



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

PORTARIA NORMATIVA Nº 3, DE 30 DE JULHO DE 2009

Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições e considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e tendo em vista o Decreto nº 6.081, de 12 de abril de 2007, resolve:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, quando não adotado pelo órgão ou entidade do SIPEC o contido no inciso II deste artigo.

§ 1º Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 2º Todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo desta Portaria, com as exceções previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

§ 3º Os servidores ativos ou inativos, seus dependentes e pensionistas poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto no termo de referência básico, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

§ 4º É facultada aos órgãos ou entidades do SIPEC a contratação de planos de saúde que contemplem a cobertura odontológica.

§ 5º A contratação dos planos de assistência médico-hospitalar e odontológica deverá ser feita separadamente sempre que for técnica e economicamente viável.

DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 4º Para fins desta Portaria, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele inciso.

Art. 5º Os beneficiários de pensão poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria, na mesma condição, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de manutenção do benefício.

Art. 6º A operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

DA INSCRIÇÃO, ADESÃO, EXCLUSÃO E SUSPENSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 7º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria.

Art. 8º Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar à operadora conveniada ou contratada as solicitações de inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos servidores ativos, inativos e pensionistas.

§ 1º No caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, a inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade setorial ou seccional do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

§ 2º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 9º Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde deverão entregar seus cartões de identificação aos órgãos e entidades do SIPEC, para devolução à operadora.

§ 1º A exclusão do servidor implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- d) licença sem remuneração;
- e) decisão administrativa ou judicial;
- f) voluntariamente, por opção do servidor; e
- g) outras situações previstas em lei.

§ 3º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pela Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003.

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

DO CUSTEIO

Art. 10. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 4º desta Portaria é de responsabilidade da Administração Pública Federal direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, observadas as disposições do art.

4º desta Portaria, e será repassada à operadora na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato.

Art. 11. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas de convênios, dos regulamentos ou estatutos das entidades.

§ 1º Os valores de contribuição referentes ao plano de saúde suplementar poderão ser consignados em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos e pensionistas, de acordo com o disposto na legislação vigente.

§ 2º A atualização das contribuições a que se refere o caput será efetuada mediante a apresentação ao órgão competente das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde apresentados para os órgãos e entidades do SIPEC.

§ 3º Eventual participação no custo dos serviços utilizados não poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, até regulamentação específica da matéria.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 12. Caberá às operadoras conveniadas e contratadas encaminhar, anualmente, aos órgãos ou entidades do SIPEC, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no caput deverão estar à disposição da Secretaria de Recursos Humanos e dos órgãos de controle interno.

DA SUPERVISÃO DOS CONVÊNIOS OU CONTRATOS

Art. 13. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC a supervisão dos convênios e contratos referidos nesta Portaria.

Art. 14. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, cada órgão ou entidade do SIPEC designará um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e contratos.

Art. 15. No cumprimento de sua atividade supervisora, a Secretaria de Recursos Humanos poderá solicitar, a qualquer tempo, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos aos órgãos e entidades do SIPEC.

DOS CONVÊNIOS

Art. 16. Para a celebração de convênios com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, as operadoras de planos de saúde deverão atender as seguintes condições:

I - ser classificada como entidade de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS; e

II - não ter finalidade lucrativa.

DOS CONTRATOS

Art. 17. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade no processo instaurado na referida Agência;

II - ter sido regularmente selecionada através de processo competente observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e nesta Portaria; e

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CONVÊNIOS E CONTRATOS

Art. 18. Para atender o disposto no art. 2º, ficam as operadoras obrigadas a:

I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, na área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;

II - oferecer e disponibilizar planos de saúde com coberturas e redes credenciadas diferenciadas aos servidores do órgão ou entidade do SIPEC;

III - oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o titular do benefício;

IV - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

V - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão ou entidade do SIPEC conveniente ou contratante.

DO SERVIÇO PRESTADO DIRETAMENTE PELO ÓRGÃO OU ENTIDADE

Art. 19. Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infra-estrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde suplementar, observadas as demais disposições desta Portaria.

Art. 20. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 21. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 22. Os valores da contribuição mensal do servidor, ativo ou inativo, de seus dependentes e do pensionista, de que trata o art. 11 desta Portaria, serão indicados pelos Conselhos Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 23. A partir da vigência desta Portaria, a criação de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade do SIPEC exigirá regulamento ou estatuto específico do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade aprovado pela SRH/MP.

Art. 24. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 25. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

DO AUXÍLIO

Art. 26. O servidor ativo, inativo e o pensionista poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta ou por convênio de autogestão, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência básico, anexo desta Portaria.

§ 1º Em caso de o servidor aderir ao convênio ou serviço prestado diretamente pelo órgão, não lhe será concedido o auxílio de que trata o caput.

§ 2º O auxílio de caráter indenizatório mediante ressarcimento não poderá ser concedido no caso de o órgão ou entidade oferecer assistência à saúde suplementar por meio de contrato.

Art. 27. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar, contratado diretamente pelo servidor, deverá atender, no mínimo, ao termo de referência básico, anexo desta Portaria.

Art. 28. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Art. 29. O auxílio poderá também ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observadas as regras contidas no art. 26 desta Portaria.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 30. Os convênios e contratos vigentes somente serão renovados mediante o cumprimento das disposições contidas nesta Portaria.

Art. 31. A partir do exercício de 2010, os recursos orçamentários para o custeio da saúde suplementar do servidor serão calculados mensalmente com base no número de beneficiários (servidor ativo,

inativo, seus dependentes e pensionistas) devidamente cadastrados no SIAPE e o valor per capita estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades do SIPEC ficam obrigados a atualizar o módulo de dependentes no SIAPE, e o cadastro dos servidores ativos, inativos e pensionistas titulares dos planos de saúde.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

Art. 33. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.

Parágrafo único. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no caput não exime o beneficiário do pagamento dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.

Art. 34. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde complementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes, junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 35. O servidor ativo, inativo e o pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde complementar, nas condições previstas nesta Portaria, não fará jus ao custeio de que trata o art. 10.

Art. 36. A aplicação das disposições contidas nesta Portaria dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 37. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições dos servidores às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no termo de convênio ou contrato.

Art. 38. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC.

Art. 39. O órgão ou entidade determinará, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde complementar.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no caput deste artigo o disposto no artigo 26 desta Portaria Normativa.

Art. 40. Ficam revogadas as Portarias Normativas SRH nº 1, de 27 de dezembro de 2007 e nº 4, de 24 de junho de 2008.

Art. 41. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS.

Art. 42. Os prazos de carência bem como as demais situações não previstas nesta Portaria deverão observar as normas regulamentares da ANS.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DUVANIER PAIVA FERREIRA ANEXO TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto regular o plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

1.2. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento do plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento.

1.2.1. Entende-se por beneficiário, na condição de titular do plano, o servidor ativo e inativo ou pensionista. Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

1.3. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

1.4. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

2. INCLUSÃO

2.1. Poderão inscrever-se no plano, nas seguintes categorias:

2.1.1. Na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público vinculado a órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

2.1.2. Na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

2.1.3. Pensionistas de servidores de órgão ou entidade do SIPEC.

2.1.4. A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" do subitem 2.1.2. desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.

2.1.5. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

2.2. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata a Portaria, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, junto ao setorial ou seccional do SIPEC.

2.2.1. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

2.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

2.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria.

2.5. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

2.5.1. No caso de serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, a inscrição e a exclusão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

2.5.2. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no convênio, contrato ou no regulamento ou estatuto do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

2.6. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelos órgãos e entidades do SIPEC, que os devolverão à operadora.

2.6.1. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

2.6.2. A exclusão do servidor do plano de assistência à saúde suplementar dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998.

2.6.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

2.6.4. Independentemente da situação prevista no item 2.6.2, a exclusão do servidor dar-se-á também por fraude ou inadimplência.

2.7. Caberá ao órgão ou entidade do SIPEC a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo ou inativo e pensionista e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

2.8. É assegurada a inclusão:

2.8.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

2.8.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

2.9. É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

3.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

3.2.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.2.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.2.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

3.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

3.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

3.3.3. diária de internação hospitalar;

3.3.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

3.3.5. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença 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;

3.3.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

3.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

3.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

3.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

3.3.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

3.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

3.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

3.3.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

3.3.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

3.4. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

4.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

4.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

4.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

4.1.5. inseminação artificial;

4.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

4.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

4.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

4.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

4.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

4.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

4.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

4.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

4.1.14. aplicação de vacinas preventivas;

4.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

4.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

4.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

4.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

4.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

5.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

5.3.2. Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

6. REEMBOLSO

6.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

6.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

6.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

6.1.3. Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

6.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato, convênio, estatuto ou regimento do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade do SIPEC.

6.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

6.3.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

6.3.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

6.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

6.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

6.4. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

7. REMOÇÃO

7.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

7.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

7.2.2. A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

7.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 5.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

8.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.

8.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

8.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

8.4.1. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da

solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

8.4.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

8.4.2.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

8.5. 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, de 1998.

8.5.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário 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.

8.5.1.1. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á 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 continuação da assistência.

8.5.2. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

8.6. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

8.7. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

8.8. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

D.O.U., 31/07/2009 - Seção 1