
MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

Ministério
Boletim de Serviço
das Comunicações

ANO 16 – Nº 31 – Especial
27/08/2008

Publicação: CODEB/CGGP/SPOA

Publique-se
Alvaro Soares
ALVARO SOARES

Coordenador da Divisão de Desenvolvimento de Pessoal

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

BOLETIM DE SERVIÇO

Boletim de Serviço

Ano 16 – n.º 31- Especial
Publicação semanal da CGGP/SPOA

Brasília-DF, 27 de agosto de 2008

CADERNO DE ATOS

SECRETARIA-EXECUTIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 16 DE AGOSTO DE 2008. OS COORDENADORES-GERAIS DE RECURSOS HUMANOS DOS MINISTÉRIOS DOS TRANSPORTES E DA JUSTIÇA E A COORDENADORA-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES, no uso das atribuições que lhe foram subdelegadas, respectivamente, pelas Portarias nº 04, de 25 de maio de 2004, nº 957, de 27 de agosto de 2004 e nº 65, de 30 de agosto de 2006, publicadas, respectivamente, nos Diários Oficiais da União de 26 de maio de 2004, 30 de agosto de 2004 e 04 de setembro de 2006, resolvem:

Art. 1º Revogar a Portaria Conjunta nº 02, de 9 de dezembro de 2003, publicada no Boletim Especial – MT nº 17, de 9/12/2003 e no Boletim de Serviço-MC nº 02, de 14/1/2004.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na presente data, devendo ser publicada nos Boletins Especiais e de Serviços dos três Ministérios.

ROBSON DE SOUZA ANDRADE
Coordenador-Geral de Recursos Humanos
do Ministério dos Transportes

ZULEIDE GUERRA A. ZERLOTINI
Coordenadora-Geral de Gestão de Pessoas do
Ministério das Comunicações

EDSON RAIMUNDO MACHADO
Coordenador-Geral de Recursos Humanos
do Ministério da Justiça

SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA Nº 31, DE 27 DE AGOSTO DE 2008. O SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES, no uso de suas atribuições conferidas no inciso I do art. 25 da Portaria nº 401, de 22 de agosto de 2006, que aprova o Regimento Interno deste Ministério, considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006, e no Decreto nº 6.081, de 12 de abril de 2007, bem como a Portaria Normativa nº 1, de 27 de dezembro de 2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, resolve:

Art. 1º. Alterar os procedimentos do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Ministério aprovados pela Portaria nº 007, de 1º de fevereiro de 2007, publicada no Boletim de Serviço Ano 15, nº 11, de 16 de março de 2007, pela Portaria nº 012, de 22 de março de 2007, publicada no Boletim de Serviço, Ano 15, nº 12, de 23 de março de 2007, consolidados na Portaria nº 053, de 31 de Outubro de 2007, publicada no Boletim de Serviço, Ano 15, nº 44 – Especial de Saúde de 31 de outubro de 2007.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço.

FERNANDO RODRIGUES LOPES DE OLIVEIRA – Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

DA FINALIDADE

Art. 1º. Regulamentar a execução do Programa de Assistência à Saúde dos servidores ativos, inativos, requisitados e nomeados para cargo em comissão sem vínculo, seus dependentes e os pensionistas do Ministério das Comunicações, de acordo com a Lei nº 8.112/90 e Portaria Normativa nº 1 / 2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP.

Parágrafo único. O Programa de Assistência à Saúde do Ministério das Comunicações tem por finalidade proporcionar a seus servidores ativos, inativos e respectivos dependentes, bem como a seus pensionistas, a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão de quarto particular, enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, 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 do anexo desta Portaria, com as exceções previstas na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

DA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA

Art. 2º. A assistência à saúde suplementar dos beneficiários do Ministério das Comunicações será prestada mediante auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, por beneficiário, limitado ao valor estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do MP, quando houver.

Parágrafo único. O valor referente ao auxílio será lançado no contracheque do servidor, como rendimento isento e não tributável, para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme art. 39, inciso XLV, do Decreto n.º 3.000, de 26 de março de 1999, que aprova o Regulamento do Imposto de Renda, não incidindo sobre ele nenhum desconto.

Art. 3º. É reconhecida, como entidade de interesse da Administração, a Associação Civil dos Servidores do Ministério das Comunicações, sem fins lucrativos, para promover a prestação de assistência à saúde suplementar dos beneficiários, na forma definida no presente Programa.

§ 1º. Fica autorizada a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas a prestar apoio administrativo e operacional à Associação Civil dos Servidores do Ministério das Comunicações para implementação do Plano de Saúde Suplementar, no formato de Plano Coletivo por Adesão.

§ 2º. A associação, para operacionalizar a implementação do Plano Coletivo por Adesão, deverá celebrar convênio com entidades que assegurem:

I – a cobertura de benefícios em todas as unidades da federação onde residam os beneficiários do Plano de Saúde Suplementar;

II – a disponibilização de, no mínimo, 3 (três) operadoras devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que garantam as coberturas mínimas definidas neste Programa.

III – a implementação de serviços de monitoramento e acompanhamento de casos crônicos e grupos de risco, bem como a execução de ações de medicina preventiva.

§ 3º. A prestação de assistência à saúde suplementar dos beneficiários, na forma definida no presente Programa, não exclui a prestação dos serviços de Assistências Médica e Odontológica, prestadas por médicos e odontólogos do quadro de pessoal do Ministério das Comunicações, em Brasília, mediante:

I – Consultas a servidores ativos em horário de serviço;

II – Vacinações programadas;

III – Fornecimento de medicamentos e de produtos farmacêuticos, adquiridos pela administração, diretamente, de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira;

IV – Tratamentos preventivos com aplicação de flúor;

V – Atendimentos emergenciais expectantes;

VI – Pequenas cirurgias.

DO CUSTEIO

Art. 4º. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários do Ministério das Comunicações será efetivado mediante:

I - Contribuição da União, na forma estabelecida no art. 2º do presente programa, com base na dotação específica do órgão, consignada no orçamento;

II - Contribuição mensal do titular descontada de sua remuneração, provento ou pensão para complementar o valor definido no contrato do benefício;

III - Participação no custeio dos serviços.

IV - As atualizações ou repactuações dos valores de cada plano de saúde será efetuada mediante apresentação de planilhas de custos assistenciais, à Associação dos Servidores do Ministério das Comunicações, pelas operadoras.

Parágrafo único. A participação no custeio dos serviços, caso venha a existir no plano escolhido pelo beneficiário titular, deverá ser paga mensalmente, em valores não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão, de forma parcelada.

DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. São beneficiários do Programa, na qualidade de servidor, os ocupantes de cargo efetivo ativos e inativos, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público e os profissionais contratados temporariamente, na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, bem como os dependentes constantes no assentamento funcional do servidor, cuja dependência seja comprovada na forma especificada abaixo:

- I – cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- II – companheiro(a) de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;
- III – a pessoa separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- IV – os pais, desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor;
- V – filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- VI – 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
- VII – menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observando o disposto nos itens V e VI.

Art. 6º. São considerados, também, beneficiários os pensionistas do Ministério vinculados ao Sistema de Pessoal da Administração Pública Federal – SIPEC.

§ 1º. Não será exigida carência, no mesmo plano do titular, do beneficiário de pensão que realize a adesão ao Programa, na condição de pensionista, desde que sua adesão ocorra até 30 (trinta) dias após sua inclusão em folha de pagamento.

§ 2º. A existência do dependente constante das alíneas "I" ou "II" do Art 5º desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "III" do mesmo artigo.

DA COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Art. 7º. A comprovação de dependência econômica far-se-á, para qualquer dos beneficiários para qual é exigido este requisito, por meio da apresentação da última Declaração Anual de Imposto de Renda do servidor, ativo, inativo ou pensionista, onde conste, nominalmente, o interessado como seu dependente econômico, acompanhada do respectivo recibo de entrega junto ao órgão oficial recebedor.

§ 1º. Nos casos de Declaração Anual de Imposto de Renda simplificada ou de isenção, a comprovação de dependência econômica far-se-á por meio de declaração/comprovante emitido pelo INSS, onde conste que o dependente não possua rendimento superior a um salário mínimo.

§ 2º. Caso o beneficiário não possua renda própria e/ou não tenha remuneração paga pelo INSS em valor superior a um salário mínimo, e, seja dependente econômico do servidor, para a concessão do benefício da Assistência a Saúde, o servidor deverá apresentar junto à Coordenação de Desenvolvimento e Benefícios, declaração de dependência econômica registrada em cartório, na qual se responsabilize pela exatidão e veracidade da informação declarada, sob pena das sanções administrativas e criminais previstas em lei. Deverá, ainda, o servidor, solicitar a inclusão do dependente econômico junto à Divisão de Cadastro.

Art. 8º. Quando o contrato entre a entidade conveniada com a Associação e a operadora permitir a adesão de agregados, o servidor deverá assumir integralmente o custo do benefício.

Parágrafo único. O Programa permitirá, única e exclusivamente, a adesão de agregados até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, com o servidor.

Art. 9º. Caso algum dependente não conste no assentamento funcional do servidor, este deverá regularizar a situação junto à Divisão de Cadastro da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, por meio de declaração de dependência econômica, que ficará arquivada na respectiva pasta funcional.

DA INSCRIÇÃO/ADESÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art 10. É voluntária a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário ao Programa de Assistência à Saúde de que trata esta Portaria.

Art 11. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, na qualidade de interveniente do convênio a ser celebrado entre a Associação de Servidores do Ministério das Comunicações e a Entidade de que trata o § 2º do Artigo 3º supervisionar as solicitações de inscrição ou adesão e exclusão dos beneficiários efetivos junto à referida entidade que será responsável por seu encaminhamento às operadoras contratadas.

§ 1º. A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde deverá ser efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no contrato entre a entidade e as operadoras.

§ 2º. O beneficiário excluído por vontade própria poderá ser reincluído no programa, e estará sujeito ao cumprimento das carências previstas em lei.

Art. 12. Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, que os devolverá à entidade

conveniada com a Associação de Servidores do Ministério. Se os beneficiários não os devolverem, serão responsabilizados por seu uso em procedimentos de saúde efetuados, após o pedido de exclusão, pelos quais deverão pagar.

§ 1º. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes, exceto em caso de óbito do titular quando os dependentes optarem por permanecerem no programa.

§ 2º. As exclusões do Programa ocorrerão nas seguintes situações:

- I - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III - redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- IV - licença sem remuneração;
- V - decisão administrativa ou judicial; e
- VI - outras situações previstas em Lei.

§ 3º. No caso de licença sem 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.

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

Art. 13. Qualquer servidor, independente de associado ou não, que não se inscrever no Plano Coletivo por Adesão, faz jus ao auxílio, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário sempre que contratar com plano de assistência à saúde que atenda, no mínimo, o termo de referência básico, anexo à Portaria Normativa SRH/MP nº 1, de 27 de dezembro de 2007 e a este Programa.

Parágrafo único. A operacionalização do ressarcimento de que trata este artigo ficará a cargo da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas deste Ministério.

DAS CARÊNCIAS

Art. 14. O Programa permitirá às operadoras contratadas pela entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério, exigir, nos termos do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, as seguintes carências;

- I – prazo máximo de trezentos dias para o parto a termo;
- II – prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura de urgência e emergência; e
- III – prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos.

§ 1º. Não será exigida qualquer forma de carência, ainda que nos casos de urgência e emergência, se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início do

convênio entre a Associação de Servidores do Ministério e a entidade de que trata o § 2º do Artigo 3º, inclusive por motivo de migração de uma operadora para outra.

§ 2º. É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, em comissão ou de natureza especial, bem como seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data do efetivo exercício.

§ 3º. Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos beneficiários aos respectivos planos de assistência à saúde suplementar.

§ 4º. Para efeito desta Portaria, considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

DAS COBERTURAS

Art. 15. Todas as operadoras vinculadas à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério das Comunicações deverão oferecer os serviços básicos e coberturas, atualmente exigidos pela ANS, constantes do Termo de Referência anexo, observando as regras e procedimentos estabelecidos na presente portaria.

Parágrafo único. É obrigatória a oferta de outros Planos de Assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas no Termo de Referência de que trata o Caput deste artigo.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação bem como as carteiras de identificação de todo o grupo familiar.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição implicará na cessação dos direitos do titular e de seus dependentes.

Art. 17. O servidor, ativo ou inativo, e o pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde suplementar, nas condições previstas nesta Portaria, não farão jus à contribuição de que trata o § 2º do art. 11 da Portaria nº 01, de 27 de dezembro de 2007, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MP.

Art. 18. Cópia do convênio previsto nesta Portaria deverá ser encaminhada para a SRH/MP, no prazo de 30 (trinta) dias contados de sua vigência, com vistas ao cumprimento do disposto no art. 3º do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004.

Art. 19. A aplicação das disposições contidas neste Programa dependerá de prévia suficiência orçamentária e financeira.

Art. 20. O pagamento das mensalidades à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério é de responsabilidade exclusiva do servidor mediante débito em conta bancária ou consignação em folha.

Art. 21. Os casos omissos e as situações consideradas especiais serão examinados pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas e submetidos à consideração da Subsecretária de Planejamento, Orçamento e Administração.

Art. 22. Caberá à Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças o acompanhamento contábil dos recursos consignados na rubrica de assistência médica.

Art. 23. Incorrerá em falta grave o servidor que omitir ou prestar informações falsas ou incorretas, respondendo civil, penal e administrativamente pelos efeitos delas decorrentes.

ANEXO

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

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 ao Ministério das Comunicações, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990.

1.2. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados ao Ministério das Comunicações 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 ANS.

1.4. Todos os planos oferecidos aos beneficiários vinculados ao Ministério das Comunicações têm como características:

1.4.1. ser coletivo por adesão, pela oferta a massa delimitada de Beneficiários com adesão espontânea e opcional desses;

1.4.2. não admitir agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças ou lesões preexistentes; e

1.4.3. admitir períodos de carência para início da prestação do serviço.

2. INCLUSÃO

2.1. Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1. os servidores ativos, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público ou decorrente de contrato temporário vinculado a órgão ou entidade do Poder Executivo Federal;

2.1.2. na qualidade de dependente do servidor:

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

b) o companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por c) a pessoa separada judicialmente ou divorciada, 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 superior 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 do Poder Executivo Civil Federal, vinculados ao 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 madrasta, dependentes economicamente do servidor e 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.

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.

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 da inclusão do seu nome na folha de pagamento.

2.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, 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 à Divisão de Benefícios alimentar 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. 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/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 pela Divisão de Benefícios, que os devolverão à operadora. Se não forem devolvidos pelos beneficiários, estes serão responsabilizados pelo seu uso em procedimentos de saúde, após a data de solicitação de exclusão, pelos quais terão que pagar.

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 complementar se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento 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 9.656/98.

2.6.3. No caso de licença sem vencimentos ou afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde complementar, 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 11 de dezembro 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 se dará também por fraude ou inadimplência.

2.7. Caberá à Divisão de Benefícios a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor, ativo ou inativo, e pensionista e a relação de parentesco/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 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 garantida a manutenção no Programa de Saúde dos exonerados, após a perda do vínculo com o Ministério das Comunicações, 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 10, 11 e 12 de 1998.

3.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, 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;

3.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, a 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 à acomodação em nível superior à prevista, 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 à operadora a cobertura dos exames periódicos anuais e facultativa a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora e moléstias profissionais.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, 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;

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 e técnica cirúrgica indicados;

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;

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. 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. Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo cobertura para internação;

5.3.2. Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;

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/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 ou convênio.

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 relacionados, 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. 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;

7.2.3. 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;

7.2.4. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida o item 7.2.2, 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.

8.4.2.2. A remuneração ficará a cargo da operadora, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede da operadora, caso em que seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Não caberá à operadora nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

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

*"As informações publicadas são de exclusiva
responsabilidade das unidades elaboradoras
dos documentos."*

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

Ministro de Estado

Hélio Calixto da Costa

Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração

Fernando R. Lopes de Oliveira

Coordenadora-Geral de Gestão de Pessoas

Zuleide Guerra Antunes Zerlotini

Coordenadora de Desenvolvimento e Benefícios

Jeuse Machado Viégas

Edição, Editoração Eletrônica e Filtragem de Dados

Iara da Paixão Corrêa Teixeira

Revisão

Marta Soares

Esplanada dos Ministérios - Bloco R - sala 302 - 3º andar

CEP 70044-900 - Brasília-DF

Telefone: (061) 3311-6559 ou 3311-6768

E-MAIL: boletim@mc.gov.br