrição médica.

**Art. 39** Não serão reembolsadas as despesas, cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora do prazo e em desacordo com este regulamento.

**Art. 40** O reembolso será efetuado na conta bancária que o Titular recebe o seu salário ou benefício.

**Parágrafo Único** Para efeito do cálculo do reembolso, prevalecerá a data do recibo ou da nota fiscal.

## **Tema XX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Seção 1 - Co-Participação**

**Art. 41** Além da contribuição mensal ou da mensalidade, todos os usuários ficarão sujeitos à co-participação sobre os valores das Tabelas do PRO-SAÚDE, fixados em:

**I** - 20% (vinte por cento) do valor das despesas com: consultas médicas em caráter eletivo ou emergencial, serviços de apoio diagnósticos realizados em ambulatório, procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos, psicoterapia de crise, escleroterapia de varizes, fisioterapia e reabilitação cardiovascular, acupuntura e reeducação postural global – RPG prestada por fisioterapeuta;

**II** - 20% (vinte por cento) do valor das despesas com: fonoaudiologia, ludoterapia, psicoterapia prestada por psicólogos ou médicos, terapia ocupacional, nutricionista;

**III** - 20% (vinte por cento) do valor das despesas com: óculos, entendido pelo conjunto de armação e lentes, lentes ou lentes de contato, sendo estas despesas limitadas à R\$125,00 e ao valor estipulado para o LFC – Limite Financeiro de Cobertura; e,

**IV** - 20% (vinte por cento) do valor das despesas com: compra ou aluguel de muletas, cadeiras de roda, cama hospitalar e aparelhos ortopédicos, e prótese e órtese, vedadas as com fim estético, e de valor unitário até R\$125,00 (cento e vinte e cinco reais), limitado ao valor estipulado para o LFC – Limite Financeiro de Cobertura; e,

**V -** 50% (por cento) do valor das despesas com: na compra ou aluguel de muletas, cadeiras de roda, cama hospitalar e aparelhos ortopédicos, e prótese e órtese, vedadas as com fim estético, e de valor unitário superior a R\$125,00 (cento e vinte e cinco reais), limitado ao valor estipulado para o LFC – Limite Financeiro de Cobertura.

**§ 1º** A co-participação incide sobre a utilização do PRO-SAÚDE por qualquer usuário, seja ele Titular ou dependente.

**§ 2º** A co-participação será cobrada do usuário, de uma só vez, através de consignação em folha de pagamento ou de benefício.

**§ 3º** Na impossibilidade de se efetuar o desconto da co-participação na remuneração dos empregados dos patrocinadores e dos assistidos, ficará o usuário obrigado a recolhê-la diretamente à OPERADORA, até o penúltimo dia útil do mês a que corresponder. A OPERADORA adotará a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

**Art. 42** A co-participação para Internações de Transtornos Psiquiátricos e de Tratamento de Usuários Portadores de Quadros de Intoxicação ou Abstinência (Alcoolismo ou Dependência Química), em ambiente hospitalar ou em hospital-dia, será a seguinte:

**I -** O tratamento de usuários portadores de transtornos psiquiátricos terá cobertura sujeita à co-participação fixada em:

- a)** cinqüenta por cento do custo, quando este período for de TRINTA e UM a SESSENTA dias contínuos ou não a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação; e
- b)** setenta e cinco por cento do custo, quando este período exceder à SESSENTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação.

**II -** O tratamento de usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência (Alcoolismo ou Dependência Química) terá cobertura sujeita à co-participação fixada em:

- a)** cinqüenta por cento do custo, quando o período for de DEZESSEIS a TRINTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil; e
- b)** setenta e cinco por cento do custo, quando o período exceder a TRINTA dias, contínuos ou não, a cada período de DOZE meses correspondente ao ano civil, a contar do primeiro dia de internação.

## **Seção 2 -** Identificação dos Usuários

**Art. 43** Para utilização dos serviços previstos neste regulamento é indispensável a identificação do usuário na rede credenciada.

**§ 1º** A identificação consiste na apresentação da carteira do PRO-SAÚDE, junto com a cédula oficial de identidade.



**§ 2º** A carteira de identificação do PRO-SAÚDE terá validade anual ou por tempo inferior, conforme a classificação do usuário.

**§ 3º** A carteira de identificação do PRO-SAÚDE é pessoal, de uso restrito e intransferível, e o Titular responderá com penalidades decorrentes de sua utilização indevida.

**§ 4º** A perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação do PRO-SAÚDE deverá ser comunicada pelo usuário imediatamente à OPERADORA, sob pena de responder pelo uso indevido, acrescido de multa, juros e encargos.

**§ 5º** A emissão da segunda via será precedida de termo de responsabilidade assinado pelo Titular, cabendo a esse o custo da confecção.

**§ 6º** É obrigatória a devolução da carteira de identificação do PRO-SAÚDE por ocasião do cancelamento ou da suspensão de inscrição do usuário.

### **Seção 3 - Da Rede Credenciada**

**Art. 44** O atendimento no regime da rede credenciada será feito mediante a apresentação da carteira de identificação do usuário, emitida pela OPERADORA, e da cédula oficial de identidade, salvo nos casos de Urgência ou Emergência.

**§ 1º** A guia deverá ser preenchida no ato do atendimento, em formulário próprio com todos os dados completos.

**§ 2º** A guia de atendimento, depois de preenchida, será conferida e assinada pelo usuário, com ressalva de qualquer emenda ou rasura, importando sua assinatura em:

**I -** concordância com os dados transcritos, inclusive quanto à quantidade e natureza dos serviços prestados;

**II -** autorização para cobrança do valor da co-participação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime; e

**III -** sub-rogação à OPERADORA de possíveis indenizações a que o usuário tiver direito.

### **Seção 4 - Das Condições de Atendimento**

**Art. 45** Os benefícios previstos neste regulamento serão prestados aos usuários regularmente inscritos após o cumprimento das carências.

**Art. 46** A utilização dos serviços abaixo prestados dependerá de prévia autorização, e se for o caso, condicionado a parecer de médico designado pela OPERADORA, quando se tratar dos seguintes eventos médicos:

**I -** escleroterapia de varizes, somente será autorizada como complemento de cirurgia vascular até SEIS meses após a cirurgia e limitada em até DEZ sessões por procedimento;

**II -** fisioterapia;

**III -** hemodiálise e diálise peritoneal contínua ambulatorial;

- IV** - hemoterapia ambulatorial;
- V** - quimioterapia ambulatorial;
- VI** - radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia e outros);
- VII** - reabilitação cardiovascular;
- VIII** - internações hospitalares;
- IX** - cirurgias em geral, inclusive as ambulatoriais;
- X** - prótese e órtese ligadas ao ato cirúrgico;
- XI** - despesa com remoção inter-hospitalar do usuário;
- XII** - procedimentos terapêuticos e exames de valor igual ou superior a R\$125,00 (cento e vinte e cinco reais);
- XIII** - RPG - Reeducação Postural Global;
- XIV** - acupuntura;
- XV** - fonoaudiologia, limitada a SEIS sessões por ano;
- XVI** - terapia ocupacional, limitada a SEIS sessões por ano, e
- XVII** - Assistência Especial, definida abaixo:

- a)** ludoterapia;
- b)** outros tratamentos especiais, desde que reconhecidos pelo respectivo Conselho e aprovados pelos órgãos gestores do PRO-SAÚDE.

**Art. 47** Fica ressalvado o direito da OPERADORA de argüir o credenciado, caso os exames complementares de diagnóstico, realizados ou solicitados, não estejam dentro de um padrão normal de ocorrência. Nesses casos, além do comprovante de prestação de serviços, o credenciado deverá encaminhar laudo médico justificando a necessidade dos procedimentos.

**Art. 48** Os pedidos de autorização para os procedimentos médicos serão fornecidos mediante prévia requisição, com data e local definidos, devendo ainda serem acompanhados de documentos originais que justifiquem a concessão dos benefícios e devem conter as seguintes informações:

- I** - nome do usuário;
- II** - data de emissão;
- III** - descrição do procedimento solicitado;
- IV** - laudo ou justificativa médica, firmado em papel timbrado, ou carimbado, com nome do médico e número do registro no Conselho Regional de Medicina no receituário, com o diagnóstico da enfermidade e seu respectivo código, conforme a CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, indicando a espécie do tratamento especializado ou, quando se tratar de cirurgia, a natureza da intervenção; ou
- V** - diagnóstico, firmado em papel timbrado, ou carimbado, com o nome do profissional e número do registro no Conselho Regional da categoria respectiva, com a indicação do diagnóstico da doença de modo expresso e seu respectivo código, conforme a CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

**§ 1º** No caso de exames complementares de diagnóstico, as solicitações devem vir acompanhadas de pedido emitido em receituário próprio do profissional responsável pelo tratamento do usuário, bem como a justificativa do exame solicitado. Só será admitido o preenchimento de impressos da própria OPERADORA.

**§ 2º** Nos casos de cirurgias e internações, o usuário deverá encaminhar, laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, previsão de dias de internação, carimbo legível e assinatura do médico, podendo a OPERADORA, a seu critério, solicitar o comparecimento do usuário paciente para submeter-se à perícia médica.

**§ 3º** Nos tratamentos fisioterápicos e terapias, a solicitação deverá vir acompanhada de justificativa do profissional solicitante, com indicação do diagnóstico, natureza e duração do tratamento e número de aplicações/sessões, carimbo legível e assinatura do profissional.

**Art. 49** Nos casos de comprovada Urgência ou Emergência médica, o usuário poderá ser atendido sem a respectiva autorização devendo o laudo médico ser preenchido a posteriori. O usuário terá o prazo de QUARENTA e OITO horas para comunicar o fato à OPERADORA e providenciar a autorização específica.

**Art. 50** A realização de mais de uma consulta ao mesmo médico de mesma especialidade no período inferior a TRINTA dias, pelo mesmo usuário, será considerada retorno.

**Parágrafo Único** Só será considerada uma nova consulta, se o médico instruir o pedido com a indicação do diagnóstico da doença de modo expresso ou em linguagem adotada pela CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, diferente do primeiro atendimento.

**Art. 51** A OPERADORA poderá, a seu critério e a qualquer tempo, submeter à perícia, sindicância e averiguação, todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo PRO-SAÚDE. Os usuários e prestadores de serviços estarão obrigados a colaborar para elucidação da dúvida.

**Art. 52** No caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, fica garantido ao usuário que a definição do impasse será através de uma junta médica, constituída pelo profissional solicitante, por médico da OPERADORA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA.

## **Seção 5 -** Meia de Divulgação da Rede de Prestadores de Serviços

**Art. 53** A cobertura da rede credenciada está limitada aos municípios de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima e Santa Luzia. Para os serviços prestados pelo quadro de credenciados, a OPERADORA efetuará, em nome do usuário, os respectivos pagamentos aos prestadores de serviços.

**Art. 54** Os atendimentos serão prestados na rede credenciada, constante no endereço eletrônico [www.desban.org.br](http://www.desban.org.br). É facultada à OPERADORA a substituição de entidade

hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos usuários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com TRINTA dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

**Art. 55** Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da OPERADORA durante período de internação dos usuários, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e o PRO-SAÚDE a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato entre a OPERADORA e o estabelecimento hospitalar.

**Art. 56** Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a OPERADORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o usuário.

**Art. 57** Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a OPERADORA deverá solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS autorização expressa para tanto, informando:

- I** - nome do estabelecimento a ser excluído;
- II** - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III** - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
- IV** - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o usuário.

## **Seção 6 - Das Exclusões**

**Art. 58** Não serão cobertos:

- I** - exames de paternidade;
- II** - qualquer despesa decorrente da opção do usuário por acomodação em categoria superior à estabelecida por este regulamento;
- III** - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causadas por radiações ou emanações nucleares ionizantes;
- IV** - atendimento médico-hospitalar, tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos ilícitos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada, nos termos do art. 188 do Código Civil;
- V** - consulta a que o usuário não comparecer sem que tenha providenciado o cancelamento com pelo menos seis horas de antecedência; e,
- VI** - solicitações de exames laboratoriais, de imagem e correlatos, em razão de tratamento odontológico.

## Tema XXI – FORMAÇÃO DE PREÇO

**Art. 59** O PRO-SAÚDE será custeado em regime de preço pré-estabelecido, ou seja, quando o valor da contribuição ou mensalidade é efetuado pelo usuário Titular antes da utilização das coberturas contratadas.

## Tema XXII – PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO E DA MENSALIDADE

**Art. 60** As contribuições, ou mensalidades, e as co-participações serão recolhidas até o penúltimo dia útil do mês a que corresponderem, da seguinte forma:

- I* - empregados dos patrocinadores: desconto em folha de pagamento;
- II* - assistido do Plano de Benefícios Previdenciários - BDMG: desconto em folha de pagamento de benefícios;
- III* - Titular agregado: pagamento diretamente à OPERADORA; e
- IV* - patrocinadores: crédito em conta corrente.

**Art. 61** Na impossibilidade de se efetuar o desconto das contribuições ou mensalidades, ficará o usuário obrigado ao recolhimento direto na sede da OPERADORA até o penúltimo dia útil do mês em que não ocorrer o desconto.

**Art. 62** O Titular ou responsável deverá autorizar os descontos das contribuições, da mensalidade, da co-participação e do valor das penalidades a ele impostas em sua folha de pagamento ou folha de benefícios, podendo, em casos excepcionais, pagar os referidos valores na tesouraria da OPERADORA ou através de Ficha de Compensação Bancária a ser emitida a critério da mesma.

**Art. 63** Cada Titular ficará responsável pelo recolhimento da contribuição ou mensalidade atribuída pelo plano de custeio vigente para ele próprio e para todos os seus dependentes preferenciais ou agregados.

**Art. 64** Não se verificando o recolhimento direto nos casos previstos neste regulamento, e em caso de inobservância por parte dos patrocinadores, pagarão eles à OPERADORA, sobre os valores atualizados pela variação pro-rata die do IGP-DI (FGV), juros de zero vírgula zero trinta e três por cento por dia de atraso.

## Tema XXIII – REAJUSTE

**Art. 65** O plano de custeio do PRO-SAÚDE será definido atuarialmente em função da frequência de utilização dos procedimentos.

**Art. 66** O custeio do PRO-SAÚDE será atendido pelas seguintes fontes de recursos:

- I* - Contribuição mensal do BDMG;
- II* - Contribuição mensal da DESBAN;
- III* - Contribuição mensal e mensalidade dos empregados dos patrocinadores;
- IV* - Contribuição mensal e mensalidade dos Titulares assistidos do Plano de Benefícios Previdenciários - BDMG;

- V** - Mensalidades dos Titulares agregados e seus dependentes;
- VI** - Co-participação prevista neste regulamento;
- VII** - Receitas de aplicação do patrimônio;
- VIII** - Reservas técnicas já existentes: e
- IX** - Dotações, doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos anteriores.

**Art. 67** É assegurada a contrapartida dos patrocinadores para as contribuições efetuadas pelos seus respectivos assistidos que se inscreverem no PRO-SAÚDE, na qualidade de ativos, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores, na proporção estabelecida nos incisos II a VI do Artigo 68.

**Parágrafo Único** Não haverá contrapartida dos patrocinadores para as contribuições efetuadas pelos seus respectivos assistidos inscritos no PRO- SAUDE, na qualidade de ativos, após 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores.

**Art. 68** A contribuição mensal dos patrocinadores corresponderá a um valor a ser fixado no plano de custeio anual, não podendo superar, em nenhuma hipótese, o montante correspondente à soma dos seguintes valores:

- I** - 1 (uma) vez o total das contribuições atribuídas aos empregados ativos, independentemente de sua data de inscrição no plano;
- II** - 1 (uma) vez o total das contribuições atribuídas aos assistidos cuja inscrição no plano, na qualidade de ativos, tiver ocorrido até 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e o início do benefício complementar ocorrer a partir de 01.01.2014;
- III** - 1,1 (uma vírgula uma) vezes o total das contribuições atribuídas aos assistidos cuja inscrição no plano, na qualidade de ativos, tiver ocorrido até 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e o início do benefício complementar ocorrer no período de 01.01.2013 a 31.12.2013;
- IV** - 1,2 (uma vírgula duas) vezes o total das contribuições atribuídas aos assistidos cuja inscrição no plano, na qualidade de ativos, tiver ocorrido até 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e o início do benefício complementar ocorrer no período de 01.01.2012 a 31.12.2012;
- V** - 1,3 (uma vírgula três) vezes o total das contribuições atribuídas aos assistidos cuja inscrição no plano, na qualidade de ativos, tiver ocorrido até 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e o início do benefício complementar ocorrer no período de 01.01.2011 a 31.12. 2011;
- VI** - 1,4 (uma vírgula quatro) vezes o total das contribuições atribuídas aos assistidos cuja inscrição no plano, na qualidade de ativos, tiver ocorrido até 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores e o início do benefício complementar ocorrer até 31.12.2010;

**Art. 69** A contribuição mensal dos empregados dos patrocinadores, dos assistidos, e de seus respectivos dependentes preferenciais, corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio.

**§ 1º** O valor da contribuição dos empregados dos patrocinadores e seus dependentes preferenciais corresponderá à multiplicação de um fator, estabelecido no plano de custeio, pela remuneração mensal bruta do Titular, ressalvados a gratificação natalina (décimo- terceiro), o abono e a PLR – Participação dos Lucros e Resultados dos empregados dos patrocinadores.

**§ 2º** O valor da contribuição dos assistidos e de seus dependentes preferenciais corresponderá à multiplicação de um fator, estabelecido no plano de custeio, pela renda bruta do benefício, (INSS + Complementação paga pelo Plano de Benefícios Previdenciários - BDMG), ressalvado o abono anual dos assistidos do Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG.

**§ 3º** Os valores citados acima estão submetidos a valores máximos e mínimos, estabelecidos no plano de custeio, e serão atualizados anualmente, sempre no mês de janeiro de cada ano, pela variação acumulada do IGP-DI (FGV) dos últimos DOZE meses anteriores ao mês de reajuste.

**Art. 70** A mensalidade dos Titulares agregados e de seus dependentes corresponderá a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, observada a faixa etária a que cada um pertence.

**Parágrafo Único** A Tabela de Mensalidade de Agregados será atualizada anualmente, sempre no mês de janeiro de cada ano, pela variação acumulada do IGP-DI (FGV) dos últimos DOZE meses anteriores ao mês de reajuste.

**Art. 71** Cada Titular ficará responsável pelo recolhimento da contribuição ou mensalidade atribuída pelo plano de custeio, vigente para ele próprio e para todos os seus dependentes preferenciais ou agregados.

**Art. 72** O plano de custeio será revisto anualmente e aprovado pelo Conselho Deliberativo da DESBAN, com base nos cálculos atuariais apresentados, e fixará os percentuais, valores e tabelas de contribuição e mensalidade a vigorar para os próximos DOZE meses.

**§ 1º** Independentemente do disposto no caput deste artigo, o plano de custeio do PRO-SAÚDE poderá ser revisto sempre que ocorrerem eventos determinantes de alteração nas suas despesas, que possam comprometer o seu equilíbrio financeiro e atuarial.

**§ 2º** O plano de custeio será recalculado nas fontes de receitas, sempre que ocorrerem as seguintes distorções, cumulativa ou isoladamente:

- I -** aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;
- II -** aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições do PRO-SAÚDE; e
- III -** alteração sensível na composição do grupo inscrito no PRO-SAÚDE.

**§ 3º** Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao PRO-SAÚDE deverão ser informados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS pela internet por meio de aplicativo próprio, em até TRINTA dias após a sua aplicação.

## **Tema XXIV – FAIXAS ETÁRIAS**

**Art. 73** A contribuição mensal dos empregados dos patrocinadores e dos assistidos, e de seus respectivos dependentes preferenciais, corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, conforme anexo 04.

## **Tema XXV – BÔNUS – DESCONTOS**

**Art. 74** É vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função da idade do usuário.

## **Tema XXVI – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

**Art. 75** Ao usuário Titular Efetivo, que contribui para o PRO-SAÚDE, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário, por prazo determinado, conforme disposição legal, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição ou mensalidade.

**§ 1º** O período de manutenção da condição de usuário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência no PRO-SAÚDE, com um mínimo assegurado de SEIS meses e um máximo de VINTE e QUATRO meses.

**§ 2º** A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todos os dependentes preferenciais e agregados, inscritos na vigência do contrato de trabalho.

**§ 3º** O usuário Titular Efetivo demitido sem justa causa deve optar pela manutenção no PRO-SAÚDE, no prazo máximo de TRINTA dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

**§ 4º** Em caso de morte do usuário Titular, demitido sem justa causa, o direito de permanência é assegurado aos usuários dependentes inscritos no PRO-SAÚDE, pelos mesmos prazos e condições asseguradas ao Titular.

**§ 5º** A condição prevista no caput deixará de existir quando da admissão do usuário Titular em novo emprego ou posse em cargo público.

**Art. 76** O usuário Titular Efetivo admitido ou que realizou adesão ao Pro-Saúde após o prazo de 30 (trinta) dias corridos da aprovação deste regulamento, que vier a se aposentar nos patrocinadores e tenha contribuído pelo prazo mínimo de DEZ anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

**§ 1º** Ao Titular Efetivo qualificado no caput deste Artigo, que vier a se aposentar nos patrocinadores, exceto no caso de aposentaria por invalidez, e que tenha contribuído

para o PROSAÚDE, por período inferior ao estabelecido no "caput" é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de UM ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

**§ 2º** Ao titular efetivo qualificado no caput aposentado por invalidez pelo Regime Geral de Previdência Social, ainda que tenha contribuído por menos de dez anos para o PRO - SAÚDE, é assegurado o direito de manutenção como usuário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

## **Tema XXVII – CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO USUÁRIO**

**Art. 77** O PRO-SAÚDE destina-se aos:

- a)** empregados ativos no Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais S/A – BDMG e na DESBAN – Fundação BDMG de Seguridade Social;
- b)** ex-empregados aposentados pelo Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais S/A – BDMG;
- c)** Ex-empregados do Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais S/A - BDMG e da DESBAN – Fundação BDMG de Seguridade Social, que realizaram adesão ao PRO-SAÚDE no prazo de 30 dias corridos da aprovação deste regulamento, vinculados ao plano de benefícios previdenciários – BDMG.

**Art. 78** A adesão ao PRO-SAÚDE é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste regulamento.

## **Tema XXVIII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO**

### **Seção 1 - Do Cancelamento**

**Art. 79** Será cancelada a inscrição do usuário:

#### **I - Titular Efetivo:**

- a)** quando esse solicitar e motivar por escrito a sua exclusão;
- b)** por motivo de seu falecimento;
- c)** pela inadimplência da contribuição por **SESSENTA** dias, contados a partir da data que a obrigação tornou-se exigível;
- d)** pela suspensão consensual do contrato de trabalho; e,
- e)** por motivo de seu desligamento dos patrocinadores.

#### **II - Titular agregado:**

- a)** quando esse solicitar e motivar por escrito a sua exclusão;
- b)** por motivo de seu falecimento;
- c)** por motivo de seu desligamento dos patrocinadores;
- d)** pelo encerramento do prazo legal de permanência no PRO-SAÚDE, previsto na legislação e neste regulamento; e

- e) pela inadimplência da contribuição por **SESSENTA** dias, contados a partir da data que a obrigação tornou-se exigível.

### **III - Dependente Preferencial:**

- a) pelo cancelamento da inscrição do Titular ao qual for vinculado;
- b) por solicitação expressa e motivada do Titular;
- c) por motivo de seu falecimento; e,
- d) pela perda da condição exigida para sua inscrição na qualidade de dependente.

### **IV - Dependente Agregado:**

- a) pelo cancelamento da inscrição do Titular ao qual for vinculado;
- b) por solicitação expressa e motivada do Titular;
- c) por seu falecimento;
- d) pela perda da condição exigida para sua inscrição na qualidade de dependente; e,
- e) pelo encerramento do prazo legal de permanência no PRO-SAÚDE do Titular agregado ao qual foi vinculado.

**§ 1º** O cancelamento da inscrição do Titular Efetivo ou Agregado determinará o cancelamento da inscrição de todos os seus dependentes, salvo na hipótese de cancelamento por falecimento do Titular.

**§ 2º** A solicitação do cancelamento deverá ser protocolizada pelo Titular, por escrito, na OPERADORA, não cabendo devolução das contribuições pagas até então.

**§ 3º** Será cancelada a inscrição do usuário em caso de fraude, tentativa de fraude ou qualquer ato doloso contra o PRO-SAÚDE e sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

**§ 4º** Nos casos de casamento ou união estável, de dependente preferencial ou agregado, o usuário Titular deverá solicitar o cancelamento no prazo máximo de **DEZ** dias após ocorrido o evento.

**§ 5º** Será deferido o cancelamento até **SESSENTA** dias após a solicitação, desde que:

- a) sejam devolvidas as carteiras de identificação do PRO-SAÚDE;
- b) inexistam débitos para com o PRO-SAÚDE; e
- c) seja assinado Termo de Responsabilidade por quaisquer despesas em seu nome ou de seus dependentes.

**Art. 80** Em caso de falecimento do Titular Efetivo ou Agregado o direito de permanência é assegurado aos dependentes regularmente inscritos no PRO-SAÚDE, mediante o pagamento das contribuições e mensalidades, previsto no plano de custeio, enquanto permanecerem em gozo do benefício de pensão por morte, concedido pela DESBAN, e observadas as condições estabelecidas neste regulamento.

**§ 1º** Em caso de pensão por morte, o dependente que for considerado Titular pelo Plano de Benefícios Previdenciários - BDMG, passará a responder pelos atos perante o PRO-SAÚDE.



**§ 2º** É vedado ao assistido em gozo de benefício de complementação de pensão por morte:

- I** - a inscrição de novos usuários, exceto se reconhecidos legal ou judicialmente, como dependentes do Titular falecido;
- II** - a sua reinscrição; e
- III** - a reinscrição de dependente cuja inscrição tenha sido anteriormente cancelada.

**Art. 81** O usuário terá sua inscrição cancelada quando comprovadamente infringir qualquer regra estabelecida neste regulamento.

**Art. 82** O cancelamento da inscrição do Titular determinará igual efeito em relação a todos os seus dependentes.

**Art. 83** O usuário Titular Efetivo ou Agregado que deixar de recolher as contribuições ou mensalidades e demais obrigações na data exigível terá a fruição de benefícios suspensa, a partir do SEXAGÉSIMO dia de atraso. Caso não regularize seu débito, terá sua inscrição cancelada, se, após notificado, não liquidar o débito em DEZ dias.

**§ 1º** O cancelamento do PRO-SAÚDE não exime o usuário da obrigação de pagar seus débitos vencidos e vincendos.

**§ 2º** A condição de usuário, perdida nos termos do caput, poderá ser readquirida, observadas as carências deste regulamento, e no caso de ser punido com cancelamento da inscrição, o ex-usuário somente poderá voltar a se inscrever após CINCO anos, mediante parecer favorável da Diretoria Executiva da OPERADORA.

## **Seção 2 - Das Penalidades Aplicáveis**

**Art. 84** O usuário responderá pelas faltas cometidas por ele ou por qualquer de seus dependentes preferenciais ou agregados, ficando sujeito às seguintes penalidades na seguinte ordem de gradação:

- I** - advertência escrita;
- II** - multa no valor equivalente a uma contribuição ou a uma mensalidade do Titular;
- III** - suspensão da inscrição pelo prazo máximo de DOZE meses;
- IV** - cancelamento da inscrição.

**Parágrafo Único** As penalidades de advertência e multa são de atribuição exclusiva do Diretor de Seguridade, e a de suspensão e cancelamento é atribuição da Diretoria Executiva da OPERADORA.

**Art 85** São consideradas faltas passíveis de penalidade de advertência, multa e suspensão por parte dos Titulares, dependentes preferenciais e agregados, os seguintes atos e/ou fatos:

- I** - criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos neste Regulamento;
- II** - omitir informações solicitadas ou previstas neste Regulamento; e,
- III** - não atender à exigência do recadastramento anual.

**§ 1º** A multa será aplicada DEZ dias após a advertência, caso a irregularidade não tenha sido sanada.

**§ 2º** A pena de suspensão será aplicada, por escrito, no prazo de QUINZE dias após a aplicação da multa.

**Art. 86** A aplicação da pena de cancelamento da inscrição dos usuários, Titulares e seus dependentes, ocorrerá, independentemente de advertência, de multa e de suspensão nos seguintes casos:

- I** - ser conivente com documentação para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- II** - apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes preferenciais ou agregados;
- III** - ceder a carteira de identificação para utilização de terceiros; e
- IV** - falsificar ou adulterar documentos solicitados nesse Regulamento.

**Parágrafo Único** Outros atos e/ou fatos não relacionados no *caput* que configurem infração aos regulamentos ou à legislação, bem como tentativa ou consumação de fraude contra o Pro - Saúde, serão igualmente passíveis de penalidade.

**Art. 87** A aplicação da penalidade de suspensão ou de cancelamento será precedida de processo administrativo, assegurado o direito à ampla defesa, a ser instaurado pela Diretoria Executiva da OPERADORA, a pedido de qualquer de seus membros ou por solicitação de administradores da OPERADORA.

**Parágrafo Único** A Diretoria Executiva da OPERADORA comunicará, por escrito, a instauração do processo administrativo ao usuário envolvido, que poderá apresentar sua defesa, no prazo máximo de QUINZE dias contados do recebimento da comunicação, instruindo-a com os documentos e provas pertinentes.

**Art. 88** A Diretoria Executiva da OPERADORA poderá, com vistas a instruir o processo, promover a busca de documentação complementar, tomar depoimentos ou valer-se de qualquer outro meio de prova admitido em direito, devendo concluir a instrução no prazo de TRINTA dias contados da instauração do procedimento, sendo permitida uma única prorrogação, por igual período, desde que justificada no processo.

**Art. 89** A Diretoria Executiva da OPERADORA findada a instrução do processo encaminhará o mesmo ao Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE, para análise e recomendação.

**Art. 90** Da decisão da Diretoria Executiva da OPERADORA que aplicar penalidade ao usuário caberá recurso, com efeito suspensivo, ao Conselho Deliberativo da DESBAN, no prazo máximo de DEZ dias do recebimento da notificação.

**Art. 91** Havendo suspensão o usuário e seus dependentes estarão sujeitos, finda a suspensão, ao cumprimento das carências previstas neste regulamento.

**Art. 92** No caso de ser punido com cancelamento da inscrição, o ex-usuário somente poderá voltar a se inscrever após CINCO anos, mediante parecer favorável da Diretoria Executiva da OPERADORA.

**Art. 93** No caso em que o ato lesivo tenha sido comprovado após a concessão do benefício correspondente, o PRO-SAÚDE deverá ser ressarcido pelo Titular das despesas incorridas, acrescidas de encargos financeiros correspondentes à variação do IGP-DI - FGV, mais juros simples de zero vírgula zero trinta e três por cento ao mês, sem prejuízo das penalidades aqui descritas e ações judiciais cabíveis.

## **Tema XXIX – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

**Art. 94** Os benefícios oferecidos pelo PRO-SAÚDE, nas coberturas especial e complementar, serão prestados mediante livre escolha e/ou por profissionais ou clínicas credenciadas, observadas as seguintes coberturas:

**I -** Assistência Especial, limitada a, no máximo, QUATRO sessões mensais por usuário, compreendendo:

- a)** ludoterapia, e;
- b)** outros tratamentos especiais, desde que reconhecidos pelo respectivo Conselho e aprovados pelos órgãos gestores do PRO-SAÚDE.

**II -** Assistência Complementar, compreendendo:

- a)** óculos, entendido como o conjunto de armação e lentes, limitados a um por usuário, por ano;
- b)** lentes ou lentes de contato, limitadas a um par de lentes por usuário, por ano;
- c)** compra ou aluguel de muletas, cadeiras de roda, cama hospitalar e aparelhos ortopédicos; e
- d)** prótese e órtese, vedadas as com fim estético.

**Parágrafo Único** Os benefícios da cobertura especial e complementar, tratada neste artigo sujeitam-se a um Limite Financeiro de Cobertura anual por Titular e por dependente de acordo com o plano de custeio estabelecido para cada exercício.

**III -** Assistência Odontológica, mediante contrato com empresa especializada.

## **Tema XXX – DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **Seção 1 - Dos Direitos e Obrigações**

**Art. 95** São obrigações dos patrocinadores:

**I -** efetuar o desconto das contribuições, mensalidades e co-participações devidas em folha de pagamento de seus empregados inscritos no PRO-SAÚDE, repassando-as à OPERADORA;

**II -** efetuar o pagamento de suas contribuições mensais ao PRO-SAÚDE;

**III -** acompanhar, junto à OPERADORA, o desempenho do PRO-SAÚDE; e



**IV -** Indicar seus representantes no Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do – PRO-SAÚDE.

**Art. 96** São obrigações dos usuários:

**I -** Manter-se informado sobre o regulamento do PRO-SAÚDE, zelando por sua correta aplicação;

**II -** efetuar o pagamento de suas contribuições mensais e de seus dependentes preferenciais ou mensalidades dos agregados;

**III -** efetuar o pagamento das co-participações estabelecidas neste regulamento;

**IV -** efetuar ou cancelar as inscrições de seus dependentes, preferenciais ou agregados, responsabilizando-se por informar à OPERADORA qualquer alteração que modifique os requisitos estabelecidos neste regulamento, tais como: estado civil, união estável, emancipação ou renda;

**V -** devolver à OPERADORA as carteiras de identificação, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes preferenciais ou agregados, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o PRO-SAÚDE;

**VI -** prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se à perícia médica, assim como seus dependentes preferenciais ou agregados, quando solicitados pela OPERADORA; e

**VII -** comparecer pelo menos uma vez por ano ao dentista para realização de controle odontológico.

**Art. 97** São direitos dos usuários:

**I -** acompanhar o desempenho do PRO-SAÚDE;

**II -** recorrer ao Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE das II decisões proferidas pela Diretoria Executiva da OPERADORA ou por qualquer de seus membros;

**III -** recorrer ao Conselho Deliberativo da DESBAN das decisões proferidas pelo Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE;

**IV -** obter informações relativas às despesas realizadas com sua assistência e a de seus dependentes preferenciais ou agregados; e

**V -** encaminhar sugestões, denúncias e críticas à OPERADORA e ao Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE.

## **Seção 2 - Da Operadora**

**Art. 98** São atribuições da OPERADORA:

**I -** processar as inscrições e exclusões de Titulares e dependentes preferenciais ou agregados;

**II -** emitir carteiras de identificação;

**III -** solicitar o desconto em folha de pagamento das contribuições, mensalidades e co-participação dos usuários do PRO-SAÚDE;

**IV -** divulgar e manter os usuários informados sobre este regulamento, sobre os credenciados e sobre os aspectos operacionais do PRO-SAÚDE, através do endereço eletrônico [www.desban.org.br](http://www.desban.org.br);

- V** - emitir autorizações de atendimento nos casos previstos neste regulamento;
- VI** - orientar e acompanhar a execução das atividades técnicas e administrativas;
- VII** - alocar pessoal necessário à administração geral, conforme necessidade;
- VIII** - contratar e colocar à disposição do PRO-SAÚDE o Gestor Técnico Médico;
- IX** - contratar empresas ou profissionais qualificados para executarem os trabalhos de auditoria e de perícias médicas;
- X** - contratar profissional ou empresa para elaborar as avaliações atuariais;
- XI** - promover, gerenciar e fiscalizar convênios com prestadores de serviços, zelando por sua qualidade, bom atendimento e adequada abrangência de cobertura;
- XII** - rescindir o contrato com qualquer integrante da rede credenciada, bem como contratar novos serviços, sempre objetivando o aprimoramento dos serviços previstos neste regulamento;
- XIII** - aplicar no mercado de capitais os recursos arrecadados, zelando pela segurança e adequada rentabilidade das aplicações;
- XIV** - contabilizar a movimentação do PRO-SAÚDE em separado dos demais planos por ela administrado, emitindo relatórios gerenciais ao final de cada trimestre civil;
- XV** - apresentar aos órgãos colegiados da DESBAN toda a documentação contábil e gerencial necessária para sua avaliação;
- XVI** - prestar, quando solicitada, esclarecimentos e informações referentes à execução de suas atribuições;
- XVII** - responsabilizar-se pelo relacionamento com os órgãos governamentais competentes;
- XVIII** - submeter ao Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO - SAÚDE propostas de alterações deste regulamento;
- XIX** - propor ao Conselho Deliberativo da DESBAN alterações deste regulamento observado o inciso anterior;
- XX** - propor ao Conselho Deliberativo da DESBAN alterações nas tabelas e cálculos do plano de custeio, por recomendação atuarial; e
- XXI** - recorrer ao Conselho Deliberativo da DESBAN das decisões tomadas pelo Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE.

### **Seção 3** - Do Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE

**Art. 99** O Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE é constituído por um membro nato e cinco membros representantes e seus respectivos suplentes:

- I** - Membro nato: Diretor de Seguridade da DESBAN, Presidente do Comitê; e,
- II** - Membros representantes :
  - a)** representante da Área de Recursos Humanos do BDMG e suplente, designados pelo Titular da Área;
  - b)** representante do BDMG e suplente, designados pelo seu Presidente;
  - c)** representante dos empregados do BDMG e suplente, designados pela Diretoria da Associação dos Funcionários do BDMG - AFBDMG;
  - d)** representante dos empregados da DESBAN e suplente, designados por sua Diretoria Executiva;

- e) representante dos assistidos e suplente, designados pela Diretoria da Associação dos Aposentados e Pensionistas do BDMG – ASAP; e
- f) representante especial responsável pelo Serviço Social da OPERADORA.

§ 1º Os membros representantes terão mandato de DOIS anos, permitida a recondução por mais um período.

§ 2º O Comitê se reunirá, ordinariamente, a cada trimestre civil e, extraordinariamente, quando necessário ou solicitado por qualquer de seus membros, mediante convocação do seu Presidente.

§ 3º O Comitê se reunirá com a presença de no mínimo quatro membros e deliberará por maioria simples de votos dos membros presentes.

§ 4º Os suplentes terão direito a voto, quando estiverem representando o Titular.

§ 5º Das reuniões do Comitê serão lavradas atas contendo o resumo dos assuntos tratados e as deliberações tomadas.

§ 6º Em caso de empate, o Presidente do Comitê terá o voto de qualidade.

**Art. 100** São atribuições do Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE:

- I** - avaliar permanentemente o desempenho do PRO-SAÚDE;
- II** - avaliar, a cada trimestre civil, os relatórios gerenciais;
- III** - propor mudanças e melhorias necessárias ao bom desempenho do PRO-SAÚDE;
- IV** - recomendar alterações deste regulamento, submetendo-as à Diretoria Executiva da OPERADORA;
- V** - recomendar ou propor alterações neste regulamento, encaminhadas pela Diretoria Executiva da OPERADORA;
- VI** - analisar e emitir parecer nos casos de aplicação de penalidades a usuários e a prestadores de serviços; e
- VII** - recorrer ao Conselho Deliberativo da OPERADORA das decisões tomadas pela Diretoria Executiva contrárias às suas próprias decisões.

#### **Seção 4 - Dos Prestadores de Serviços**

**Art. 101** O prestador de serviços assumirá perante à OPERADORA toda a responsabilidade técnica, civil e criminal relativa a diagnósticos, tratamentos, qualidade, adequação e proporcionalidade dos serviços prestados aos usuários do PRO-SAÚDE. Responderá integralmente, inclusive por regresso, caso a OPERADORA venha a sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo decorrente de serviços prestados por ele.

**Art. 102** O retorno ao profissional credenciado, com a finalidade de complementar o diagnóstico médico, em prazo inferior a trinta dias, não será considerado consulta, sendo vedada a emissão de novo comprovante de prestação de serviços.

**Art. 103** A condição de prestador de serviço credenciado impõe a obrigação de cumprir as regras estabelecidas, além de não praticar e de não permitir que seja praticado ato ou fato comissivo ou omissivo prejudicial ao PRO-SAÚDE.

**§ 1º** Para fins deste regulamento será entendido como ato ou fato prejudicial ao PRO-SAÚDE todo aquele que, de forma direta ou indireta, viole regra de concessão dos benefícios cobertos, por meio de fraude ou simulação.

**§ 2º** Os atos ou fatos comissivos ou omissivos prejudiciais ao PRO-SAÚDE, praticados por prestador de serviço credenciado, serão punidos na forma deste regulamento.

**Art. 104** As penalidades a que se sujeita o prestador de serviço credenciado, conforme o caso, são:

- I -** na primeira ocorrência, advertência e comunicação formal, e, se for o caso, multa de cinquenta por cento do valor indevidamente cobrado, além de seu ressarcimento; e
- II -** na reincidência, comunicação de descredenciamento e cancelamento do contrato ou convênio, com comunicação à Agência Nacional de Saúde - ANS e aos usuários, e, se for o caso, multa de oitenta por cento do valor indevidamente cobrado, além de seu ressarcimento.

**Parágrafo Único** Caso seja constatada a prática de ato ou fato prejudicial ao PRO-SAÚDE por prestadores de serviço em sistema de livre escolha, esses serão notificados e a ocorrência comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e aos usuários, e não mais serão admitidos reembolsos de despesas de atendimentos por eles realizados.

#### **Seção 5 - Do Valor dos Serviços Prestados**

**Art. 105** O valor dos serviços prestados relativos aos benefícios assegurados por este regulamento será determinado de acordo com as tabelas de serviços aprovadas pela Diretoria Executiva da OPERADORA.

#### **Seção 6 - Das Reservas Técnicas**

**Art. 106** Em conformidade com o previsto no Plano de Custeio do PRO-SAÚDE, estão constituídas as seguintes Reservas Técnicas, cujo cálculo está estabelecido em Nota Técnica Atuarial:

- I -** Reserva para Oscilação de Riscos: destinada à cobertura de eventuais desvios nos compromissos esperados, pela não adequação do plano às bases técnicas adotadas;
- II -** Reserva para Contingências: montante reservado para a cobertura de gastos decorrentes de situações específicas, em circunstâncias adversas ou diferenciadas das previstas ; e
- III -** Reserva para Futuros Ajustes do Plano: destinada à cobertura de possíveis melhorias a serem instituídas no PRO-SAÚDE, dentro dos critérios previamente estabelecidos.

**Parágrafo Único** Os critérios para cálculo dos valores das reservas previstas neste artigo estarão definidos no plano de custeio.

## **Seção 7 - Das Disposições Finais**

**Art. 107** A administração do PRO-SAÚDE será realizada de forma direta pela DESBAN, vedada a terceirização do Programa de Promoção à Saúde - PRO-SAÚDE, ressalvados convênios de reciprocidade com entidades congêneres.

**Art. 108** Não caberá responsabilidade aos patrocinadores por imperícia, erro ou omissão dos profissionais, cirurgiões, médicos, enfermeiros e das demais pessoas que, direta ou indiretamente, participem do tratamento e/ou da intervenção cirúrgica, inclusive de quaisquer funcionários do estabelecimento prestador de serviço credenciado ou escolhido.

**Art. 109** O descumprimento das normas estabelecidas neste regulamento exime o PRO-SAÚDE de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados.

**Art. 110** Os empregados designados pelo BDMG para trabalhar em outros municípios e que sejam usuários do PRO-SAÚDE e vinculados ao Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG, terão assistência médica prestada mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres, quando possível, para utilização de sua rede credenciada no local.

**Art. 111** Respeitadas as disposições deste regulamento, a Diretoria Executiva da OPERADORA emitirá os atos necessários para disciplinar o funcionamento do PRO-SAÚDE.

**Art. 112** Os casos omissos deste regulamento serão analisados pelo Comitê de Supervisão e Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE e submetidos à deliberação da Diretoria Executiva da Operadora.

**Art. 113** Este regulamento e suas alterações ficam sujeitos à aprovação do Comitê de Supervisão e de Assessoramento à Gestão do PRO-SAÚDE, da Diretoria Executiva da OPERADORA, do Conselho Deliberativo da DESBAN e submetem-se à homologação da Diretoria Executiva do BDMG, entrando em vigor após concluída as aprovações.

## **Tema XXXII – ELEIÇÃO DE FORO**

**Art. 114** Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente regulamento, fica eleito o foro do domicílio do usuário Titular.

**Art. 115** Este regulamento entra em vigor a partir de 10 de setembro de 2009.

## ANEXO – 01

### LISTA DE DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO DO VÍNCULO E DA DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

#### **a) PAIS:**

**I** - certidão de nascimento do Titular;

**II** - declaração do imposto de renda do segurado em que conste o interessado como seu dependente;

**III** - prova de mesmo domicílio; e

**IV** - xerox da declaração de dependentes para fins de Imposto de Renda do ARH / BDMG ou Núcleo Previdenciário da DESBAN.

#### **b) DEMAIS DEPENDENTES:**

**I** - certidão de nascimento de filho havido em comum;

**II** - certidão de casamento religioso;

**III** - declaração do imposto de renda do segurado em que conste o interessado como seu dependente;

**IV** - disposições testamentárias;

**V** - declaração especial feita perante tabelião;

**VI** - prova de mesmo domicílio;

**VII** - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;

**VIII** - procuração ou fiança reciprocamente outorgada;

**IX** - conta bancária conjunta;

**X** - registro em associação de qualquer natureza onde conste o interessado como dependente do segurado;

**XI** - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;

**XII** - apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;

**XIII** - ficha de tratamento em instituição de assistência médica da qual conste o segurado como responsável;

**XIV** - escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;

**XV** - declaração de não-emancipação do dependente menor de vinte e um anos; ou

**XVI** - quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a comprovar.

## ANEXO – 02

### LISTA DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

- a)** Ficha de Inscrição do PRO-SAÚDE;
- b)** cônjuge - certidão de casamento;
- c)** companheiro(a) – escritura pública declaratória de união estável, documento de identidade e certidão de casamento com averbação da separação judicial ou divórcio, quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados, ou de óbito do cônjuge falecido, se for o caso;
- d)** filho(a) – certidão de nascimento atualizada (até TRINTA dias de expedição) ;
- e)** filho(a) solteiro (a) inválido(a) - certidão de nascimento e interdição judicial;
- f)** pais - certidão de nascimento e documentos de identidade dos mesmos;
- g)** enteado(a) solteiro(a) e não emancipado - certidão de casamento do usuário Titular e de nascimento do dependente; ou,
- h)** menor sob guarda, tutelado e curatelado, enquanto permanecer solteiro – termo judicial de guarda, certidão judicial de tutela, certidão judicial de curatela;

## ANEXO – 03

### GLOSSÁRIO

Para efeitos deste regulamento, ficam expressas as seguintes definições:

**I - Abono Anual** – 13º salário ou gratificação de Natal recebida por empregado ou por assistido.

**II - Acidente Pessoal** – evento involuntário, súbito, externo, violento e causador de lesão física que, por si só, independe de toda e qualquer outra causa, que tenha como conseqüência direta a necessidade de tratamento médico e/ou hospitalar e/ou odontológico.

**III - Clínica Básica** – Corresponde à Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

**IV - Clínica Especializada** – Correspondem às demais especialidades médicas, conforme definição do Conselho Federal de Medicina – CFM e da Associação Médica Brasileira – AMB.

**V - Co-participação** – montante, definido em termos percentuais, que o usuário pagará ao PRO-SAÚDE em cada evento, conforme especificado neste Regulamento.

**VI - Dependente** – usuário cuja inscrição está vinculada ao Titular.

**VII - Emergência** – evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

**VIII - Evento** – conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do usuário em decorrência de acidente pessoal ou doença. Considera-se ainda evento o conjunto de procedimentos e/ou serviços de assistência odontológica.

**IX - Limite Financeiro de Cobertura** – montante monetário máximo, até o qual o PRO-SAÚDE é responsável pelo custo das coberturas contratadas na segmentação de cobertura especial, complementar e odontológica.

**X - Operadora** – Entidade responsável pela gestão do PRO-SAÚDE e registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS como operadora de plano de saúde.

**XI - Parto a Termo** – é um parto realizado entre a 38ª e 40ª semana de gestação.

**XII - Plano de Custeio** – Conjunto de regras que determinará os valores das contribuições das patrocinadoras e usuários. Estabelece o nível de contribuição necessário à constituição das reservas garantidoras de benefícios, fundos, provisões e à cobertura das demais despesas, em conformidade com os critérios fixados pelo órgão regulador e fiscalizador.

**XIII - Titular** – usuário responsável pela sua inscrição e de seus dependentes no PRO-SAÚDE.

**XIV - Urgência** – evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

**XV - Usuário** – pessoa física, inscrita que usufruirá dos serviços do PRO-SAÚDE.

## ANEXO – 04

### FAIXAS ETÁRIAS

**1 -** Na determinação dos valores de contribuição previstos no regulamento serão observadas as seguintes faixas etárias:

**I -** Para os empregados dos patrocinadores e seus dependentes preferenciais que aderiram ao PRO-SAÚDE até 31/12/2003:

| <b>Empregados - Titulares</b> | <b>Dependentes Preferenciais dos Empregados</b> |
|-------------------------------|---|
| <b>Faixa Etária</b>           | <b>Faixa Etária</b>                             |
| 00 a 17                       | 00 a 17   |
| 18 a 29                       | 18 a 29   |
| 30 a 39                       | 30 a 39   |
| 40 a 49                       | 40 a 49   |
| 50 a 59                       | 50 a 59   |
| 60 a 69                       | 60 a 69   |
| 70 ou mais                    | 70 ou mais                                      |

**II -** Para os assistidos e seus dependentes preferenciais que aderiram ao PRO-SAÚDE até 31/12/2003:

| <b>Assistidos - Titulares</b> | <b>Dependentes Preferenciais dos Assistidos</b> |
|-------------------------------|---|
| <b>Faixa Etária</b>           | <b>Faixa Etária</b>                             |
| 00 a 17                       | 00 a 17   |
| 18 a 29                       | 18 a 29   |
| 30 a 39                       | 30 a 39   |
| 40 a 49                       | 40 a 49   |
| 50 a 59                       | 50 a 59   |
| 60 a 69                       | 60 a 69   |
| 70 ou mais                    | 70 ou mais                                      |

**III -** Para os empregados dos patrocinadores e seus dependentes preferenciais que aderiram ao PRO-SAÚDE a partir de 01/01/2004:

| <b>Empregados - Titulares</b> | <b>Dependentes Preferenciais dos Empregados</b> |
|-------------------------------|---|
| <b>Faixa Etária</b>           | <b>Faixa Etária</b>                             |
| 00 a 18                       | 00 a 18   |
| 19 a 23                       | 19 a 23   |
| 24 a 28                       | 24 a 28   |
| 29 a 33                       | 29 a 33   |
| 34 a 38                       | 34 a 38   |
| 39 a 43                       | 39 a 43   |
| 44 a 48                       | 44 a 48   |
| 49 a 53                       | 49 a 53   |
| 54 a 58                       | 54 a 58   |
| 59 ou mais                    | 59 ou mais                                      |

**IV -** Para os assistidos e seus dependentes preferenciais que aderiram ao PRO-SAÚDE a partir de 01/01/2004:

| <b>Assistidos - Titulares</b> | <b>Dependentes Preferenciais dos Assistidos</b> |
|-------------------------------|---|
| <b>Faixa Etária</b>           | <b>Faixa Etária</b>                             |
| 00 a 18                       | 00 a 18   |
| 19 a 23                       | 19 a 23   |
| 24 a 28                       | 24 a 28   |
| 29 a 33                       | 29 a 33   |
| 34 a 38                       | 34 a 38   |
| 39 a 43                       | 39 a 43   |
| 44 a 48                       | 44 a 48   |
| 49 a 53                       | 49 a 53   |
| 54 a 58                       | 54 a 58   |
| 59 ou mais                    | 59 ou mais                                      |

**V** - Para os empregados dos patrocinadores e seus dependentes preferenciais que aderiram ao PRO-SAÚDE a partir de 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores:

| <b>Empregados - Titulares</b> | <b>Dependentes Preferenciais dos Empregados</b> |
|-------------------------------|---|
| <b>Faixa Etária</b>           | <b>Faixa Etária</b>                             |
| 00 a 18                       | 00 a 18   |
| 19 a 23                       | 19 a 23   |
| 24 a 28                       | 24 a 28   |
| 29 a 33                       | 29 a 33   |
| 34 a 38                       | 34 a 38   |
| 39 a 43                       | 39 a 43   |
| 44 a 48                       | 44 a 48   |
| 49 a 53                       | 49 a 53   |
| 54 a 58                       | 54 a 58   |
| 59 ou mais                    | 59 ou mais                                      |

**a)** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a SEIS vezes o valor da primeira faixa etária.

**b)** A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

**c)** Sempre que ocorrer alteração na idade dos usuários definidos no caput deste artigo que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contribuição passará automaticamente para a faixa etária correspondente.

**d)** O valor da contribuição dos empregados dos patrocinadores e seus dependentes preferenciais corresponderá à multiplicação de um fator, estabelecido no plano de custeio, pela remuneração mensal bruta do Titular, ressalvados a gratificação natalina (décimo terceiro), o abono e a PLR – Participação dos Lucros e Resultados dos empregados dos patrocinadores

**e)** O valor da contribuição dos assistidos e seus dependentes preferenciais corresponderá à multiplicação de um fator, estabelecido no plano de custeio, pela renda bruta do benefício (INSS + Complementação paga pelo Plano de Benefícios Previdenciários - BDMG), ressalvado o abono anual dos assistidos do Plano de Benefícios Previdenciários – BDMG.

**f)** Os valores citados acima estão submetidos a valores máximos e mínimos, estabelecidos no plano de custeio, e serão atualizados anualmente, sempre no mês de janeiro de cada ano, pela variação acumulada do IGP-DI (FGV) dos últimos DOZE meses anteriores ao mês de reajuste.

**2** - A mensalidade dos Titulares agregados e de seus dependentes corresponderá a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, observada a faixa etária a que cada um pertence.

**3 -** Para fins de determinação das mensalidades dos usuários agregados, serão estabelecidas as seguintes faixas etárias:

**I -** Para os agregados que foram inscritos no PRO-SAÚDE até 31/12/2003:

| <b>Agregados</b> |
|------------------|
| Faixa Etária     |
| 00 a 17          |
| 18 a 29          |
| 30 a 39          |
| 40 a 49          |
| 50 a 59          |
| 60 a 69          |
| 70 ou mais       |

**II -** Para os agregados que foram inscritos no PRO-SAÚDE a partir de 01/01/2004:

| <b>Agregados</b> |
|------------------|
| Faixa Etária     |
| 00 a 18          |
| 19 a 23          |
| 24 a 28          |
| 29 a 33          |
| 34 a 38          |
| 39 a 43          |
| 44 a 48          |
| 49 a 53          |
| 54 a 58          |
| 59 ou mais       |

**III -** Para os agregados que foram inscritos no PRO-SAÚDE a partir de 30 (trinta) dias corridos contados da aprovação deste regulamento pelos patrocinadores:

| <b>Agregados</b> |
|------------------|
| Faixa Etária     |
| 00 a 18          |
| 19 a 23          |
| 24 a 28          |
| 29 a 33          |
| 34 a 38          |
| 39 a 43          |
| 44 a 48          |
| 49 a 53          |
| 54 a 58          |
| 59 ou mais       |



- a)** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a SEIS vezes o valor da primeira faixa etária.
- b)** A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
- c)** Sempre que ocorrer alteração na idade do usuário agregado que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade será aumentada automaticamente.
- d)** Os usuários com mais de SESENTA anos de idade que aderiram ao PRO-SAÚDE até 31/12/2003 e contribuíram para o plano de saúde e seus antecessores por pelo menos DEZ anos consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.
- e)** Os usuários com pelo menos SESENTA anos de idade estarão isentos dos aumentos decorrentes de mudança de faixa etária, independentemente do tempo de vinculação ao PRO-SAÚDE, em conformidade com o disposto na Lei 10.741/03.
- f)** A Tabela de Mensalidade de Agregados será atualizada anualmente, sempre no mês de janeiro de cada ano, pela variação acumulada do IGP-DI (FGV) dos últimos DOZE meses anteriores ao mês de reajuste.