



REGULAMENTO DO PLANO PAMEH Vigência 01/03/2016

CAPÍTULO I – CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A **EMPRESA DE TRANSPORTES E TRÂNSITO DE BELO HORIZONTE S/A – BHTRANS**, doravante denominada **BHTRANS**, Operadora de Plano de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 475322164 e classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 41.657.081/0001-84, estabelecida na Avenida Engenheiro Carlos Goulart, nº 900, bairro Buritis, CEP 30.455-700, no município de Belo Horizonte/MG, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano de Assistência Médico-Hospitalar objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Parágrafo único – A definição das políticas gerais de administração do presente **PLANO** é realizada pelo Comitê de Gestão, responsável pela normalização e regulamentação do **PLANO**, e pelo Conselho de Fiscalização, que visa garantir o bom desempenho administrativo e financeiro do **PLANO**, cuja administração é de responsabilidade do Departamento de Recursos Humanos da BHTRANS - GEAPE.

Art. 2º - O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **PAMEH** e está registrado na ANS sob o nº 306525 possuindo como Características Gerais:

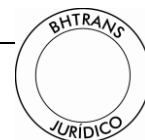
- I. **Tipo de contratação: Coletivo Empresarial;**
- II. **Segmentação assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;**
- III. **Área geográfica de abrangência: Grupo de Municípios;**
- IV. **Área de atuação: Baldim, Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Confins, Contagem, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Itaguara, Itatiaiuçu, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano;**
- V. **Padrão de acomodação em Internação: Individual;**
- VI. **Formação do preço: Pré-estabelecido.**

Art. 3º - Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo IV – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura cobertura adicional, conforme estabelecido na Seção III desse Capítulo.

CAPÍTULO II – ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º - 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 nº 9.656/98, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único – 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.





CAPÍTULO III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5º - Poderão se inscrever no **PLANO**:

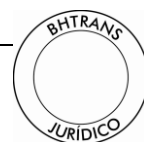
- I- Na qualidade de Beneficiário Titular:
 - a) As pessoas naturais que possuírem vínculo empregatício com a **BHTRANS**;
 - b) Os diretores da **BHTRANS**.
- II- Na qualidade de Beneficiário Dependente – Categoria I:
 - a) Cônjuge;
 - b) Companheiro(a), assim considerado(a) quando houver união estável, caracterizada nos termos do Código Civil Brasileiro;
 - c) Filho(s), adotivo(s) ou não, enteado(s) e tutelado(s), independentemente da idade, enquanto perdurar a invalidez;
 - d) Filho(s), adotivo(s) ou não, enteado(s) e tutelado(s), com idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos;
 - e) Menor sob guarda, enquanto perdurar a invalidez.
- III- Na qualidade de Beneficiário Dependente – Categoria II:
 - a) Filho(s) **solteiro(s)**, adotivo(s) ou não, enteado(s) e tutelado(s), que não se enquadrem na Categoria I, com idade inferior a **28** (vinte e oito) anos;
 - b) Menor sob guarda, observado o critério de idade disposto neste Regulamento para a inscrição de filho.

§1º - A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§2º - Para a inscrição dos Beneficiários é necessário o preenchimento do Termo de Adesão, no qual o Beneficiário Titular manifesta a sua concordância quanto aos termos do presente Regulamento.

§3º - Para fins de inscrição de Beneficiário na qualidade de Dependente, o Beneficiário Titular deverá encaminhar à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (GEAPE) Termo de Adesão informando a relação dos Dependentes que serão inscritos no **PLANO**, devendo comprovar a elegibilidade mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- I- Cônjuge:
 - a) Certidão de casamento;
 - b) Documento de identidade oficial;
 - c) Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- II- Companheiro(a):
 - a) Declaração de união estável lavrada em cartório;
 - b) Documento de identidade oficial;
 - c) Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- III- Filho(s) **solteiro(s)**, adotivo(s) ou não, enteado(s), tutelado(s) ou menor(es) sob guarda:
 - a) Documento de identidade oficial;
 - b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
 - c) Certidão de nascimento;





- d) Certidão de casamento civil ou Declaração de união estável lavrada em cartório, do titular com o pai/mãe do Dependente – em caso de enteado(s);
- e) Termo de adoção - em caso de filho(s) adotivo(s);
- f) Termo de tutela – em caso de tutelado(s);
- g) Termo de guarda – em caso de menor(es) sob guarda.
- h) Laudo pericial efetuado pela área médica, própria ou designada, que ateste a incapacidade – em caso de inválido.

§4º - A **BHTRANS** tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

§5º - No ato de adesão ao **PLANO**, o Beneficiário Titular receberá uma via deste Regulamento.

Art. 6º - É assegurada a inclusão:

- I- Do recém-nascido, filho adotivo ou natural do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;
- II- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

Parágrafo único - A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 7º - O beneficiário titular poderá alterar a relação de dependentes por ele inscritos, dentro do elenco previsto no artigo 5º, não podendo haver mais de um dependente da categoria cônjuge/companheiro.

CAPÍTULO IV – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

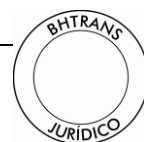
Art. 8º - A **BHTRANS** cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços própria, contratada, credenciada ou referenciada da **BHTRANS**, independente 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 Plano 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. 9º - A cobertura ambulatorial compreende:

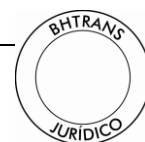
- I- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;





**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**
GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA

- II- Serviços de apoio 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- Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso**;
- V- Consultas/sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente**;
- VI- 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**;
- VII- 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;
- VIII- Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- IX- 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;
IX.1) 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.
- X- Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial**;
- XI- 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**;
- XII- Hemoterapia ambulatorial;
- XIII- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), **para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (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 -**





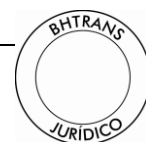
4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares com Obstetrícia

Art. 10 - 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 do paciente;
- 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 Beneficiário 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 Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, **exceto 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;
 - VII.1)** 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;
 - VII.2)** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da BHTRANS;**
 - VII.3)** Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **BHTRANS**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **BHTRANS**.
 - VII.4)** O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **BHTRANS** 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 execução em ambulatório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e





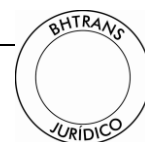
o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

IX.2) 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 Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

IX.3) 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 Beneficiário 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;

d.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

e) O Beneficiário 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;

f) 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;

g) 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 contraindicação 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 Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 11 - 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 Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

IV- **Além da coparticipação regular prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 40% (quarenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.**

Art. 12 - O presente Regulamento garante, ainda:





- I- Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, 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, quando assim especificados 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 Da Cobertura Adicional

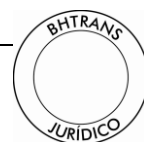
Art. 13 – Além das coberturas previstas na legislação de saúde suplementar, a **BHTRANS** garante cobertura adicional para os atendimentos médico-hospitalares em caráter de urgência e emergência realizados fora da área de abrangência geográfica, em todo território nacional, pela prática do sistema de reembolso, de acordo com os limites e as regras previstas em capítulo específico deste regulamento.

§1º - O valor do reembolso será de 100% do valor previsto na Tabela de Reembolso da **BHTRANS**, ou do valor do recibo/Nota Fiscal de serviços, o que for menor.

CAPÍTULO V – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

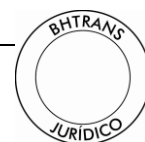
Art. 14 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I- **Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da BHTRANS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**
- II- **Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário, 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 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides 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 ou de emagrecimento com finalidade estética, 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 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;
- X- 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;
- 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;
- XIII- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, 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- Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;





- XVIII- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XIX- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XX- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXI- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XXII- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXIII- 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;
- XXIV- 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;
- XXV- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXVI- Avaliação pedagógica;
- XXVII- Orientações vocacionais;
- XXVIII- Psicoterapia com objetivos profissionais;
- XXIX- Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXX- Remoção domiciliar;
- XXXI- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXII- Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXIII- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

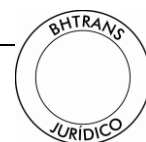
CAPÍTULO VI – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 15 – Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos Beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98 e normas regulamentares da ANS:

- I- 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste instrumento;
- II- 60 (sessenta) dias para consultas e exames;
- III- 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- IV- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

Parágrafo único – O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário à BHTRANS, que se dará no momento do recebimento, pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (GEAPE), da ficha de inscrição do Beneficiário no PLANO.

Art. 16 – É isento do cumprimento dos períodos de carência o Beneficiário cuja inscrição ocorra no





prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data:

- I- de vinculação do Beneficiário Titular à **BHTRANS**;
- II- contados da data em que se tornar elegível para o **PLANO**.

Parágrafo único – Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data de nascimento para inscrição do filho, a data do matrimônio para a inscrição do cônjuge, dentre outros.

CAPÍTULO VII – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 17 - 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 risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 18 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

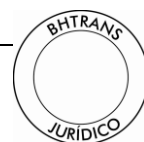
- I- para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao **PLANO**;
- II- **depois de cumprida a carência para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III- durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**;
- IV- **depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V- durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**.

Seção I Da Remoção

Art. 19 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), **observando a regulamentação da ANS em vigor**.

Art. 20 - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da **BHTRANS**, 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.

Art. 21 - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.





Parágrafo único – Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I- quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a BHTRANS, desse ônus;
- II- caberá à BHTRANS 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 BHTRANS 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 BHTRANS estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO VIII – DO REEMBOLSO

Art. 22 – A BHTRANS assegurará o reembolso, no limite das obrigações estabelecidas neste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde:

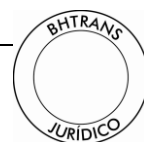
- I- nos atendimentos de urgência ou de emergência realizados em todo o território nacional;
- II- nos atendimentos eletivos realizados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do **PLANO**, quando o Beneficiário for atendido fora da rede credenciada da BHTRANS.

§1º - O reembolso deverá ser solicitado em requerimento padrão disponibilizado pela BHTRANS, no prazo máximo de 12 (doze) meses da emissão do recibo.

§2º - O reembolso será efetuado com base em honorários e despesas definidos no ROL de Procedimentos Médicos, nas tabelas de diárias e taxas hospitalares UNIDAS/MG PADRÃO, materiais e medicamentos de acordo com o BRASINDICE em vigor na data do atendimento, de acordo com a lista de materiais da UNIDAS/MG.

§3º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores constantes das tabelas referidas no parágrafo anterior, conforme o caso, limitado ao valor praticado pela BHTRANS junto à rede de prestadores do **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação do recibo original, acompanhado do xerox, legível e sem rasuras, contendo:

- I- **Honorários Médicos:** recibos/notas fiscais, constando o nome do beneficiário, CRM e CPF/CNPJ legíveis, do profissional/estabelecimento, discriminando o(s) serviço(s) prestado(s), autorização prévia conforme ROL de Procedimentos divulgados no Portal do PAMEH;
- II- **Exames:** notas fiscais, discriminando os exames realizados com os respectivos valores e pedido do médico ou cirurgião-dentista assistente (original ou cópia).
- III- **Diárias, Taxas, Medicamentos e Materiais:** notas fiscais e prescrição médica, constando o nome do beneficiário, data, CRM e assinatura do profissional, relação detalhada dos itens da fatura hospitalar com valor unitário, quantidade e valor total; autorização prévia da Auditoria do PAMEH para procedimentos eletivos, relatório médico com justificativa para atendimentos de urgência;





- IV- Fonoaudiologia / Nutrição / Psicologia / Terapia Ocupacional / Fisioterapia:** prescrição médica contendo o CRM e o nº de sessões a serem realizadas, de acordo com os limites e condições estabelecidos no presente Instrumento, recibos/notas fiscais, constando o nome do beneficiário, código MAS, data, CPF/CNPJ, nº de inscrição no respectivo Conselho Profissional, assinatura do profissional e número de sessões realizadas e o código do procedimento.
- V- Outras despesas:** notas fiscais, discriminando os procedimentos realizados com os respectivos valores e pedido do médico ou cirurgião-dentista assistente (original ou cópia).

§4º – Caso o Beneficiário ultrapasse a quantidade de exames, consultas e terapias isentos de coparticipação conforme previsto no Capítulo X, Seção V, o reembolso será de 60% do valor de tabela ou do recibo, o que for menor, em virtude da aplicação da coparticipação prevista neste Regulamento.

§5º - A não observância do descrito nos parágrafos anteriores implicará o indeferimento do pedido de reembolso.

§6º - O reembolso será realizado através da folha de pagamento imediatamente seguinte à data de apresentação dos recibos.

§7º - A critério da administração do **PLANO**, poderá ser solicitado relatório médico justificando a necessidade do serviço prestado.

§8º - Não serão reembolsáveis despesas oriundas de atendimentos prestados por prestadores credenciados ao **PLANO**.

§9º - As tabelas utilizadas para cálculo do reembolso encontram-se disponíveis na sede da BHTRANS e no portal corporativo da operadora na internet através do endereço eletrônico: www.ciasaude.srv.br/bhtrans. Sempre que houver alteração nas referidas tabelas, estas serão novamente registradas.

§10 - Os esclarecimentos a respeito das tabelas mencionadas no parágrafo anterior poderão ser obtidos através da Central de Atendimento do **PLANO** pelo telefone de contato: (31) 3379-5608

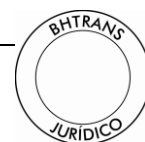
CAPÍTULO IX – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Do Atendimento

Art. 23 – No atendimento, o Beneficiário deverá apresentar-se ao credenciado munido do cartão de identificação juntamente com um documento oficial de identidade.

Parágrafo único - A perda, extravio, roubo ou furto do cartão deverá ser, imediatamente, comunicada à **BHTRANS**, sob pena de o beneficiário responder por valores indevidamente suportados pelo **PLANO**, acrescidos de juros e encargos.

Art. 24 – No atendimento, o Beneficiário assinará a guia de procedimentos médicos. A assinatura será feita quando o(s) procedimento(s) realizado(s) estiver(em) demonstrado(s) na mesma guia.





Art. 25 – Nos casos de urgência e emergência, em que se torne necessária a internação imediata ou socorro aos sábados, domingos, feriados e/ou fora do horário de expediente da **BHTRANS**, o Beneficiário adotará, por iniciativa própria as providências que lhe forem exigidas na ocasião do internamento, devendo solicitar no **PLANO**, até 2 (dois) dias úteis subsequentes ao da internação, a documentação necessária.

Seção II **Do Padrão de Acomodação**

Art. 26 - A internação de Beneficiários do **PLANO** far-se-á em apartamento *standart*.

§1º - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela BHTRANS, 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.

§2º - Na hipótese de o Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Seção III **Da Autorização Prévia**

Art. 27 – A cobertura para todos os serviços e procedimentos garantidos pelo **PLANO** encontra-se condicionada à autorização prévia da **BHTRANS**, à exceção das situações descritas a seguir:

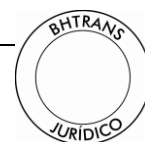
- I- consultas médicas;
- II- exames laboratoriais;
- III- exames radiológicos simples (inclusive mamografia);
- IV- eletrocardiograma conjugado a consulta ou atendimento médico;
- V- procedimentos integrantes de atendimentos de urgência ou emergência;

Art. 28 – As internações eletivas realizar-se-ão mediante autorização prévia do **PLANO**.

§1º - Em internações de urgência ou emergência, o Beneficiário apresentará apenas o cartão de identificação do **PLANO** e documento oficial de identidade, tendo um prazo de 2 (dois) dias úteis para regularizar a autorização de internação.

§2º - A autorização mencionada neste artigo cobrirá o tempo de permanência inicialmente autorizado, sendo exigida outra autorização em caso de prorrogação, cujo pedido deverá ser acompanhado de relatório assinado pelo médico assistente, em que constem as razões técnicas que justifiquem o novo período solicitado, que estará sujeito à análise e aprovação da auditoria médica.

Art. 29 - Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **BHTRANS** garantirá, ao Beneficiário, avaliação pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento do recebimento de sua solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.





Art. 30 - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, o Beneficiário deverá ser informado pela **BHTRANS** de que será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **BHTRANS** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **BHTRANS**. Caso o Beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do Plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do Beneficiário.

Art. 31 – Os serviços de diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, dentro de suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **BHTRANS**, observado o disposto na regulamentação em vigor.

Seção IV **Da Rede Assistencial**

Art. 32 - As informações referentes aos prestadores de serviços que integram a rede assistencial da **BHTRANS** encontram-se disponíveis em seu portal corporativo na *internet*, através do endereço eletrônico: **www.ciasaude.srv.br/bhtrans**, assim como em sua Central de Atendimento pelo telefone de contato: (31) 3379-5608

§1º - A **BHTRANS** poderá promover, a qualquer tempo, alterações na sua rede de prestadores de serviços, observada a regulamentação em vigor.

§2º - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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.

§3º - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **BHTRANS** durante período de internação de algum Beneficiário, 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 **BHTRANS** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

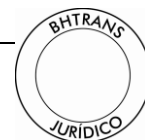
§4º - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção V **Da Coparticipação**

Art. 33 - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular, referente aos serviços cobertos pelo PLANO e utilizados por ele e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

Art. 34 - Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário, será cobrada coparticipação, quando da utilização, sobre os procedimentos relacionados a seguir, no período de um ano, contado a partir de 1º de maio a 30 de abril:

- I- Consultas de qualquer natureza: 40% (quarenta por cento) a partir da 7ª consulta;
- II- Exames: 40% (quarenta por cento) a partir do 9º exame;
- III- Internação: R\$ 10,00 (dez reais);





- IV- Fisioterapia: 40% (quarenta por cento) a partir da 41ª sessão;
- V- Acupuntura e Nutricionista: 40% (quarenta por cento) a partir da 13ª sessão;
- VI- Fonoaudiologia: 40% (quarenta por cento) a partir da 25ª sessão;
- VII- Psicoterapia e Terapia Ocupacional: 40% (quarenta por cento) a partir da 19ª ou 41ª, dependendo do CID, de acordo com Anexo II da RN 338 da ANS.

§1º – Também haverá coparticipação nos casos de internação para tratamento dos transtornos psiquiátricos na forma prevista neste Regulamento.

§2º – Não haverá cobrança de coparticipação sobre o valor das consultas quando a soma das consultas do grupo familiar for menor ou igual ao número de pessoas inscritas do mesmo grupo familiar multiplicado por seis no ano.

§3º – Não haverá cobrança de coparticipação sobre o valor dos exames quando a soma dos exames do grupo familiar for menor ou igual ao número de pessoas inscritas do mesmo grupo familiar multiplicado por oito no ano.

§4º – Os exames laboratoriais serão agrupados pelo grupo de procedimentos, para fins de contagem, sendo que a cada grupo de procedimentos (cinco primeiros dígitos do código TUSS do procedimento) será contado com um exame, desde que realizados no mesmo dia pelo mesmo Prestador.

§5º – Não haverá cobrança de coparticipação para as consultas e exames quando relacionados ao pré-natal.

§6º – Os Beneficiários Titulares portadores de doença crônica, devidamente comprovada através de relatório médico, poderão se inscrever no programa de Tratamento Médico Continuo – TMC e ficarão isentos de coparticipação em consultas e exames relacionados à doença declarada, desde que solicitada a inscrição e aprovado pela Auditoria Médica do PLANO.

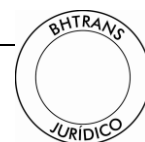
§7º – Os tratamentos de fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, acupuntura, nutrição, são contados individualmente por Beneficiário e por procedimento para fins de coparticipação e não serão enquadrados como Tratamento Médico Continuo para fins de coparticipação.

§8º – Os exames preventivos definidos no Programa de Promoção de Saúde da BHTRANS estão isentos de coparticipação.

§9º – O Beneficiário Titular é responsável pelo pagamento das suas coparticipações e a de seus Dependentes, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo credenciado.

CAPÍTULO X – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 35 - O PLANO será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS e alterações posteriores.





Art. 36 - Será cobrado a título de contribuição mensal:

- I- Para os empregados e diretores da **BHTRANS**: 3,1% (três inteiros e um décimo por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver;
- II- Cônjuge ou companheiro(a) até 43 (quarenta e três) anos de idade: 0,6% (seis décimos por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver;
- III- Cônjuge ou companheiro(a) com idade superior a 43 (quarenta e três) anos: 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver;
- IV- Filho(s) solteiro(s) inválido(s) com até 43 (vinte e três) anos de idade completos: 0,6 (seis décimos por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver, para cada Dependente;
- V- Filho(s) solteiro(s) inválido(s) com idade superior a 43 (vinte e três) anos: 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver, para cada Dependente;
- VI- Filho(s) solteiro(s) até 23 (vinte e três) anos de idade completos: 0,6 (seis décimos por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver, para cada Dependente;
- VII- Filho(s) solteiro(s) com idade entre 24 (vinte e quatro) e 28 (vinte e oito) anos completos: 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) do salário base mais gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver, para cada Dependente.

§1º - O percentual de contribuição previsto nos incisos IV, V, VI e VII do *caput* desse artigo será igualmente aplicados ao(s) enteado(s), tutelado(s) ou menor(es) sob guarda, desde que na mesma condição de filhos.

§2º - A **BHTRANS** participará do custeio do **PLANO** nos mesmos percentuais citados neste artigo, independentemente da adesão do empregado, exceto no que se refere ao inciso VII, quando não haverá contribuição da **BHTRANS**.

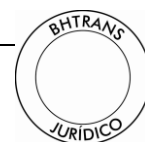
§ 3º Será ainda devida, por parte da **BHTRANS**, a contribuição de 3,1% (três vírgula um por cento) sobre o salário, gratificação de função e/ou complementação salarial, quando houver, dos empregados que não fizeram adesão ao plano.

§4º - No caso dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, o percentual de contribuição incidirá sobre a última remuneração bruta a que teve direito na empresa, se estivesse trabalhando (ativo), observando índice resultante do acordo coletivo.

§5º - O **PLANO** contará, ainda, com recursos financeiros do Fundo de Reserva ou Reserva Técnica, constituído pelas contribuições dos Beneficiários e da **BHTRANS**, aplicações financeiras apuradas mensalmente e eventuais novas fontes de receita.

Art. 37 - As contribuições mensais e eventuais coparticipações relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento.

Parágrafo único - Nos casos em que não seja possível o desconto em folha de pagamento, as contribuições mensais e coparticipações de responsabilidade dos Beneficiários Titulares, deverão ser





quitadas até o dia **10 (dez)** do mês subsequente ao que competem, via depósito ou boleto bancário emitido pela **BHTRANS**.

Art. 38 – As contribuições mensais relativas aos demitidos e exonerados sem justa causa, aposentados e seus respectivos dependentes, bem como dos dependentes mantidos no PLANO após o falecimento do titular, deverão ser pagas quitadas até o dia **10 (dez)** via depósito ou boleto bancário emitido pela **BHTRANS**.

Art. 39 - Em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento das contribuições mensais e das coparticipações, estas ficarão sujeitas a juros de 1% ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.

CAPÍTULO XI – DO REAJUSTE

Art. 40 - Os valores das contribuições mensais e as coparticipações serão reajustados anualmente, no mês de maio de cada ano, pelo índice resultante do acordo coletivo.

Art. 41 - O custeio será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo Conselho de Gestão do PLANO que fixará os valores 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 PLANO; e,
- III- alteração sensível na composição do grupo inscrito no PLANO.

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

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

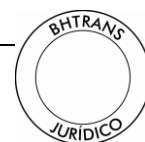
§3º - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 42 - 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 de Gestão do PLANO para esse fim, respaldada em avaliação atuarial.

CAPÍTULO XII FAIXAS ETÁRIAS

Art. 43 - As contribuições mensais foram fixadas em função da categoria e da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

- I. Beneficiário Titular:





Faixa etária:	Variação por faixa etária:
0 – 18	-
19 – 23	-
24 – 28	-
29 – 33	-
34 – 38	-
39 – 43	-
44 – 48	-
49 – 53	-
54 – 58	-
59 +	-

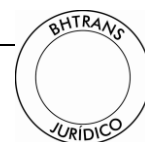
II. Beneficiário Dependente – Categoria I:

Faixa etária:	Variação por faixa etária:
0 – 18	-
19 – 23	-
24 – 28	-
29 – 33	-
34 – 38	-
39 – 43	-
44 – 48	3,17
49 – 53	-
54 – 58	-
59 +	-

III. Beneficiário Dependente – Categoria II:

Faixa etária:	Variação por faixa etária:
0 – 18	-
19 – 23	-
24 – 28	3,17
29 – 33	-
34 – 38	-
39 – 43	-
44 – 48	-
49 – 53	-
54 – 58	-
59 +	-

§1º - Quando a alteração da idade importar deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.





§2º - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

§3º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- 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.

§4º - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do PLANO.

CAPÍTULO XIII – DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I Do Demitido

Art. 44 - Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo mantido junto à **BHTRANS**, no caso rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, 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.**

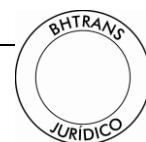
§1º - O período de manutenção da condição de Beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PLANO**, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º - O Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa deverá optar pela manutenção no **PLANO** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação da **BHTRANS** quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

§3º - Estão excluídos do *caput* deste artigo, os diretores não empregados.

Seção II Do Aposentado

Art. 45 - Ao ex-empregado aposentado que tiver contribuído para o **PLANO**, em decorrência de vínculo mantido junto à **BHTRANS**, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, 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 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do **PLANO**.

§2º - O aposentado deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da BHTRANS quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§3º - Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na BHTRANS, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como Beneficiário na condição de aposentado.

§4º - Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na BHTRANS, antes do exercício do direito previsto nesta Seção, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Seção III Das Disposições Comuns

Art. 46 – O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se à categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

§1º - O direito garantido neste Capítulo será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

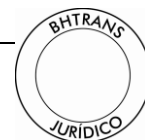
§2º - A manutenção da condição de Beneficiário prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo Titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio Titular.

§3º - O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário.

§4º - Em caso de óbito do ex-empregado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou exonerado sem justa causa ou o aposentado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e que formalizem expressamente junto à BHTRANS sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do **PLANO**.

§5º - As garantias relativas ao direito de manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa e aposentado não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

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





- I- cancelamento pela **BHTRANS** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;
- II- quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à **BHTRANS**;
- III- decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo.

Art. 47 – Nos planos coletivos custeados integralmente pela **BHTRANS**, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, 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 plano de saúde em relação aos dependentes.

Art. 48 – É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado e a seus dependentes vinculados ao **PLANO**, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário 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.

Art. 49 – 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.

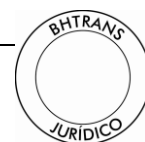
CAPÍTULO XIV – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 50 – O direito dos Beneficiários Titulares e Dependentes de utilizar o **PLANO** cessará nas seguintes hipóteses:

- I- licença sem remuneração;
- II- demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria do Beneficiário Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III- cancelamento voluntário da inscrição pelo Beneficiário, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- IV- Falecimento do Beneficiário Titular;

Art. 51 – A **BHTRANS** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, independentemente de manifestação do próprio Beneficiário Titular, nas seguintes hipóteses:

- I- Em caso de fraude ao **PLANO**;
- II- Perda da qualidade de Beneficiário Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III- Perda da qualidade de Beneficiário Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- IV- Interrupção dos valores devidos ao **PLANO**, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.





§1º - Considera-se licença sem remuneração aquela concedida sem finalidade médica e com base em instrução normativa específica sobre o assunto.

§2º - O empregado em licença sem remuneração, na forma do parágrafo anterior, poderá optar em manter a sua condição de Beneficiário durante o período do licenciamento, desde que assuma o pagamento integral das contribuições mensais.

Art. 52 – Em caso de desligamento deste **PLANO**, deverão ser observados os seguintes procedimentos:

- I- Nos desligamentos decorrentes da hipótese prevista no inciso I do artigo 56, a autorização para reingresso poderá ser solicitada quando cessar a licença sem remuneração. Neste caso, serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo Beneficiário antes de sua licença sem vencimento.
- II- Nos desligamentos decorrentes de cancelamento voluntário da inscrição pelo Beneficiário, este se dará a partir de requerimento do Beneficiário, protocolado junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (GEAPE), formalizado através do preenchimento de formulário específico disponibilizado por esta Gerência e devolução do cartão de identificação do beneficiário.
 - a) A autorização para reingresso somente será concedida transcorridos 6 (seis) meses contados da data do pedido de cancelamento;
 - b) A solicitação de cancelamento por 2 (duas) vezes impedirá o Beneficiário de requerer nova inscrição por um prazo de 2 (dois) anos.

Parágrafo único - É obrigatória a devolução do cartão no ato de cancelamento da inscrição, por qualquer motivo, sob pena do Beneficiário responder por valores indevidamente suportados pelo **PLANO**, acrescidos de juros e encargos.

Art. 53 – O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com a **BHTRANS**, incluídos os valores das contribuições mensais e das coparticipações.

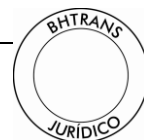
Art. 54 - O descumprimento por parte dos Beneficiários Titulares ou seus Dependentes das normas regulamentares deste **PLANO**, assim como sua utilização indevida, acarretará o cancelamento de sua inscrição, bem como o desconto, em folha de pagamento/provento do Beneficiário Titular, dos valores integrais dos procedimentos realizados indevidamente.

CAPÍTULO XV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 55 – Será fornecido a cada Beneficiário Titular inscrito no **PLANO**:

- I- Cópia deste Regulamento, para que tenham conhecimento de seus direitos e deveres;
- II- Acesso à relação de profissionais, hospitais, laboratórios, radiologias e demais entidades médico-hospitalares cujos serviços forem credenciados.

Art. 56 - O **PLANO** não se responsabilizará pelo insucesso de qualquer tratamento médico-hospitalar, por eventual acidente operatório ou por dano real ou suposto, ocasionado por medicamento ou tratamento ministrado por profissional ou entidades prestadoras de serviço.





Art. 57 - Os casos omissos, dúvidas e controvérsias que possam surgir a partir do presente Regulamento, serão decididos pelo Comitê de Gestão.

Art. 58 – Os beneficiários do **PLANO** estão isentos do cumprimento de cobertura parcial temporária no caso de doenças e lesões preexistentes.

Art. 59 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Art. 60 - O encerramento da operação do **PLANO** se dará de acordo com o seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 61 - Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda relativa ao presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXO I TABELA DE CUSTOS POR FAIXA ETÁRIA

O presente documento tem por objetivo apresentar o custo por faixa etária do **PLANO**, em atenção ao artigo 15 da RN nº 279/11, que dispõe sobre o direito de manutenção da condição de **beneficiário para os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados**.

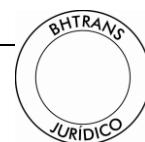
De acordo com o artigo 15 da RN nº 279/11, a operadora deverá apresentar a tabela de custo por faixa etária aos seus beneficiários, mesmo que haja o financiamento do empregador.

Apenas com intuito de atender ao disposto no referido normativo, apresentamos adiante a tabela de custo por faixa etária para o **PLANO**:

Faixa etária:	Custo (R\$):
0 – 18	81,80
19 – 23	98,16
24 – 28	122,70
29 – 33	155,42
34 – 38	171,78
39 – 43	196,32
44 – 48	229,04
49 – 53	261,76
54 – 58	310,84
59 +	474,44

Os percentuais de variação por de faixa etária foram fixados observando os critérios dispostos na RN nº 63/03, transcritos a seguir:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.
- 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.





PREFEITURA
BELO HORIZONTE
GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA

RESSALTA-SE QUE O CUSTEIO DO PLANO, EM PERCENTUAL DE SALÁRIO, ESTÁ DISPOSTO NO PRÓPRIO REGULAMENTO, SENDO QUE A TABELA DE CUSTOS POR FAIXA ETÁRIA ESTÁ SENDO APRESENTADA EXCLUSIVAMENTE PARA ATENDER AO DISPOSTO NA RN Nº279/11, NÃO PODENDO O BENEFICIÁRIO, EM NENHUM MOMENTO, OPTAR POR PAGAR O VALOR EXPRESSO NESSA TABELA.

Os percentuais de contribuição que compõem o custeio do **PLANO** foram definidos com base na necessidade de receita média estimada para o plano na avaliação atuarial e no salário de participação dos beneficiários titulares.

No formato de custeio proposto, existe uma relação de subsídio entre os beneficiários, na qual os beneficiários de salário mais elevado subsidiam aqueles de salários mais baixos.

A tabela de custo apresentada neste anexo irá vigorar pelo período de 01/03/2016 a 28/02/2017.

Belo Horizonte, 01 de março de 2016

