

REGULAMENTO DO PRO-SAÚDE

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A **DESBAN - Fundação BDMG de Seguridade Social**, nome fantasia DESBAN, Entidade Fechada de Previdência Complementar que presta serviços assistenciais à saúde nos termos admitidos no art. 76 da Lei Complementar nº. 109/01, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 35.766-9, classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 19.969.500/0001-64, com sede em Belo Horizonte / MG, na Praça Carlos Chagas nº. 49, 6º andar, Bairro Santo Agostinho, CEP 30.170-913, doravante designada **OPERADORA**, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde, denominado **PRO-SAÚDE**.

Parágrafo Único - Há, em sua composição, a figura do patrocinador.

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

- I. Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais S/A, nome fantasia: BDMG, inscrito no CNPJ sob o nº. 38.486.817/0001-94, com sede na Rua da Bahia, nº 1600, Bairro Lourdes, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30.160-011;
- II. DESBAN - Fundação BDMG de Seguridade Social, já qualificada neste instrumento.

Parágrafo Único - A **OPERADORA** poderá admitir outros **PATROCINADORES** na forma da regulamentação em vigor.

Art. 3º - O **PRO-SAÚDE** está registrado na ANS sob o nº. 448.709/04-5, possuindo como características Gerais:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico;
- III. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios;
- IV. Área de Atuação: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima e Santa Luzia, todos no Estado de Minas Gerais;
- V. Padrão de Acomodação em Internação: Individual, padrão standard;
- VI. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Art. 4º - Além das coberturas previstas nas Seções I, II e III do Capítulo **IV - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, o **PRO-SAÚDE** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção IV deste Capítulo.

Art. 5º - Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO II

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 6º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

§1º - 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.

§2º - O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

§3º - O **PRO-SAÚDE** é um programa sem fins lucrativos administrado pela **OPERADORA**, sendo que seus usuários, no ato da adesão, expressam pleno conhecimento e concordância com os termos deste Regulamento.

CAPÍTULO III

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º - Os usuários classificam-se em:

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

- a) empregado em atividade nos **PATROCINADORES**;
 - b) membro da Diretoria do BDMG, enquanto no exercício do cargo;
 - c) empregado dos **PATROCINADORES** com suspensão consensual do contrato de trabalho, vinculado ao(s) Plano(s) de Benefícios Previdenciários administrado(s) pela **OPERADORA**;
 - d) aposentado do(s) Plano(s) de Benefícios Previdenciários administrado(s) pela **OPERADORA**, respeitadas as condições estabelecidas no §10 do presente artigo;
 - e) ex-empregado dos **PATROCINADORES**, vinculado ao **PRO-SAÚDE** e aposentado pelo RGPS- Regime Geral de Previdência Social.
- II . Dependente Preferencial:** aquele que se encontra em uma das seguintes condições em relação ao Titular:
- a) cônjuge;
 - b) companheiro(a), **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge**;
 - c) filho(a) ou enteado **solteiro(a) não emancipado(a) com idade inferior a 21 (vinte e um) anos, ou se estudante de curso de graduação ou técnico reconhecido pelo MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação, com idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos**;
 - d) menor sob guarda e o tutelado, enquanto permanecer solteiro(a), desde que o titular apresente documento judicial reconhecendo a condição;
 - e) curatelado(a), observando os limites de parentesco em relação ao Titular estabelecidos na regulamentação da ANS em vigor à época; e
 - f) filho(a) **solteiro(a) inválido(a), mediante comprovação**; e
 - g) 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 administrado pela OPERADORA, 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.**
- III . Dependente Agregado:** aquele que se encontra em uma das seguintes condições em relação ao Titular:

a) filho(a), que tenha perdido a condição de dependente preferencial para o PRO-SAÚDE, enquanto permanecer solteiro(a).

§1º - A inscrição no PRO-SAÚDE como titular ou dependente é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados por esse Regulamento.

§2º - O titular é responsável pela inscrição e pelos atos praticados por seus dependentes.

§3º - A adesão ao PRO-SAÚDE é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento.

§4º - A inscrição dos usuários dependentes fica condicionada à participação do titular.

§5º - O titular e seus dependentes serão considerados inscritos no PRO-SAÚDE após o deferimento do respectivo pedido de inscrição, que deverá se dar em prazo não superior a 3 (três) dias úteis do pedido.

§6º - Os empregados dos PATROCINADORES e o participante aposentado do Plano de Benefícios Previdenciários administrado pela OPERADORA não poderão ser inscritos como dependentes no PRO-SAÚDE.

§7º - 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.

§8º - Ao requerimento de inscrição de dependentes deverão ser obrigatoriamente anexados pelo titular todos os documentos comprobatórios da condição de elegibilidade do dependente e do agregado, relacionados nos Anexos III e IV.

§9º - Os documentos a que se refere o parágrafo anterior deverão ser apresentados sempre que ocorrer mudança na situação declarada, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados do evento, ou quando solicitados pela OPERADORA.

§10 - A condição de estar em gozo de benefício de aposentadoria complementar concedido pela OPERADORA não dá o direito de inscrição no PRO-SAÚDE ao ex-empregado dos PATROCINADORES que não era inscrito no PRO-SAÚDE.

Art. 8º - É vedado ao usuário:

I- titular:

- a) a inscrição, como dependente agregado no PRO-SAÚDE, de filho(a), enteado(a) ou tutelados e curatelados, com idade igual ou superior a 25 (vinte e cinco) anos;**
- b) a reinscrição, como dependente agregado no PRO-SAÚDE, de ex-dependentes que tiveram sua inscrição cancelada há mais de 180 (cento e oitenta) dias.**

II- em gozo de benefício de complementação de pensão por morte:

- a) a inscrição de novos usuários, exceto se reconhecidos legal ou judicialmente, como dependentes do titular falecido;**
- b) a sua reinscrição; e**
- c) a reinscrição de dependente cuja inscrição tenha sido anteriormente cancelada.**

Parágrafo Único O disposto na alínea “a” do inciso I não interfere no direito do titular de manter o dependente preferencial como dependente agregado após a perda da condição.

Art. 9º - É assegurada a inscrição:

- I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção;**
- II. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante.**

Parágrafo Único - A inscrição desses usuários fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

CAPÍTULO IV

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 10 - A **OPERADORA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos usuários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **OPERADORA**, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PRO-SAÚDE** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 11 - A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento** ambulatorial;
- III. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- IV. 12 (doze) consultas/sessões com fonoaudiólogo, **por ano de adesão do usuário, não cumulativas, limite que poderá ser aumentado para 48 (quarenta e oito) consultas/sessões, nas mesmas condições**

destacadas acima, exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

- V . 6 (seis) consultas/sessões com nutricionista, por ano de adesão do usuário, não cumulativas, limite que poderá ser aumentado para 12 (doze) ou para 18 (dezoito) consultas / sessões, nas mesmas condições destacadas acima, exclusivamente quando preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;**
- VI . 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, por ano de adesão do usuário, não cumulativas, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- VII . 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, por ano de adesão do usuário, não cumulativas, desde que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- VIII . 12 (doze) consultas/sessões com psicólogo, por ano de adesão do usuário, não cumulativas, desde que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- IX . 12 (doze) consultas/sessões de psicoterapia, por ano de adesão do usuário, não cumulativas, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;**
- X . Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;**
- XI . Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;**
- XII . Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via**

de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

- a. Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- XIII .** Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- XIV .** Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XV .** Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XVI .** Hemoterapia ambulatorial;
- XVII .** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), **para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 1 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.**

Seção II

Das Coberturas Hospitalares

Art. 12 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I .** Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;
- II .** Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;

- III . Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico assistente;**
- IV . Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do(a) usuário(a) e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;**
- V . Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI . Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- VII . Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - a. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - b. O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha a critério da OPERADORA;**
 - c. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **OPERADORA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **OPERADORA**.
 - d. O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **OPERADORA** para composição da junta médica.
- VIII . Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

- IX.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- a.** O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do usuário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - a.1)** O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao usuário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
 - a.2)** Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, **não estão incluídos na cobertura hospitalar.**
- X.** Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a)** Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c)** Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
 - d)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações **ambulatorial e hospitalar;**
 - e)** Hemoterapia;
 - f)** Nutrição parenteral ou enteral;
 - g)** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h)** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - i)** Radiologia intervencionista;

- j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, **conforme solicitação e indicação do médico assistente.**
- XI . Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII . Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII . Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) **previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do usuário receptor;
 - b. medicamentos utilizados durante a internação;
 - c. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção;**
 - d. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
 - e. **Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.**
 - f. **O usuário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;**
 - g. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o Regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

- h. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XIV .** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XV .** Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, **desde que haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- XVI .** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o usuário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

Art. 13 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I .** O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- II .** Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- III .** Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, **de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**

 - III.1)** Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao usuário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;
- IV .** **Além da coparticipação regular, prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de**

internação, contínuos ou não, por ano de adesão do usuário, não cumulativos.

Art. 14 - O presente Regulamento garante, ainda:

- I.** Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, **observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- II.** Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;
- III.** Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- IV.** Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V.** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI.** Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 15 - O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a

finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

- I. Procedimentos de **DIAGNÓSTICO:**
 - a. consulta Odontológica inicial;
 - b. condicionamento em odontologia;
 - c. teste de fluxo salivar;
 - d. procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial).
 - e. Teste de PH salivar (acidez salivar).

- II. Procedimentos de **RADIOLOGIA:**
 - a. radiografia periapical;
 - b. radiografia interproximal - bite-wing;
 - c. radiografia oclusal;
 - d. radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).

- III. Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:**
 - a. atividade Educativa em Saúde Bucal;
 - b. controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - c. aplicação Tópica de Flúor;
 - d. profilaxia – polimento coronário;
 - e. aplicação de selante;
 - f. dessensibilização dentária;
 - g. remineralização dentária.

- IV. Procedimentos de **DENTÍSTICA:**
 - a. aplicação de cariostático;
 - b. adequação do meio bucal;

- c. restauração em amálgama;
 - d. faceta direta em resina fotopolimerizável;
 - e. restauração em resina fotopolimerizável;
 - f. núcleo de preenchimento;
 - g. ajuste oclusal;
 - h. restauração em ionômero de vidro;
 - i. restauração em resina fotopolimerizável;
 - j. restauração temporária /tratamento expectante;
 - k. tratamento restaurador atraumático;
 - l. remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).
- V .** Procedimentos de **PERIODONTIA:**
- a. raspagem supra-gengival e polimento coronário;
 - b. raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
 - c. imobilização dentária;
 - d. gengivectomia/gengivoplastia;
 - e. aumento de coroa clínica;
 - f. cunha proximal;
 - g. cirurgia periodontal a retalho;
 - h. tratamento de abscesso periodontal.
 - i. Enxerto gengival livre;
 - j. Enxerto pediculado.
- VI .** Procedimentos de **ENDODONTIA:**
- a. capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
 - b. pulpotomia;
 - c. remoção de corpo estranho intracanal;
 - d. tratamento endodôntico em dentes permanentes;
 - e. retratamento endodôntico de dentes permanentes;
 - f. tratamento endodôntico em dentes decíduos;
 - g. tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;

- h. tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i. remoção de núcleo intra-canal;
- j. remoção de peça/trabalho protético.

VII . Procedimentos de **CIRURGIA:**

- a. alveoloplastia;
- b. apicectomia com ou sem obturação retrógrada;
- c. biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d. sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e. cirurgia para tórus/exostose;
- f. exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;
- g. exodontia a retalho;
- h. exodontia de raiz residual;
- i. exodontia simples de permanente;
- j. exodontia simples de decíduo;
- k. redução de fratura alvéolo dentária;
- l. frenotomia/Frenectomia labial;
- m. frenotomia/Frenectomia lingual;
- n. remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o. tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p. tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilagosos na mandíbula/maxila;
- q. tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r. tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s. ulectomia/ulotomia;
- t. amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u. exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v. punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w. aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
- x. bridectomia/ bridotomia;

- y. odonto-secção;
- z. redução de luxação da ATM.
- aa. Tunelização.

VIII . Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

- a. coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b. reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c. reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d. reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- e. reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética;
- f. reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética.

Art. 16 - A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

Seção IV

Das Coberturas Adicionais

Art. 17 - Os benefícios oferecidos pelo **PRO-SAÚDE**, nas coberturas adicionais, serão prestados mediante prescrição médica com expressa indicação de diagnóstico e previsão de duração do tratamento, quando couber, observadas as seguintes coberturas:

- I. **Assistência Especial, limitada a, no máximo, 4 (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, lentes ou lentes de contato, **limitados a um par por usuário, por ano;**
 - b. compra ou aluguel de muletas, cadeiras de roda, cama hospitalar e aparelhos ortopédicos; e
 - c. prótese e órtese, **vedadas as com fim estético.**
- III . Procedimentos Especiais:**
- a. escleroterapia de varizes, **que somente será autorizada como complemento de cirurgia vascular até 6 (seis) meses após a cirurgia e limitada em até 10 (dez) sessões por procedimento;**
 - b. RPG - Reeducação Postural Global.
- IV . Procedimentos Odontológicos:**
- a. clareamento dentário, **desde que realizado na residência do usuário (caseiro);**
 - b. procedimentos de Radiologia:
 - i. Radiografia cefalométrica;
 - ii. Radiografia panorâmica com e sem traçado.
- V . Remoção:** Além da remoção prevista no presente Regulamento, será garantida a remoção terrestre do usuário do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, localizado em Confins/MG, para unidade de atendimento da rede do **PRO-SAÚDE**, caso o beneficiário desembarque assistido em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, nos casos de urgência e emergência, nos termos definidos no presente Regulamento;
- VI . Medicamentos quimioterápicos:** a critério do médico auditor da **OPERADORA** poderá ser autorizada, **exclusivamente**, a aquisição de medicamentos quimioterápicos para uso domiciliar, indicados pelo médico assistente como alternativa ao tratamento de quimioterapia oncológica ambulatorial prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Parágrafo Único - Os benefícios da Assistência Especial e Complementar, previstos nos incisos I e II sujeitam-se a um Limite Financeiro de Cobertura – LFC anual por titular e por dependente de acordo com o plano de custeio estabelecido para cada exercício, sendo as regras de reembolso (percentual e limite de valor) para cada cobertura definidas pelo Conselho Deliberativo da **OPERADORA**.

CAPÍTULO V

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 18 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PRO-SAÚDE os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I . Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da OPERADORA sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**
- II . Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do usuário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;**
- III . Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, e, ainda, aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);**
- IV . Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- V . Inseminação artificial, entendida 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- VI . Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- VII . Tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento ou de emagrecimento com fins estéticos, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- VIII . Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

- IX . Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- X . Fornecimento de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, além dos medicamentos relacionados na Cobertura Adicional do presente Regulamento;**
- XI . Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;**
- XII . Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;**
- XIII . Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XIV . Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XV . Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- XVI . Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XVII . Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, ressalvados os garantidos expressamente na Cobertura Adicional prevista no presente Regulamento;**

- XVIII . Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;**
- XIX . Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ainda que em caráter de urgência e emergência;**
- XX . Acréscimos das despesas decorrentes da opção do usuário por acomodação em categoria superior à estabelecida por este Regulamento;**
- XXI . Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXII . Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto) ou por até no máximo 10 (dez) dias, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXIII . Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- XXIV . Despesas com transporte aeromédico;**
- XXV . Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXVI . Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXVII . Avaliação pedagógica;**
- XXVIII . Orientações vocacionais;**
- XXIX . Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- XXX . Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
- XXXI . Remoção domiciliar;**
- XXXII . Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XXXIII . Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**

- XXXIV . Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);**
- XXXV . Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;**
- XXXVI . Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;**
- XXXVII . Despesas de indenização por danos ou destruição de objetos pelos usuários;**
- XXXVIII . Tratamento para calvície, ainda que prescrito pelo médico-assistente;**
- XXXIX . Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;**
- XL . Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- XLI . Transplantes ósseos;**
- XLII . Enxertos ósseos e biomateriais;**
- XLIII . Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;**
- XLIV . Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;**
- XLV . Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;**
- XLVI . Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;**
- XLVII . Radiografias não previstas na cobertura odontológica prevista neste instrumento e/ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;**
- XLVIII . Clareamento dentário, ressalvado o realizado pelo usuário em sua residência, conforme previsto neste Regulamento;**
- XLIX . Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

CAPÍTULO VI

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19 - Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o usuário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PRO-SAÚDE. O direito de atendimento ao usuário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e emergência, observadas as disposições deste Regulamento;**
- II. 90 (noventa) dias, para consultas, exames básicos de diagnóstico e terapia, e cirurgias ambulatoriais;**
- III. 180 (cento e oitenta) dias, para exames especiais de diagnóstico e de terapia e para internações psiquiátricas, clínicas e/ou cirúrgicas;**
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para demais casos previstos neste Regulamento ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do rol de procedimentos pela ANS;**
- V. 300 (trezentos) dias, para partos a termo.**

§1º - O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do usuário ao PRO-SAÚDE.

§2º - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos usuários ao PRO-SAÚDE.

§3º - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- a. o Titular e seus Dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do Titular ao **PATROCINADOR**;
- b. Dependente cuja inscrição no **PRO-SAÚDE** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o **PRO-SAÚDE**.

§4º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, etc.

§5º - Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência.

CAPÍTULO VII

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 20 - Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 21 - No momento da adesão ao presente instrumento, o usuário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do PRO-SAÚDE, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§ 1º - Juntamente com o formulário da Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Usuário.

§ 2º - O usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **OPERADORA**, sem qualquer ônus para o usuário.

§ 3º - Caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **OPERADORA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§ 4º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o usuário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o usuário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§ 5º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pela **OPERADORA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 22 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **OPERADORA** oferecerá a cobertura parcial temporária.

Parágrafo Único - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

Art. 23 - A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo Único - As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela OPERADORA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela OPERADORA para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 24 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia no site da OPERADORA.

Art. 25 - Exercendo prerrogativa legal, a OPERADORA não optará pelo fornecimento do Agravado.

Art. 26 - Identificado indício de fraude por parte do usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a OPERADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao usuário através de Termo de Comunicação ao Usuário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do usuário à cobertura parcial temporária.

§ 1º - Instaurado o processo administrativo na ANS, à OPERADORA caberá o ônus da prova.

§ 2º - A OPERADORA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do usuário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

§ 3º - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§ 4º - Se solicitado pela ANS, o usuário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§ 5º - Após julgamento, e acolhida a alegação da OPERADORA, pela ANS, o usuário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela OPERADORA, bem como será excluído do PRO-SAÚDE.

§ 6º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do Plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 27 - O presente Capítulo não vigorará:

- I - para o Titular e seus Dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do Titular ao **PATROCINADOR**;
- II - para o Dependente cuja inscrição no **PRO-SAÚDE** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o **PRO-SAÚDE**.

CAPÍTULO VIII

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 28 - Considera-se:

- I- atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- II- atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- III- atendimento de urgência/emergência odontológico:
 - a) tratamento de odontalgia aguda;

- b)** imobilização dentária;
- c)** recimentação de peça/trabalho protético;
- d)** tratamento de alveolite;
- e)** colagem de fragmentos dentários;
- f)** incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- g)** reimplante de dente avulsionado com contenção;
- h)** controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.

Art. 29 - Está assegurada a cobertura integral nos casos de Urgência e Emergência após o cumprimento do período de carência de 24 horas.

Parágrafo Único - Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II

Da Remoção

Art. 30 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar ou hospitalar-clínica do usuário, conforme o caso, em ambulância terrestre, dentro da área geográfica de abrangência do **PRO-SAÚDE** e conforme regras previstas nesta Seção.

§1º- Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do **PRO-SAÚDE**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, com indicação e apresentação de laudo contendo justificativa e CID.

§2º - Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos

cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões pré-existentes.

Art. 31 - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I- quando não possa haver remoção por risco de vida, o usuário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA, desse ônus;**
- II- caberá à OPERADORA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;**
- III- na remoção, a OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;**
- IV- quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

CAPÍTULO IX

REEMBOLSO

Art. 32 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de atendimentos eletivos e de urgência e emergência, quando o usuário for atendido fora da rede credenciada da **OPERADORA**.

Art. 33 - O reembolso será assegurado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela de Reembolso da **OPERADORA**, que não será inferior à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela **OPERADORA** junto à rede de prestadores do **PRO-SAÚDE**, descontados os valores de coparticipação, devendo o usuário, para tanto, apresentar as vias originais da documentação probatória relacionada no Anexo V, que deverá observar os requisitos nele estabelecidos.

§1º - A Tabela de Reembolso da **OPERADORA** está registrada no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, averbada sob o nº 461, no registro 57571, no livro A, em 07/12/2010, estando também disponível na sede da **OPERADORA** e no site (www.desban.org.br). Sempre que houver alteração na referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente averbada.

§2º - O reembolso de que trata este Capítulo será efetuado, através de depósito em conta corrente do usuário titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega da documentação completa na **OPERADORA**. Por opção do usuário titular, o reembolso poderá ser efetuado na conta bancária de seu(s) respectivo(s) dependente(s).

§3º - **Não serão reembolsadas as despesas, cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora do prazo e em desacordo com este Regulamento.**

§4º - Para efeito do cálculo do reembolso prevalecerá a Tabela de Reembolso vigente na data do recibo ou da nota fiscal.

§5º - **O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da OPERADORA, até o prazo de 12 (doze) meses após a realização do procedimento.**

§6º - **A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do usuário.**

§7º - **Nas solicitações de reembolso aplicam-se também as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.**

§8º - **Não serão reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo PRO-SAÚDE.**

§9º - O usuário arcará com a despesa do procedimento por ele utilizado sem justificativa médica.

§10 - Em caso de divergência médica ou odontológica a respeito do procedimento realizado, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo usuário, por médico ou cirurgião-dentista da OPERADORA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado da OPERADORA, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do usuário.

CAPÍTULO X

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Carteira Assistencial

Art. 34 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento na rede credenciada é indispensável a identificação do usuário, ressalvados os casos de urgência e emergência.

§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 bianual 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, à exceção dos casos comprovados de roubo ou furto.

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

Seção II

Padrão de Acomodação

Art. 35 - O padrão de acomodação é individual, padrão standard.

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.

Seção III

Prestação de Serviços

Art. 36 - Os serviços constantes deste Regulamento serão prestados por:

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

Art. 37 - Quando o serviço for realizado na rede credenciada, deverá ser preenchida a guia no ato do atendimento, em formulário próprio com todos os dados completos, observando a regulamentação da ANS em vigor à época.

Parágrafo Único - Depois de preenchida, a guia de atendimento 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 coparticipação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime; e

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

Art. 38 - Os benefícios previstos neste Regulamento serão prestados aos usuários regularmente inscritos **observando o cumprimento das carências e da cobertura parcial temporária conforme regras estabelecidas em Capítulos específicos deste Regulamento.**

§1º - Para os serviços prestados pelo quadro de credenciados, a **OPERADORA** efetuará, em nome do usuário, os respectivos pagamentos aos prestadores de serviços.

§2º - A rede credenciada da **OPERADORA** está disponível no endereço eletrônico www.desban.org.br.

Art. 39 - A **OPERADORA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

§1º - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao usuário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, **ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.**

§2º - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **OPERADORA** durante período de internação de algum usuário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a OPERADORA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.**

§3º - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 40 - 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 IV **Autorizações Prévias**

Art. 41 - 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, conforme previsto nas Coberturas Adicionais do presente Regulamento;
- II- quimioterapia ambulatorial;
- III- radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia e outros);
- IV- internações hospitalares;
- V- cirurgias em geral, inclusive as ambulatoriais;
- VI- prótese e órtese ligadas ao ato cirúrgico;
- VII- despesa com remoção inter-hospitalar ou hospitalar-clínica do usuário;
- VIII- Exames especiais de diagnóstico e terapia;
- IX- RPG - Reeducação Postural Global;
- X- assistência especial, definida no presente Regulamento.

Parágrafo Único: A Diretoria da DESBAN, por meio de Instrução Normativa, definirá o valor limite para fins de isenção da necessidade de concessão de autorização prévia para os procedimentos previstos neste Regulamento.

Art. 42 - O pedido de autorização prévia deve ser realizado pelo usuário diretamente na sede da **OPERADORA**, podendo, em alguns casos, ser realizado diretamente por meio eletrônico.

§1º. As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia estão disponíveis no endereço eletrônico www.desban.org.br, podendo ser consultados por telefone ou diretamente na sede da **OPERADORA**.

§2º - Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **OPERADORA** garantirá, ao usuário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

§3º - **Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo usuário, por médico ou cirurgião-dentista da OPERADORA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado da OPERADORA, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do usuário.**

Art. 43 – 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 48 (quarenta e oito) horas para comunicar o fato à OPERADORA e providenciar a autorização específica.**

Art. 44 – 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.

Seção V

Coparticipação

Art. 45 - Além da contribuição mensal, todos os usuários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores das Tabelas do PRO-SAÚDE, fixada em:

I - 30% (trinta por cento) do valor das despesas com consultas médicas em caráter eletivo ou emergencial, serviços de apoio a diagnósticos realizados em ambulatório, procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos, psicoterapia,

escleroterapia de varizes, fisioterapia e reabilitação cardiovascular, acupuntura e reeducação postural global – RPG prestada por fisioterapeuta;

II - 30% (trinta por cento) do valor das despesas com fonoaudiologia, ludoterapia, psicoterapia prestada por psicólogos ou médicos, terapia ocupacional, nutricionista.

§1º - A coparticipação incide sobre a utilização do PRO-SAÚDE por qualquer usuário, seja ele titular ou dependente.

§2º - No caso das internações psiquiátricas deverão ser vertidos os valores previstos em Capítulo específico deste Regulamento.

CAPÍTULO XI

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 46 - O PRO-SAÚDE objeto do presente Regulamento será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 47 - O plano de custeio do PRO-SAÚDE será definido atuarialmente em função da frequência de utilização dos procedimentos e deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos usuários, valores de patrocínio, tabela de custo do usuário por faixa etária e eventuais novas fontes de receita.

Parágrafo Único - Em atenção ao disposto na regulamentação em vigor a respeito do direito de manutenção do ex-empregado demitido e aposentado, o plano de custeio deve também especificar o critério para a determinação do custo do usuário.

Art. 48 - O custeio do PRO-SAÚDE será atendido pelas seguintes fontes de recursos:

I - Contribuição mensal dos PATROCINADORES;

II - Contribuição mensal dos empregados dos PATROCINADORES, dos Diretores do BDMG e seus dependentes e agregados;

III - Contribuição mensal dos ex-empregados (demitidos e aposentados) dos PATROCINADORES e seus dependentes e agregados;

IV - Coparticipação prevista neste Regulamento;

V - Receitas provenientes do Fundo Assistencial do **PRO-SAÚDE**, incluindo os valores constituídos pelas provisões estabelecidas na regulamentação da ANS;

VI - Dotações, doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos anteriores.

Art. 49 - A contribuição mensal dos **PATROCINADORES** corresponderá a um valor a ser fixado no plano de custeio anual, não podendo superar, em nenhuma hipótese, os limites estabelecidos no plano de custeio vigente por ocasião da aprovação do presente Regulamento, assegurada a paridade contributiva.

§1º - É assegurada a contrapartida dos **PATROCINADORES** para as contribuições efetuadas pelos seus respectivos aposentados **que se inscreveram no PRO-SAÚDE, na qualidade de ativos, até 10/10/2009.**

§2º - Não haverá contrapartida dos **PATROCINADORES** para as contribuições efetuadas pelos seus respectivos aposentados inscritos no **PRO-SAÚDE, na qualidade de ativos, após 10/10/2009.**

Art. 50 - A contribuição mensal dos empregados e ex-empregados (demitidos e aposentados) dos **PATROCINADORES, bem como dos Diretores do BDMG 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 Diretores do BDMG e de seus respectivos 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, o Programa de Participação nos Resultados – PPR dos empregados do BDMG, a Participação dos Empregados nos Lucros ou Resultados – PLR dos empregados do BDMG e o Programa de Metas e Participação nos Resultados – PMPR dos empregados da OPERADORA.

§2º - O valor da contribuição dos aposentados e pensionistas vinculados a Plano de Benefícios Previdenciários administrado pela **OPERADORA** 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), ressalvado o abono anual.

§3º - O valor da contribuição dos demitidos sem justa causa e empregados com suspensão consensual do contrato de trabalho que optarem pelo direito de manutenção no **PRO-SAÚDE** e de seus dependentes preferenciais corresponderá à multiplicação de um fator, estabelecido no plano de custeio, pela remuneração hipotética, calculada com base na última remuneração integral recebida pelo empregado anterior à data da rescisão/suspensão do contrato de trabalho com o **PATROCINADOR**, atualizada nas mesmas épocas e corrigida anualmente, pelos mesmos índices de reajuste definidos em Lei, Sentenças Normativas e nos Acordos Coletivos de Trabalho firmados com o **PATROCINADOR**.

§4º - A contribuição mensal dos empregados e ex-empregados (demitidos e aposentados) dos **PATROCINADORES**, bem como dos Diretores do BDMG e de seus respectivos dependentes preferenciais estão submetidos a valores máximos e mínimos, estabelecidos no plano de custeio.

Art. 51 - A mensalidade dos dependentes agregados corresponderá a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, observada a faixa etária a que cada um pertence.

Art. 52 - **As contribuições mensais e as coparticipações serão recolhidas até o penúltimo dia útil do mês a que corresponderem, da seguinte forma:**

I - empregados dos PATROCINADORES e Diretores do BDMG: desconto em folha de pagamento;

II - aposentado e pensionista do Plano de Benefícios Previdenciários administrado pela OPERADORA: desconto em folha de pagamento de benefícios;

III - aposentado e pensionista não vinculado a Plano de Benefícios Previdenciários administrado pela OPERADORA, ex-empregado demitido sem justa causa e empregado com suspensão consensual do contrato de trabalho: pagamento diretamente à OPERADORA;

IV - PATROCINADORES: crédito em conta corrente.

§1º- O titular ou responsável pelo pagamento autoriza, desde já, os descontos das contribuições mensais, da coparticipação 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.

§2º- Na impossibilidade de se efetuar o desconto das contribuições mensais, ficará o usuário obrigado ao recolhimento direto na sede da OPERADORA até o penúltimo dia útil do mês em que não ocorrer o desconto.

§3º- Nos casos em que, por qualquer motivo, os PATROCINADORES não efetivarem o desconto integral da coparticipação na folha de pagamento do usuário a elas vinculada ou na folha de benefícios da OPERADORA, devido à inexistência de recursos suficientes para tal, ficará o usuário obrigado a quitar o saldo devedor remanescente, mediante recolhimento junto à tesouraria da OPERADORA até o quinto dia útil do mês subsequente ao da cobrança do valor, sem que haja incidência de correção monetária do valor.

§4º- Cada titular ficará responsável pelo recolhimento da contribuição atribuída pelo plano de custeio vigente para ele próprio e para todos os seus dependentes preferenciais e agregados.

§5º- Não se verificando o recolhimento das contribuições mensais pelos usuários ou pelos PATROCINADORES, bem como das coparticipações, conforme previsto neste Regulamento, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.

CAPÍTULO XII

REAJUSTE

Art. 53 – Os valores previstos no plano de custeio do PRO-SAÚDE serão atualizados anualmente, sempre no mês de outubro de cada ano, pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE dos últimos 12 (doze) meses anteriores ao mês de reajuste.

Art. 54 - O plano de custeio será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo Conselho Deliberativo da OPERADORA que fixará os percentuais, valores e tabelas de contribuição a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

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.

§1º - Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao PRO-SAÚDE deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§2º - Independentemente da data de adesão do usuário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral, no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do plano de custeio, entendendo esta como data base única.

§3º - Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da DESBAN para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

Art. 55 - Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste Regulamento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do usuário.

CAPÍTULO XIII

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 56 - A contribuição mensal dos empregados dos PATROCINADORES e dos aposentados e de seus respectivos dependentes preferenciais e agregados corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio.

Parágrafo Único - Na determinação dos valores de contribuição previstos no regulamento serão observadas as faixas etárias estabelecidas no Anexo VIII.

CAPÍTULO XIV

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I- Do Demitido

Art. 57 - Ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu 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, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º - O período de manutenção da condição de usuário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PRO-SAÚDE**, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º - O titular demitido sem justa causa deve optar pela manutenção no **PRO-SAÚDE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação do **PATROCINADOR** quanto ao direito de manutenção da condição de usuário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

Seção II- Do Aposentado

Art.58 - Ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o **PRO-SAÚDE**, pelo prazo mínimo de dez anos, em decorrência do vínculo empregatício é assegurado o direito de manter sua condição de usuário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§2º - Ao usuário titular efetivo admitido ou que realizou adesão ao **PRO-SAÚDE** após 10/10/2009, que vier a se aposentar nos **PATROCINADORES**, e ao aposentado por invalidez pelo RGPS, ainda que tenha contribuído por menos de 10 (dez) anos para o **PRO-SAÚDE**, é assegurado o direito de manter sua condição de usuário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§3º - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do **PATROCINADOR**, formalizada no ato da rescisão contratual.

§4º - Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando no **PATROCINADOR**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como usuário na condição de aposentado.

§5º - Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando no **PATROCINADOR**, antes do exercício do direito previsto neste Capítulo, é garantida a permanência no plano dos dependentes e agregados inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Seção III – Das Disposições Comuns

Art. 59 - O **PRO-SAÚDE** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de usuários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nas Seções I e II deste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo plano.

Parágrafo Único - O direito garantido neste Capítulo será assegurado ainda que o usuário não esteja contribuindo para o **PRO-SAÚDE** no momento da perda do vínculo com o **PATROCINADOR**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PRO-SAÚDE**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PRO-SAÚDE**.

Art. 60 - A manutenção da condição de usuário prevista neste Capítulo, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar

inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (dependentes e agregados), a critério do próprio titular.

§1º - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de usuário.

§2º - Em caso de óbito do demitido sem justa causa ou aposentado, é garantida a permanência no **PRO-SAÚDE** dos dependentes e agregados inscritos na vigência do contrato de trabalho, pelo prazo restante a que teria direito o demitido sem justa causa ou o aposentado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalize expressamente junto a DESBAN sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena e exclusão do plano.

§3º - As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§4º - O Titular que não contribuir para o **PRO-SAÚDE**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência de que trata esse Capítulo, após a perda do vínculo empregatício.

§5º - Nos planos coletivos custeados integralmente pelo **PATROCINADOR**, não é considerada contribuição a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PRO-SAÚDE** em relação aos dependentes e agregados.

§6º - O direito de manutenção no **PRO-SAÚDE** deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I- quando da admissão do usuário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato;
- II- decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo;
- III- cancelamento pelo **PATROCINADOR** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

§7º - É assegurado ao ex-empregado demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes e agregados vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de usuário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para

plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

§8º - O ex-empregado e seus dependentes inscritos na vigência do contrato de trabalho que permaneçam vinculados em plano previdenciário da DESBAN na qualidade de beneficiário ou de assistido poderão permanecer no **PRO-SAÚDE** durante a vigência do vínculo previdenciário, ainda que ocorram as hipóteses previstas nos incisos I e II do parágrafo 6º.

§9º - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO

Seção I

Da Exclusão

Art. 61 - Caberá aos PATROCINADORES solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos usuários, inclusive nas seguintes situações:

- I- perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PRO-SAÚDE previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;**
- II- perda da qualidade de Dependente, ressalvada a possibilidade de manutenção no PRO-SAÚDE na qualidade de agregado, nos termos estabelecidos neste Regulamento;**
- III- perda da qualidade de Agregado.**

§ 1º - Para proceder com a solicitação de exclusão de um titular do PRO-SAÚDE, caberá ao PATROCINADOR, obrigatória e expressamente, informar à DESBAN:

- I- Se o usuário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;**
- II- Se o usuário demitido ou exonerado sem justa causa trata de empregado aposentado que continuou trabalhando no PATROCINADOR após a aposentadoria;**

- III- Se o usuário contribuía para o pagamento do PRO-SAÚDE;
- IV- Por quanto tempo o usuário contribuiu para o pagamento do PRO-SAÚDE;
- V- Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como usuário ou se recusou a manter esta condição.

§2º - Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos titulares do PRO-SAÚDE, mediante comprovação inequívoca de que o titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 62 - A OPERADORA poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos usuários, sem a anuência do PATROCINADOR, nas seguintes hipóteses:

- I - **em caso de fraude ao PRO-SAÚDE ou dolo**, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente, sem prejuízo das sanções penais cabíveis;
- II - **perda da qualidade de titular**, ressalvado o direito de manutenção no **PRO-SAÚDE** previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III - **perda da qualidade de dependente**, ressalvada a possibilidade de manutenção no PRO-SAÚDE na qualidade de agregado, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- IV - **perda da qualidade de agregado;**
- V - **interrupção do pagamento dos valores devidos ao PRO-SAÚDE, inclusive em função da inscrição de seus dependentes e agregados, nos termos estabelecidos neste Capítulo.**

Art. 63 - Considera-se perda da qualidade de usuário para:

I - Titular:

- 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 dos valores devidos ao PRO-SAÚDE (contribuição mensal, coparticipações, etc.) por 60 (sessenta) dias, contados a partir da data que a obrigação tornou-se exigível.

III- Dependente Preferencial e Agregado:

- 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 preferencial ou agregado.

Art. 64 - O cancelamento da inscrição do titular, inclusive pelo advento do prazo de permanência estabelecido em Regulamento, determinará o cancelamento da inscrição de todos os seus dependentes, salvo na hipótese de cancelamento por falecimento do titular, nos termos estabelecidos neste Regulamento.

§1º - A solicitação do cancelamento deverá ser protocolizada pelo titular, por escrito, na OPERADORA, não cabendo devolução das contribuições pagas até então.

§2º - Nos casos de casamento ou união estável de dependente preferencial ou agregado, o usuário titular deverá solicitar o cancelamento no prazo máximo de 10 (dez) dias após ocorrido o evento.

§3º - Será deferido o cancelamento até 5 (cinco) 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. 65 - Em caso de falecimento do titular ativo, conforme definido na alínea a do inciso I do artigo 7º, o direito de permanência é assegurado aos dependentes regularmente inscritos no **PRO-SAÚDE**, mediante o pagamento integral das contribuições mensais previstas no plano de custeio, enquanto

permanecerem em gozo do benefício de pensão por morte concedido pela OPERADORA, e observadas as condições estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo Único - Em caso de pensão por morte, o dependente que for considerado titular pelo Plano de Benefícios Previdenciários administrado pela OPERADORA, passará a responder pelos atos perante o PRO-SAÚDE.

Art. 66 - O usuário terá sua inscrição cancelada, quando comprovadamente infringir qualquer regra estabelecida neste Regulamento.

§1º- O usuário titular que deixar de recolher as contribuições mensais e demais obrigações na data exigível terá a fruição de benefícios do PRO-SAÚDE suspensa, inclusive em relação a seus dependentes, a partir do 60 (sexagésimo) dia de atraso. Caso não regularize seu débito, terá sua inscrição e a de seus dependentes cancelada, se, após notificado, não liquidar o débito em 10 (dez) dias.

§2º- O cancelamento do PRO-SAÚDE não exime o usuário da obrigação de pagar seus débitos vencidos e vincendos.

§3º- A condição de usuário, perdida nos termos do *caput*, poderá ser readquirida, observadas as condições de elegibilidade e as carências previstas neste Regulamento, e no caso de ser punido com cancelamento da inscrição, o ex-usuário somente poderá voltar a se inscrever após 5 (cinco) anos, mediante parecer favorável da Diretoria Executiva da OPERADORA.

Art. 67 - O descumprimento das normas estabelecidas neste Regulamento exime o PRO-SAÚDE de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados.

§1º - 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.

§2º - Não caberá responsabilidade aos PATROCINADORES por imperícia, erro ou omissão dos profissionais, cirurgiões, médicos, enfermeiros e das demais

peçoas que, direta ou indiretamente, participem do tratamento e/ou da intervenção cirúrgica, inclusive de quaisquer funcionários do estabelecimento prestador de serviço credenciado ou escolhido.

§3º - 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**.

§4º - Respeitadas as disposições deste Regulamento, a Diretoria Executiva da **OPERADORA** emitirá os atos necessários para disciplinar o funcionamento do **PRO-SAÚDE**.

§5º - Os casos omissos deste Regulamento serão dirimidos pelo Conselho Deliberativo da **DESBAN**.

§6º- O **PRO-SAÚDE** poderá proporcionar aos seus usuários descontos sobre os preços de produtos e serviços de saúde complementares ao plano de saúde definido neste Regulamento, mediante convênios com entidades e empresas, respeitados os limites definidos na Resolução Normativa nº 40/2003, e suas alterações posteriores.

Art. 68 - Os usuários do **PRO-SAÚDE** que estiverem trabalhando e residindo fora da área de abrangência geográfica do **PLANO**, poderão ter assistência médica prestada mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres, quando possível, para utilização de sua rede credenciada no local.

Art. 69 - 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.

Art. 70 - O encerramento da operação do **PRO-SAÚDE** pela **OPERADORA** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 71 - Este Regulamento e suas alterações ficam sujeitos à análise do Comitê de Acompanhamento à Gestão do **PRO-SAÚDE**, aprovação da Diretoria Executiva da **OPERADORA** e do Conselho Deliberativo da **OPERADORA** e submetem-se à homologação da Diretoria Executiva do BDMG, entrando em vigor após concluídas as aprovações.

Art. 72 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação, que ocorreu em 30/10/2012.

Art. 73 - Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Regulamento, fica eleito o foro do domicílio do usuário titular.

ANEXO I

GLOSSÁRIO

Para efeitos deste regulamento, ficam expressas as seguintes definições:

- I. **Abono Anual** – 13º salário ou gratificação de natal recebida por empregado, por aposentado ou por pensionista.
- 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 consequência 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** – Corresponde às demais especialidades médicas, conforme definição do Conselho Federal de Medicina – CFM e da Associação Médica Brasileira – AMB.
- V. **Coparticipação** – 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. **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.
- VIII. **Exames simples** – (a) análises clínicas; (b) anatomia patológica e citologia; (c) teste ergométrico; (d) eletrocardiograma; (e) eletroencefalograma; (f) endoscopia digestiva; (g) exames radiológicos não intervencionistas; (h) laringoscopia e broncoscopia, mamografia; (i) exames e testes alérgicos; (j) diagnose ginecológica de colposcopia e exame a fresco vaginal e cervical, (k) exames diagnósticos em oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia e dermatologia, exames fisiátricos.
- IX. **Exames especiais de diagnóstico e de terapia** – É considerado exame especial de diagnóstico e de terapia aquele que possui cobertura pelo presente Regulamento e que não esteja previsto na relação de Exames Simples prevista no item anterior.

- X. 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 e complementar.
- XI. Operadora** – Entidade responsável pela gestão do **PRO-SAÚDE** e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como operadora de plano de saúde.
- XII. Parto a Termo** – Parto realizado entre a 38ª e 40ª semana de gestação.
- XIII. Plano de Custeio** – Conjunto de regras que determinará os valores das contribuições dos **PATROCINADORES** 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**.
- XIV. Titular** – Usuário responsável pela sua inscrição e de seus dependentes no **PRO-SAÚDE**.
- XV. Usuário** – Pessoa física inscrita que usufruirá dos serviços do **PRO-SAÚDE**.

ANEXO II

DOS DIREITOS E DAS OBRIGAÇÕES

1 - São direitos dos usuários:

- I- acompanhar o desempenho do **PRO-SAÚDE**;
- II- recorrer ao Conselho Deliberativo da DESBAN das decisões proferidas pela Diretoria Executiva da **OPERADORA** ou por qualquer de seus membros;
- III- obter informações relativas às despesas realizadas com sua assistência e a de seus dependentes preferenciais **e agregados**; e
- IV- encaminhar sugestões, denúncias e críticas à **OPERADORA** e ao Comitê de Acompanhamento à Gestão do **PRO-SAÚDE**.

2 - 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 e agregados**;
- III- **efetuar o pagamento das coparticipações estabelecidas neste Regulamento**;
- IV- **efetuar ou cancelar as inscrições de seus dependentes preferenciais e 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 e 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 e agregados, quando solicitados pela OPERADORA**; e
- VII- **comparecer pelo menos uma vez por ano ao dentista para realização de controle odontológico**.

3 - São obrigações dos **PATROCINADORES**:

- I- efetuar o desconto das contribuições mensais e coparticipações devidas em folha de pagamento de seus empregados e em folha de benefícios de seus aposentados 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 Acompanhamento à Gestão do **PRO-SAÚDE**.

4 - São atribuições da **OPERADORA**:

- I- processar as inscrições e exclusões de titulares e dependentes preferenciais e agregados;
- II- emitir carteiras de identificação;
- III- solicitar o desconto em folha de pagamento das contribuições, mensalidades e coparticipação 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;
- 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 Responsável Técnico pela Área de Saúde;
- 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 financeiro 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 **OPERADORA** 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-** encaminhar para conhecimento, avaliação e sugestões do Comitê de Acompanhamento à Gestão do **PRO-SAÚDE** propostas de alterações deste Regulamento;
- XIX-** propor ao Conselho Deliberativo da **OPERADORA** alterações deste Regulamento observado o inciso anterior; e
- XX-** propor ao Conselho Deliberativo da **OPERADORA** alterações nas tabelas e cálculos do plano de custeio, por recomendação atuarial.

5 - O Comitê de Acompanhamento à Gestão do **PRO-SAÚDE** é constituído por um membro nato, quatro membros representantes e seus respectivos suplentes.

5.1- Membro nato: Diretor de Seguridade da **OPERADORA**, Presidente do Comitê; Suplente: coordenador do Núcleo Assistencial da DESBAN; e,

5.2- Membros representantes:

- I-** representante da Área de Recursos Humanos do BDMG e suplente, designados pelo Titular da Área;
- II-** representante dos empregados do BDMG e suplente, designados pela Diretoria da Associação dos Funcionários do BDMG - AFBDMG;
- III-** representante dos empregados da OPERADORA e suplente, designados por sua Diretoria Executiva;
- IV-** representante dos assistidos e suplente, designados pela Diretoria da Associação dos Aposentados e Pensionistas do BDMG – ASAP.

a) Os membros representantes terão mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução por mais um período.

b) 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.

- c) O Comitê se reunirá com a presença de no mínimo três membros e deliberará por maioria simples de votos dos membros presentes.
- d) Os suplentes terão direito a voto, quando estiverem representando o titular.
- e) Das reuniões do Comitê serão lavradas atas contendo o resumo dos assuntos tratados e as deliberações tomadas.
- f) Em caso de empate, o Presidente do Comitê terá o voto de qualidade.

6 - São atribuições do Comitê de Acompanhamento à Gestão do PRO-SAÚDE:

- I-** acompanhar permanentemente o desempenho assistencial do **PRO-SAÚDE**;
- II-** acompanhar, a cada trimestre civil, os relatórios gerenciais;
- III-** sugerir à Diretoria Executiva da **OPERADORA** mudanças e melhorias necessárias ao **PRO-SAÚDE**;
- IV-** sugerir alterações deste Regulamento, submetendo-as à Diretoria Executiva da **OPERADORA**;
- V-** analisar e emitir parecer nos casos de aplicação de penalidades a usuários e a prestadores de serviços.

ANEXO III

LISTA DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

- I-** Ficha de Inscrição do PRO-SAÚDE;
- II-** cônjuge - certidão de casamento;
- III-** 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, além de dois dos documentos discriminados no Anexo IV;
- IV-** filho(a) - certidão de nascimento atualizada (até trinta dias de expedição), além de matrícula em curso de graduação ou técnico, se for o caso;
- V-** filho(a) solteiro(a) inválido(a) - certidão de nascimento e laudo médico emitido pelo INSS ou por médico perito indicado pela OPERADORA;
- VI-** pais - certidão de nascimento e documentos de identidade dos mesmos, além dos documentos relacionados no Anexo IV;
- VII-** enteado(a) solteiro(a) e não emancipado - certidão de casamento ou escritura pública declaratória de união estável do usuário titular e de nascimento do dependente, além de matrícula em curso de graduação ou técnico, se for o caso;
- VIII-** menor sob guarda, tutelado e curatelado, enquanto permanecer solteiro - termo judicial de guarda, certidão judicial de tutela, certidão judicial de curatela.

ANEXO IV

LISTA DE DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO DO VÍNCULO E DA DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

1- PAIS:

- I-** certidão de nascimento do Titular;
- II-** declaração do imposto de renda do usuário em que conste o interessado como seu dependente;
- III-** prova de mesmo domicílio; e
- IV-** cópia da declaração de dependentes para fins de Imposto de Renda do DGP / BDMG ou Núcleo Previdenciário da DESBAN.

2- DEMAIS DEPENDENTES:

- I-** certidão de nascimento de filho havido em comum;
- II-** certidão de casamento;
- III-** declaração do imposto de renda do usuário 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 usuário;
- XI-** anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- XII-** apólice de seguro da qual conste o usuário como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- XIII-** ficha de tratamento em instituição de assistência médica da qual conste o usuário como responsável;
- XIV-** escritura de compra e venda de imóvel pelo usuário em nome de dependente;
- XV-** declaração de não-emancipação do dependente menor de 18 anos;
ou
- XVI-** quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a comprovar.

ANEXO V

DOCUMENTOS PARA CONCESSÃO DO REEMBOLSO

1- O usuário deverá apresentar as vias originais dos 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, que deverá observar as seguintes exigências:

- 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.

a) Em ambos os casos, deverá ser discriminado cada procedimento ou atendimento com seu código na CID, 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.

b) No caso de contas hospitalares, o usuário deverá encaminhar à OPERADORA, laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID, 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, gasoterapia, 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.

c) Para as despesas com as coberturas adicionais, 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.

d) Para continuidade da cobertura dos procedimentos com as coberturas adicionais, anualmente, a cada janeiro, deverá ser apresentado novo laudo.

ANEXO VI

DAS PENALIDADES

1 - O usuário responderá pelas faltas cometidas por ele ou por qualquer de seus dependentes preferenciais e agregados, ficando sujeito às seguintes penalidades na seguinte ordem de gradação:

I - advertência escrita;

II - multa no valor equivalente a uma contribuição mensal do titular;

III - suspensão da inscrição pelo prazo máximo de 12 (doze) meses;

IV - cancelamento da inscrição.

a) 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.

b) São consideradas faltas passíveis de penalidade de advertência, multa e suspensão por parte dos titulares e 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.

c) A multa será aplicada 10 (dez) dias após a advertência, caso a irregularidade não tenha sido sanada.

d) A pena de suspensão será aplicada, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias após a aplicação da multa, nos termos estabelecidos no presente Regulamento.

e) 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.

f) Outros atos e/ou fatos não relacionados no parágrafo anterior que configurem infração aos Regulamentos ou à legislação, bem como tentativa ou consumação de fraude contra o PRO-SAÚDE, serão igualmente passíveis de penalidade.

2 - 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.

a) 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 15 (quinze) dias contados do recebimento da comunicação, instruindo-a com os documentos e provas pertinentes.

b) 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 30 (trinta) dias contados da instauração do procedimento, sendo permitida uma única prorrogação, por igual período, desde que justificada no processo.

c) A Diretoria Executiva da OPERADORA findada a instrução do processo encaminhará o mesmo ao Comitê de Acompanhamento à Gestão do PRO-SAÚDE, para análise e recomendação.

d) Da decisão da Diretoria Executiva da OPERADORA que aplicar penalidade ao usuário caberá recurso, com efeito suspensivo, ao Conselho Deliberativo

da OPERADORA, no prazo máximo de 10 (dez) dias do recebimento da notificação.

3 - 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 positiva do IPCA/IBGE, mais juros simples de zero vírgula zero trinta e três por cento ao mês, sem prejuízo das penalidades aqui descritas e ações judiciais cabíveis.

ANEXO VII

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

1 - 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, 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.

a) 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.

b) Nos casos de cirurgias e internações, o usuário deverá encaminhar laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID, 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.

ANEXO VIII

DAS FAIXAS ETÁRIAS

I- Para os titulares que aderiram ao **PRO-SAÚDE** até 31/12/2003 e seus dependentes e agregados:

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 titulares que aderiram ao **PRO-SAÚDE** a partir de 01/01/2004 e seus dependentes e agregados:

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 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

b) No caso da tabela prevista no item II, 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 neste anexo que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contribuição passará no mês subsequente ao do aniversário para a faixa etária correspondente.

d) Os usuários com mais de 60 (sessenta) 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 10 (dez) anos consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação da última faixa etária.