



REGULAMENTO PREMIUM RIO DE JANEIRO PATROCINADO



ANS - Nº 41750-5

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - PREÂMBULO.....	2
CAPÍTULO II - DAS CARACTERÍSTICAS.....	4
CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES.....	6
CAPÍTULO IV - DA LEGITIMIDADE DA PATROCINADORA E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS	16
CAPÍTULO V - DA INSCRIÇÃO.....	23
Seção I - Da inclusão e manutenção dos beneficiários	23
CAPÍTULO VI – DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE	28
Seção I – Do direito de permanência dos demitidos sem justa causa, aposentados e assistidos	30
Seção II – Da extensão ao grupo familiar	32
CAPÍTULO VII – DAS RECEITAS, REAJUSTE E REVISÃO DE VALORES	33
Seção I – Dos preços e condições de pagamento	33
Seção II – Reajuste e revisão de valores.....	35
Seção III – Das faixas etárias.....	36
Seção IV – Penalidades pelo atraso dos pagamentos	37
CAPÍTULO VIII – DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS.....	39
Seção I - Do plano de saúde	39
Seção II – Do cartão individual de identificação	40
Seção III – Das carências.....	41
Seção IV- Das doenças e lesões preexistentes (DLP)	42
Seção V - Das coberturas.....	45
Seção VI - Dos atendimentos de urgência e emergência	54
Seção VII – Das condições de reembolso	57
Seção VIII – Da livre escolha	59
Seção IX - Das disposições comuns à cobertura de remoção	63
Seção X - Das exclusões.....	64
Seção XI - Do atendimento na rede credenciada	67
Seção XII - Da coparticipação	70
Seção XIII – Do regime de internação em hospital-dia	72
CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS.....	74
NOTA EXPLICATIVA.....	76

CAPÍTULO I - PREÂMBULO

Art.1º A Cemig Saúde, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.750-5 e classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 12.055.813/0001-68, localizada na Av. Barbacena, nº. 472, 5º ao 8º e 12º andares, bairro Barro Preto, CEP: 30190-130, no município de Belo Horizonte – MG, é a instituição que ofertará e gerenciará o programa de assistência à saúde objeto deste Regulamento.

Parágrafo Único. Há, em sua composição, a figura do Patrocinador.

Art.2º O presente Regulamento tem por objeto a assistência médica hospitalar, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, com cobrança de coparticipação em consultas, exames, procedimentos, tratamentos e internações, inclusive psiquiátricas aos beneficiários regularmente inscritos, para a prestação continuada de serviços na forma de plano de saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde desde que observadas as coberturas do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, exclusivamente para os Beneficiários da Cemig Saúde que residem fora do Estado de Minas Gerais.

Parágrafo único. Adicionalmente à cobertura estabelecida na Lei nº 9.656/98 para o segmento ambulatorial, hospitalar e obstétrico e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a Cemig Saúde poderá autorizar coberturas adicionais, desde que aprovadas pela Diretoria Executiva da Operadora.

Art.3º A assistência ofertada por este Regulamento reger-se-á pela legislação específica e pela legislação civil aplicável, por atos expedidos por autoridade governamental competente, observado o Estatuto Social da Cemig Saúde no que for aplicável.

Art.4º Serão adotadas como premissas deste Regulamento as seguintes questões:

- §1º Por convenção, adotou-se neste regulamento o gênero masculino, especialmente com referência ao(s) beneficiário(s), tanto do sexo masculino quanto do feminino.
- §2º As comunicações levadas a efeito pelas partes serão feitas por meio de correio eletrônico e aplicativos de comunicação em dispositivos móveis, portal da Cemig Saúde e por meio do boleto disponibilizado para pagamento das contribuições pecuniárias, quando for o caso, nos termos da regulamentação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- §3º A informação sobre o endereço de correio eletrônico e os telefones de dispositivos móveis deverão ser fornecidos pelas Patrocinadoras, quando o beneficiário for patrocinado, ou pelos próprios beneficiários, nos respectivos Formulários de Inclusão, no qual autorizam desde já o tratamento dos dados pela Cemig Saúde para comunicações sobre quaisquer informações a respeito do plano de saúde.
- §4º Todos os dados dos beneficiários, inclusive os mencionados no parágrafo anterior, devem ser inseridos no Formulário de Inclusão pelas Patrocinadoras ou pelos próprios beneficiários, quando aplicável.
- §5º Os dados referenciados no parágrafo 3º do presente artigo serão considerados os padrões para comunicação, até manifestação em sentido contrário, mediante substituição por outro endereço eletrônico. Todas as atualizações poderão ser realizadas no portal do beneficiário, ou demais canais de atendimento, disponibilizado pela Cemig Saúde, que poderá ser acessado por meio de endereço eletrônico fornecido por esta.

Art.5º As Patrocinadoras, os beneficiários e a operadora de planos de saúde reconhecem, como manifestações de consentimento, em substituição ao signo tradicionalmente manuscrito, inserido nos instrumentos, os seguintes:

- a) Uso de assinatura por meio de certificação digital;

- b) Assinatura em dispositivos que, por meios tecnológicos, possam reproduzi-la em documento;
- c) Plataformas ou dispositivos móveis, dos quais derivem comprovações múltiplas de acesso, tais como logs, identificação de IP, localização geográfica e outros assemelhados;
- d) Reprodução da assinatura digitalizada;
- e) Aposição de “li e concordo”, por meio de plataforma ou site, obedecidos requisitos de segurança e controle, em área logada, quanto a determinado documento.

Art.6º Integram este regulamento para todos os efeitos de direito:

- a) Formulário de inclusão contendo o termo de consentimento do aplicativo e da Lei Geral de Proteção de Dados aplicados aos beneficiários;
- b) Rol de Eventos e Procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, localizado no site www.ans.gov.br, acesso “Planos e Operadoras”, “Espaço do Consumidor”;
- c) Convênio de Adesão, que é o documento que formaliza o ingresso das Patrocinadoras ao polo contratual respectivo.

CAPÍTULO II - DAS CARACTERÍSTICAS

Art.7º O plano de assistência à saúde tratado neste Instrumento é denominado PREMIUM RIO DE JANEIRO e está registrado na ANS sob o nº. 494.891/23-2, possuindo como características gerais:

- I- Tipo de contratação: coletivo empresarial.
- II- Segmentação assistencial: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.
- III- Área geográfica de abrangência: estadual.
- IV- Padrão de acomodação em internação: apartamento.
- V- Formação do preço: pré-estabelecido.
- VI- Fator moderação: coparticipação

§1º Os serviços ora contratados serão prestados pela Cemig Saúde dentro da área de abrangência do produto, que no presente Regulamento corresponde a todo território estadual do Rio de Janeiro.

§2º O atendimento previsto neste Regulamento em nenhuma hipótese será prestado fora da área de atuação e abrangência deste produto, exceto nos casos comprovados de urgência e emergência.

Art.8º As internações hospitalares ocorrerão em acomodações individuais, conforme indicação médica com direito à acompanhante conforme previsto em legislação.

§1º A Cemig Saúde arcará com as despesas relativas aos acompanhantes, incluindo alimentação e acomodação, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- I- Crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- II- Idosos a partir dos 60 anos de idade;
- III- Pessoas com deficiência; e
- IV- Acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico.

§2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela Cemig Saúde, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, deverá ser garantida vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço da rede prestadora do produto contratado, observadas as condições clínicas. Esta remoção dar-se-á mediante autorização do médico assistente e, a partir disso, a Cemig Saúde poderá remover o paciente para outro prestador da rede, cujo ônus da remoção ficará a cargo da Operadora.

Art.9º O plano de saúde será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por contribuições efetuadas por suas Patrocinadoras e beneficiários, conforme regras definidas neste Regulamento.

Parágrafo Único. A periodicidade da contribuição compreende o período do primeiro ao último dia de cada mês, devendo haver cobrança pro rata

die no mês de adesão quando esta não ocorrer no primeiro dia do mês. Esta cobrança pro rata die também será aplicável no caso de exclusão do beneficiário.

Art.10º O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES

Art.11 Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

ACIDENTE DO TRABALHO: é o evento que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização das operadoras e planos de assistência à saúde.

ANONIMIZAÇÃO: utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Municípios ou Estados de cobertura e operação do plano, indicados pela Operadora neste Regulamento, de acordo com a área de abrangência geográfica.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde

de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

ATENDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência ou emergência e que, por isso, pode ser programado.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA: o evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

AUDITORIA: análise realizada por equipe técnica da Cemig Saúde ou de equipe que esta contrate sobre itens objeto de prestação de serviço, tais como contas apresentadas pelos prestadores de serviços de saúde, prontuário, solicitações, relatórios médicos, exames, utilização em geral, processos automatizados ou manuais e outros, os quais são imprescindíveis para que a operadora se certifique de que o contrato de plano de saúde está sendo cumprido nos moldes contratados, assim como verifique se os contratos pactuados com a rede prestadora de serviços de saúde estão sendo executados conforme pactuado.

BANCO DE DADOS: conjunto estruturado de dados pessoais, estabelecido em um ou em vários locais, em suporte eletrônico ou físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na Cemig Saúde, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular, dependente ou dependente especial.

BENEFICIÁRIO ASSISTIDO: beneficiário que usufrui de plano previdenciário da Forluz, inclusive o pensionista, inserindo-se também na categoria de beneficiários AUTOPATROCINADOS.

BENEFICIÁRIO AUTOPATROCINADO: categoria de beneficiário, responsável pelo custeio integral do plano de saúde, que se enquadra como: (i) ex-empregado de determinada Patrocinadora, demitido ou exonerado sem justa causa e seus respectivos dependentes; (ii) aposentado (também denominado ASSISTIDO) e seus respectivos dependentes; (iii) dependentes especiais e (iv) grupo familiar de beneficiário titular falecido.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE DIRETO: é aquele que possua vínculo devidamente comprovado com o beneficiário titular ativo no plano, sendo, exclusivamente: (i)

cônjuge ou companheiro (no caso de união estável, devidamente comprovada); (ii) filho natural, adotivo ou enteado até que complete 23 (vinte e três) anos e 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade; e (iii) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular, até que complete 18 (dezoito) anos de idade.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE ESPECIAL: referem-se aos beneficiários que possuam vínculo até o 4º grau de parentesco consanguíneo e 2º grau por afinidade com beneficiário patrocinado, ou ex-empregado de determinada Patrocinadora, ou demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado/assistido, mas que extrapolam o perfil para enquadramento no grupo familiar de dependentes diretos. Parágrafo único: Incluem-se nesta categoria o grupo familiar do parente até o 4º grau, sendo a elegibilidade desta categoria definida pela Diretoria Executiva e divulgada nos meios de comunicação da Cemig Saúde.

BENEFICIÁRIO PATROCINADO: categoria de beneficiário que engloba empregado em atividade em uma das Patrocinadoras e seus respectivos dependentes, bem como diretor de Patrocinadora e seus respectivos dependentes, cuja contribuição será custeada pela Patrocinadora, conforme produto escolhido por esta.

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste Regulamento, é beneficiário titular aquele vinculado a uma das Patrocinadoras por relação empregatícia, estatutária ou que já tenha sido vinculado, no caso de ex-empregado, aposentado ou assistido, nos termos da regulamentação da ANS.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do regulamento ou da adesão do beneficiário, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-11: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sempre aplicada a atualização mais recente considerando o evento.

COBERTURA AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as disposições do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

COBERTURA DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA: é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. Para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, o Hospital Dia é indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 (doze) horas.

COBERTURA OBSTÉTRICA: todo atendimento prestado à gestante em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde. Compreende toda a cobertura da internação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), assim definidos pela ANS, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento.

CONEXÃO SAÚDE: é o modelo de cuidado assistencial oferecido pela Cemig Saúde de forma presencial e/ou virtual. O modelo é baseado na Atenção Primária à Saúde que é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos beneficiários.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998.

CONSENTIMENTO: manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada, quando necessário, nos termos da legislação vigente.

CONSULTA: compreende a anamnese, o exame físico, hipótese ou conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).

CONTRIBUIÇÃO: Conjunto de obrigações financeiras a cargo das Patrocinadoras e beneficiários deste Regulamento, que quando adimplidas em sua totalidade possibilitam a prestação de serviços previstos neste instrumento.

CONTROLADOR DE DADOS: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais.

COPARTICIPAÇÃO: é o montante definido neste Regulamento (fator de moderação), em termos fixos ou percentuais, que o beneficiário deve pagar para a Cemig Saúde referente a realização de cada consulta em pronto atendimento ou consultório, exames simples ou especiais, tratamento, procedimento simples ou especiais e internação hospitalar, em hospital geral/especializado ou hospital dia e psiquiátrica, conforme especificado neste Regulamento e no Formulário de inclusão, compondo as obrigações financeiras exigíveis dos beneficiários, nos termos da legislação da ANS, para a manutenção da contratação.

CUSTO OPERACIONAL: despesas que a Operadora teve durante a utilização indevida do plano pelo beneficiário, no período de suspensão, exclusão ou carência.

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste contrato, os beneficiários de planos de saúde. A Cemig Saúde trata, no mínimo, os seguintes dados pessoais: nome; nome social; sexo; gênero; identidade (todos os tipos de documentos de identificação); DNV (Declaração de Nascido Vivo); título de eleitor; certidões; CPF; endereços (físicos e eletrônicos); filiação; estado civil; telefones; naturalidade; nacionalidade; número do cartão nacional de saúde; dados bancários; CCO (número da carteirinha do plano de saúde). Pode haver necessidade de dado pessoal adicional para a prestação de serviços aqui disposta.

DADO PESSOAL SENSÍVEL: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, dos beneficiários de planos de saúde.

DADO ANONIMIZADO: dado relativo a titular (nos termos da lei geral de proteção de dados) que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião do tratamento de tal dado.

DATA DE VENCIMENTO: data limite de cada mês para pagamento da contribuição e da coparticipação pelas Patrocinadoras e beneficiários.

DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): são orientações, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, que devem ser observadas no que se refere à cobertura mínima obrigatória, conforme regulamentação da ANS, que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): são os critérios definidos pela ANS, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, que visam a melhor prática clínica, estabelecendo os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I do ROL de procedimentos vigente.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP): são aquelas que o beneficiário (ou seu representante legal) sabe ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO DE DADOS: por duração do tratamento dos dados deve-se compreender os prazos em que a Cemig Saúde tem direito em tratar os dados pessoais dos beneficiários deste Regulamento, sendo que são os prazos consignados na legislação nacional relacionados à prescrição e decadência de direitos, avaliados caso a caso, em razão da natureza dessa prestação de serviços.

ELIMINAÇÃO: exclusão de dado ou de conjunto de dados armazenados em banco de dados, independentemente do procedimento empregado.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: é um grupo de profissionais clínicos que trabalham unidos em prol do diagnóstico, tratamento e recuperação do paciente. Assim, é priorizado um consenso nas decisões de cada intervenção.

EXAME: é o procedimento complementar ao atendimento médico, solicitado por este quando pertinente, com objetivo de auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário.

EXAMES SIMPLES: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames simples de diagnóstico e terapia para efeito de carência, dentre outros: a) exames de análises

clínicas e radioimunoensaio (medicina nuclear); b) biópsia e exames patológicos; c) citopatologia; d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional (ECG); (f) eletro-encefalograma convencional; (g) eletromiografia e neurofisiologia clínica; (h) endoscopia diagnóstica; (i) radiografias; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia; (n) potencial evocado; (o) prova de função pulmonar; (p) ultrassonografia; (q) videoendoscopia diagnóstica. A lista completa dos exames simples está disponível no portal da Cemig Saúde.

EXAMES ESPECIAIS: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames especiais de diagnóstico e terapia para efeito de carência, dentre outros: a) angiografia; b) arteriografia; c) eletroencefalograma com mapeamento cerebral; d) tomografia computadorizada; e) ressonância magnética; f) medicina nuclear; g) densitometria óssea; h) laparoscopia diagnóstica; i) ecodopplercardiograma; j) eletrocardiografia dinâmica holter; k) radiologia intervencionista; l) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiocranariografia); m) videoendoscopia diagnóstica; n) sialografia; o) tococardiografia; p) exames com Diretriz de Utilização (DUT), conforme regulamentação da ANS. A lista completa dos exames especiais está disponível no portal da Cemig Saúde.

EX-BENEFICIÁRIO: aquele que não possui mais vínculo com a Operadora de planos de saúde.

EX-EMPREGADO: é aquele beneficiário titular que, em virtude de vínculo empregatício com a Patrocinadora, tenha contribuído para o custeio do plano de saúde enquanto a este vinculado por relação empregatícia e que tenha sido demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado.

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO: é o documento que integra o presente contrato para todos os efeitos legais, a ser preenchido pelo beneficiário contratante que expressa a constituição jurídica das partes, especifica as condições comerciais do contrato e no qual o beneficiário se manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.

GUIA DA REDE CREDENCIADA: é a relação de prestadores de serviços de saúde disponibilizados aos beneficiários do plano de saúde - que deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado - que está publicada

no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) e por meio do aplicativo desta Operadora, ambos atualizados periodicamente.

GRUPO FAMILIAR: formado pelo beneficiário titular e seus respectivos dependentes.

HOSPITAL DIA: 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.

HOSPITAL DIA PARA TRANSTORNOS MENTAIS: recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação psiquiátrica convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios, fora da rede credenciada, que possuem tabelas próprias de preços ou negociações acima dos valores praticados pela Cemig Saúde, tanto para diárias e taxas como para honorários médicos e procedimentos, materiais e medicamentos, para os quais não há cobertura no presente Regulamento.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: modalidade de internação que requer permanência na instituição por período superior a 12 (doze) horas, mediante as necessidades do quadro clínico do beneficiário quanto ao tratamento proposto pelo médico assistente.

LEITO DE ALTA TECNOLOGIA: é a acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, coronariana, pediátrica ou neonatal, unidades de isolamento, terapia respiratória e terapia de pacientes queimados.

LISTA DE PROCEDIMENTOS E PREÇOS DA CEMIG SAÚDE - LPP: disponível no site www.cemigsaude.org.br, que poderá ser utilizada para referência dos valores dos procedimentos para reembolso de livre escolha, quando houver, ou mesmo para referência na cobrança de coparticipação para os casos em que esta não puder ser calculada em percentual, em decorrência da negociação realizada com a rede credenciada.

LIVRE ESCOLHA: acesso e atendimento realizado por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos pelo beneficiário, não integrantes da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica quando aplicável.

MÉDICO ASSISTENTE: o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e/ou procedimentos realizados.

MÉDICO CREDENCIADO: médico pertencente à lista de profissionais credenciados pela Cemig Saúde.

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: definição da mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para empregados, o que não inclui preços.

NOVO EMPREGO: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

OPERADOR DE DADOS: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador. Para a execução deste contrato, haverá necessidade de compartilhamento de dados com operadores determinados, quando serão estabelecidos padrões de segurança de dados, nos termos da legislação de proteção de dados vigente.

ÓRTESE: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, considerando-se como não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PARTO A TERMO: aquele que ocorre a partir de 38 semanas de gestação.

PÓS-PARTO IMEDIATO: nos termos da legislação vigente da ANS, entende-se por pós-parto o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

PATROCINADORA: Empresa contratante responsável financeira pelo pagamento dos valores devidos à Operadora de saúde.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC): constituído pelos procedimentos assim identificados em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que podem ser objeto de Cobertura Parcial Temporária - CPT nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes - DLP. Dentre os procedimentos de alta complexidade estão: a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, a hemodiálise, quimioterapia, cateterismo cardíaco. A lista completa dos procedimentos de alta complexidade (PAC) está disponível no portal da Cemig Saúde.

PRÓTESE: é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

REDE CREDENCIADA: É o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos e outros profissionais de saúde, consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais, indicados pela Cemig Saúde para atendimento aos beneficiários, nos moldes da cobertura estabelecida neste Regulamento.

REGULAMENTO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada às pessoas jurídicas denominadas Patrocinadoras, por relação empregatícia e/ou estatutária.

REGULAMENTO COLETIVO PARA AUTOPATROCINADOS: instrumento de assistência à saúde firmado pelas Patrocinadoras para os seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, conforme disposições da ANS.

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: pessoa física que assume o compromisso de custear as contraprestações ou contribuições do plano de saúde junto à Cemig Saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: cobertura mínima obrigatória, definida pela ANS, que deve ser garantida pela operadora de planos privados de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada.

SERVIÇOS OPCIONAIS: referem-se a outros serviços que podem ser contratados, por definição da Cemig Saúde, como o plano odontológico e transporte aero médico, por exemplo.

TELECONSULTA: é a consulta médica não presencial, mediada por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação - TDICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços.

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como complemento ou não ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que

podem ser subdivididas em sessões, as quais estão sujeitas a exigência de coparticipação.

TITULAR DE DADOS: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.

TRANSFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DADOS: transferência de dados pessoais para país estrangeiro ou organismo internacional do qual o país seja membro.

TRATAMENTO DE DADOS: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

USO COMPARTILHADO DE DADOS: comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicos no cumprimento de suas competências legais, ou entre esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados.

CAPÍTULO IV - DA LEGITIMIDADE DA PATROCINADORA E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS

Art.12 O plano PREMIUM RIO DE JANEIRO PATROCINADO é composto pelas seguintes categorias:

- I- Patrocinadoras;
- II- Beneficiários Patrocinados;
- III- Beneficiários Dependentes (Diretos).

Art.13 São Patrocinadoras:

- I- Companhia Energética de Minas Gerais – Cemig, nome fantasia EST UNIF, inscrita no CNPJ sob o nº. 17.155.730/0001-64, localizada na

Av. Barbacena, nº. 1.200, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.

- II- Cemig Geração e Transmissão S.A, nome fantasia Cemig GT, inscrita no CNPJ sob o nº. 06.981.176/0001-58, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, 12º andar – Ala B1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.
 - III- Cemig Distribuição S.A, nome fantasia Cemig D, inscrita no CNPJ sob o nº. 06.981.180/0001-16, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, 17º andar – Ala A1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.
 - IV- Companhia de Gás de Minas Gerais, nome fantasia Gasmig, inscrita no CNPJ sob o nº. 22.261.473.0001-85, localizada na Av. do Contorno, nº. 6.594, 10º. andar, bairro Funcionários, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30110-044.
 - V- Cemig Saúde, já qualificada neste Instrumento.
 - VI- Fundação Forluminas de Seguridade Social, nome fantasia Forluz, inscrita no CNPJ sob o nº. 16.539.926/0001-90, localizada na Av. do Contorno, nº. 6.500, 3º. e 4º. andares, bairro Funcionários, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30110-044.
 - VII- Sá Carvalho S/A, inscrita no CNPJ sob o nº. 03.907.799/0001-92, localizada na Av. Barbacena, nº. 1200, 12º andar, Ala 2, Parte 3, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.
 - VIII- Cemig Soluções Inteligentes em Energia S.A – CEMIG SIM, inscrita no CNPJ sob o nº. 04.881.791/0001-67, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, 14º andar – Ala A 1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-924.
- §1º O Conselho Deliberativo da Cemig Saúde poderá admitir novas patrocinadoras na forma da Lei, bem como deliberar a retirada daquelas que deixarem de cumprir os requisitos para se manterem nessa condição.
- §2º Considera-se patrocinadora a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração, em virtude de vínculo empregatício.

§3º Considera-se patrocinadora de um determinado grupo familiar a empresa com a qual o beneficiário mantém ou manteve vínculo empregatício.

§4º O grupo familiar será considerado patrocinado até que a patrocinadora envie a comunicação à Cemig Saúde sobre o falecimento do beneficiário titular e a opção expressa de permanência do grupo familiar no plano de saúde, inclusive com assunção da responsabilidade financeira integral das contribuições. A partir dessa informação, a Cemig Saúde providenciará, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas úteis, a migração do grupo familiar para a categoria dos autopatrocinados.

Art.14 Os beneficiários da Cemig Saúde vinculados a este regulamento enquadram-se em uma das seguintes classificações a seguir:

I- Beneficiário patrocinado – aquele que estiver em uma das seguintes condições:

- a) Empregado em atividade ou diretor de patrocinadora;
- b) Empregado em gozo de auxílio-doença;
- c) Empregado licenciado ou cedido, com remuneração, pela respectiva patrocinadora por interesse desta;
- d) Respectivos dependentes daqueles listados nas alíneas anteriores.

II- Beneficiário autopatrocinado:

- a) Ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa;
- b) Ex-empregado aposentado ou assistido;
- c) Respectivos dependentes dos beneficiários mencionados nas alíneas “a” e “b” deste item;
- d) Dependentes especiais de quaisquer beneficiários, mesmo que patrocinados;
- e) Grupo familiar de titular falecido.

Parágrafo Único. Para ser considerado autopatrocinado, o beneficiário titular deve ter sido previamente vinculado a uma das patrocinadoras listadas

no artigo 13 deste Regulamento e caso permaneça como beneficiário da Cemig Saúde, deverá seguir o disposto em Regulamento próprio.

Art.15 Os dependentes diretos e os dependentes especiais são as pessoas inscritas no plano de saúde pelo beneficiário titular, conforme classificação disposta neste regulamento.

Parágrafo Único. Sobre os dependentes especiais, eles serão informados pelo beneficiário titular e, a partir de então, assumindo a responsabilidade financeira junto à Cemig Saúde e vinculados às regras de Regulamento próprio.

Art.16 São obrigações das Patrocinadoras:

- I- Efetuar o pagamento da contribuição do plano de saúde para o empregado ativo e seus respectivos dependentes diretos;
- II- Realizar o desconto, em folha de pagamento de seus empregados inscritos no plano de saúde e respectivos dependentes diretos, das coparticipações devidas, repassando-as à Cemig Saúde, conforme disposto neste Regulamento.
- III- Acompanhar, junto à Cemig Saúde, o desempenho do plano de saúde.
- IV- Fornecer a relação dos beneficiários e realizar a inscrição junto à Cemig Saúde informando os dados cadastrais e funcionais dos beneficiários titulares e respectivos dependentes, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela Cemig Saúde, bem como os comprovantes de vinculação do beneficiário titular com a Patrocinadora contratante, atendendo aos requisitos de segurança e proteção dos dados exigidos pela Cemig Saúde.
- V- Enviar as atualizações relacionadas ao cadastro dos seus empregados e respectivos dependentes, e-mails dos beneficiários, assim como endereços residenciais e demais dados, nos moldes requeridos pela Cemig Saúde, sempre que houver alteração ou quando solicitado pela Operadora.
- VI- Comunicar à Cemig Saúde, por escrito ou por meio eletrônico, as exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, especialmente quando do falecimento dos referidos beneficiários.

- VII- A Patrocinadora, em parceria com a Cemig Saúde, deverá diligenciar para a obtenção de todo consentimento – quando por esta solicitado - de beneficiário, necessário para a execução deste contrato, quando a Cemig Saúde exercer atividade de CONTROLADORA DE DADOS PESSOAIS.
- VIII- Comunicar, imediatamente à Cemig Saúde, a perda da elegibilidade para figurar como Patrocinadora.

Parágrafo Único. As informações mencionadas no inciso V acima deverão ser acompanhadas dos respectivos documentos comprobatórios, sob pena de não serem efetivadas as atualizações cadastrais pela Cemig Saúde.

Art.17 São direitos das Patrocinadoras:

- I- Receber, sempre que solicitado, todos os relatórios de utilização emitidos pela Cemig Saúde, dos beneficiários patrocinados, com base no direito da patrocinadora de gerir o contrato, conferir os valores pagos, elaborar programas de atenção à saúde, em especial os ocupacionais, conferir resultados financeiros do contrato para negociação de reajustes de contribuição, sendo a patrocinadora responsável pelos dados e pelas decisões a seu respeito, nos termos da legislação pertinente, não cabendo responsabilidade à Cemig Saúde em razão das atividades perpetradas pela patrocinadora a eles relacionados.

Parágrafo Único. Os dados constantes nos relatórios mencionados no inciso acima não podem conter dados de saúde dos beneficiários, classificados pela Lei 13.709/2018 como dados sensíveis.

Art.18 São obrigações de cada um dos beneficiários, dentre outras:

- I- Manter-se informado sobre o regulamento do plano de saúde, zelando por sua correta aplicação.
- II- Comunicar à Patrocinadora o cancelamento do plano, enquanto titular e também como responsável pelos seus dependentes e dependentes especiais. Este cancelamento poderá ocorrer por liberalidade do titular ou quando ocorrer qualquer alteração na situação do titular ou de seus dependentes e dependentes especiais, que altere requisitos estabelecidos neste Regulamento

como, por exemplo, estado civil, união estável, emancipação, renda, mudança de categoria.

- III- Deixar de utilizar imediatamente o cartão digital, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes ou dependentes especiais, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o plano de saúde, bem como se responsabilizando pelo pagamento das despesas decorrentes do uso indevido realizado após o cancelamento;
 - IV- Prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a avaliação médica ou exames, quando solicitados pela Cemig Saúde, respeitadas as diretrizes regulatórias.
 - V- Efetuar a atualização dos dados pessoais do titular e todos os seus dependentes inscritos, apresentando todas as informações e documentos necessários para cumprimento das legislações específicas em vigor. Comunicar, nos canais oficiais da Cemig Saúde, versões mais recentes dos dados para contato, a fim de viabilizar uma comunicação eficiente.
 - VI- Consultar, regularmente, todas as informações do seu plano, por meio do portal ou outros canais disponibilizados pela Cemig Saúde.
 - VII- Efetuar inscrições no plano como titular bem como de seus dependentes, responsabilizando-se por informar à Cemig Saúde os dados cadastrais e fornecer os documentos obrigatórios para efetivar a (s) inclusão (ões), informando ainda os dados do responsável financeiro, quando se tratar de inscrição de dependentes especiais.
 - VIII- Informar os dados do representante legal, no caso de menores de idade, condição essa imprescindível para que seja executada a inclusão deste dependente no plano de saúde.
 - IX- Disponibilizar toda documentação solicitada pela Operadora, quando necessário realizar alguma comprovação que consubstancie algum pedido feito à Cemig Saúde.
- §1º No caso do disposto no inciso II, a patrocinadora ficará a responsável pelo repasse dos valores de contribuições e coparticipações dos

empregados patrocinados juntamente com o seu grupo familiar, ou seja, incluindo os dependentes diretos e especiais.

- §2º Será restrito ao titular do plano as solicitações de documentos e informações confidenciais, inclusões, exclusões e demais requerimentos que envolvam tratamento de dados pessoais ou sensíveis, seus e de seus dependentes, salvo se for apresentada procuração válida ou curatela outorgando poderes para um terceiro.
- §3º A Cemig Saúde poderá acionar qualquer beneficiário, por meio dos contatos registrados no sistema da Operadora pelo beneficiário titular, sobre a necessidade de atualização cadastral.
- §4º Caso o beneficiário não efetue a atualização cadastral e, mesmo após acionado pela Cemig Saúde, em 03 (três) tentativas de contato sem sucesso para este fim, será considerada ausência da atualização necessária e, portanto, omissão do beneficiário.
- §5º Além da omissão ou recusa em prestar informações solicitadas pela Operadora, conforme tratado no parágrafo anterior, são consideradas faltas por parte do beneficiário:
- I- Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento, respeitadas as diretrizes regulatórias.
 - II- Não apresentar documentação solicitada pela Operadora, nos prazos estipulados por esta, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos.
 - III- Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado.
 - IV- Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais.
 - V- Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros, ficando sujeito à responsabilização por todas as consequências e, comprovada a fraude, a exclusão do respectivo beneficiário.
 - VI- Falsificar ou adulterar documentos e/ou dados.

§6º No caso em que a ação ou omissão do beneficiário, devidamente comprovada implique em prejuízo para o plano de saúde, este deverá ser ressarcido, pelo beneficiário, das despesas incorridas, acrescidas de encargos financeiros correspondentes à variação positiva do INPC mais juros de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis.

§7º A comprovação da União estável deverá ocorrer pelas seguintes formas:

- I- Decisão judicial proferida em ação de reconhecimento de união estável;
- II- Declaração pública de união estável, firmada em cartório competente.

Art.19 São direitos dos beneficiários:

- I- Acompanhar o desempenho do plano de saúde, por meio das publicações realizadas pela Operadora e informações divulgadas em seus canais oficiais.
- II- Recorrer, formalmente, a todos os canais disponibilizados pela Cemig Saúde para apresentar questões relativas ao seu plano de saúde, apresentando suas razões de forma clara e fundamentada.
- III- Obter informações relativas aos seus processos e às despesas realizadas com sua assistência, conforme determinado pela ANS.
- IV- Encaminhar sugestões, denúncias e críticas à Cemig Saúde através da Ouvidoria e demais canais próprios da Operadora.

Art.20 Qualquer um dos beneficiários do plano de saúde está sujeito às penalidades de advertência escrita, suspensão ou cancelamento da inscrição por faltas cometidas, conforme disposto neste Regulamento, respeitadas as diretrizes regulatórias e legislação vigente.

CAPÍTULO V - DA INSCRIÇÃO

Seção I - Da inclusão e manutenção dos beneficiários

Art.21 Poderá inscrever-se como beneficiário patrocinado do plano de saúde todo aquele que se enquadrar nas condições previstas neste Regulamento.

- §1º O beneficiário patrocinado terá a contribuição integralmente custeada pela Patrocinadora em produto definido por esta e, caso opte por aderir a outro produto, será integralmente responsável pelo custeio da diferença entre os produtos em questão, bem como de seus respectivos dependentes, cuja forma de pagamento será acordada com a Patrocinadora.
- §2º O beneficiário que perder o vínculo com a patrocinadora por motivo de aposentadoria concedida pela previdência social, que seja beneficiário de plano complementar junto à Forluz, ou que tenha sido demitido ou exonerado sem justa causa, poderá manter-se no plano de saúde por prazo indeterminado, na condição de beneficiário auto patrocinado, conforme valores definidos neste regulamento.
- §3º Além do direito de inscrição e manutenção no plano de saúde, é assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado/assistido e seus respectivos dependentes/dependentes especiais 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, em outras operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.
- §4º O beneficiário que perder o vínculo com a respectiva patrocinadora, em virtude de demissão ou exoneração por justa causa, não poderá manter-se no plano de saúde da Cemig Saúde, mesmo que na qualidade de Autopatrocinado.
- §5º O direito de permanência no plano de saúde dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à Patrocinadora, quando o beneficiário até então patrocinado se manifestar expressamente no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados:
- a) Da comunicação da patrocinadora sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da rescisão do contrato de trabalho, para o demitido ou exonerado sem justa causa.

- b) Do início da cessão ou da licença, para o cedido ou licenciado, que deverá ser comunicado formalmente pela Patrocinadora.

Art.22 A inscrição prévia como beneficiário é requisito indispensável para o direito à percepção de qualquer benefício do plano de saúde.

§1º O requerimento de inscrição como beneficiário será feito por meio de formulário próprio fornecido pela Cemig Saúde, devidamente instruído com os documentos por ela exigidos.

§2º A Cemig Saúde não se responsabilizará pelos resultados de preenchimento e envio das informações, caso o sistema seja afetado por algum tipo de programa externo, ou aqueles normalmente conhecidos como "vírus", por falha de operação ou operação por pessoas não autorizadas, bem como pelos danos ou prejuízos decorrentes de decisões administrativas, gerenciais ou comerciais tomadas com base nas informações fornecidas pela Patrocinadora ou beneficiário.

Art.23 O beneficiário titular, que esteja ativo no plano de saúde, poderá inscrever como seu DEPENDENTE DIRETO, desde que documentalmente comprovado o vínculo com o beneficiário titular, conforme rol taxativo a seguir:

- I- Cônjuge ou companheiro (no caso de união estável, devidamente comprovada).
- II- Filho natural, adotivo ou enteado até que complete 23 (vinte e três) anos e 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade.
- III- Menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular, até que complete 18 (dezoito) anos de idade.

§1º O beneficiário titular poderá alterar a relação de dependentes por ele inscritos, dentro do elenco taxativo do "caput" deste artigo, não podendo haver mais de um dependente na categoria cônjuge/companheiro.

§2º Considera-se companheiro (a) a pessoa que mantém união estável com o (a) beneficiário (a), de acordo com a legislação vigente, sendo os critérios de comprovação: (i) decisão judicial proferida em ação de

reconhecimento de união estável; (ii) declaração pública de união estável, firmada em cartório competente.

§3º Qualquer dependente que não se enquadrar no elenco taxativo do “caput” deste artigo, somente poderá ser inscrito como dependente especial, na forma e condições dispostas neste Regulamento.

Art.24 O beneficiário titular poderá inscrever como seu DEPENDENTE ESPECIAL, conforme lista referenciada no Capítulo III.

§1º A partir do momento em que houver a inscrição, o dependente especial passa a exercer responsabilidade financeira, ficando sujeito às obrigações perante a Cemig Saúde, conforme regras dispostas no regulamento que trata dos beneficiários autopatrocinado.

§2º Nos casos das categorias de beneficiários dependentes especiais, listados no mencionado Capítulo III, observado qualquer desequilíbrio econômico-financeiro, a Cemig Saúde, por liberalidade, poderá bloquear as novas inclusões.

§3º Equipara-se a filho o enteado enquanto o seu progenitor (a) permanecer inscrito no plano de saúde.

§4º Equipara-se a neto o filho do enteado do beneficiário titular, obedecidas às demais normas regulamentares.

Art.25 A inscrição dos dependentes diretos neste Regulamento fica condicionada à participação do beneficiário titular, ressalvados os casos de direito de manutenção na qualidade de autopatrocinado, em caso de óbito do titular.

§1º A data de início de vigência da inscrição no plano de saúde, para cada beneficiário, é a mesma em que foi firmada a adesão, inclusive para contagens de período de carência, se houver.

§2º Não se admitirá antecipação de pagamento das contribuições para fins de redução dos períodos de carência.

Art.26 O dependente direto ou especial, inscrito na forma deste Regulamento, no momento do falecimento do beneficiário titular, manterá sua inscrição desde que formalize o interesse em manter-se como beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias, e assuma integralmente a responsabilidade pelo pagamento da contribuição. Quando se tratar de menor de idade, ficará

a cargo do responsável legal formalizar o interesse em questão, bem como assumir o papel de responsável financeiro.

- §1º Ficará responsável pelo pagamento das contribuições do plano de saúde previsto neste Regulamento o beneficiário dependente que for classificado como responsável financeiro, ficando os demais como dependentes diretos ou dependentes especiais de acordo os com as regras deste Regulamento, respeitando-se os limites de idade estabelecidos.
- §2º Para definição do novo beneficiário titular, deverá ser observada a seguinte prioridade:
- a) Cônjuge ou companheiro.
 - b) Dependente mais velho, exceto inválido.
 - c) Dependente especial mais velho.
- §3º O dependente incapaz e/ou menor assumirá excepcionalmente a titularidade na ausência de um membro capaz no grupo familiar, desde que devidamente assistido por um representante legal.
- §4º O dependente é obrigado a apresentar, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, o termo disponibilizado pela Cemig Saúde assinado assumindo a responsabilidade financeira e obrigações contratuais sob pena de ser efetivada a exclusão do grupo familiar.
- §5º Caso o beneficiário titular deseje excluir algum dos seus dependentes, deverá ser observado o seguinte critério:
- I- Caso exista ex-cônjuge ou ex-companheiro na categoria de dependente especial, que não seja beneficiário da Previdência/ Forluz, este poderá permanecer no plano de saúde como Autopatrocinado.
 - II- A exclusão de dependente direto somente poderá ser solicitada por beneficiário titular, podendo ser realizada presencialmente, por meio de atendimento telefônico ou ainda por meio da página da operadora na internet, e será formalizada pela Cemig Saúde em e-mail a ser enviado ao solicitante.

- III- No caso do dependente especial, além do beneficiário titular esse dependente também poderá requerer a sua exclusão do plano de saúde, por meio de atendimento telefônico ou ainda por meio da página da operadora na internet, e será formalizada pela Cemig Saúde em e-mail a ser enviado ao solicitante.
- §6º Após o óbito do beneficiário titular, poderão ser incluídos exclusivamente seus filhos e netos, de acordo com as condições estabelecidas neste Regulamento.
- §7º Em nenhuma hipótese será considerado mais de um grupo familiar para um beneficiário falecido.

CAPÍTULO VI – DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE

Art.27 O beneficiário patrocinado, que deixar de atender as condições exigidas para sua manutenção, será excluído deste Regulamento, cabendo à respectiva Patrocinadora solicitar por escrito a exclusão dos beneficiários a ela vinculados, por meio eletrônico, conforme seguintes situações:

- a) Perda do vínculo do beneficiário titular com a patrocinadora;
 - b) Quando ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano de saúde;
 - c) Falecimento do beneficiário patrocinado, após a comunicação do fato à Cemig Saúde pela patrocinadora;
 - d) Perda da qualidade de beneficiário dependente direto, conforme requisitos do presente Regulamento;
 - e) No caso fraude e inadimplência, observadas as regras neste Regulamento.
- §1º A comunicação de que trata a alínea "c" acima, deve ocorrer em, no máximo, 72 (setenta e duas) horas do óbito, sob pena de serem apurados eventuais prejuízos à Operadora e cobrados do responsável pelo grupo familiar.

- §2º A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s), mas estes podem optar pela permanência como autopatrocinados caso manifestem esta intenção no prazo máximo de 30 (trinta) dias diretamente à Cemig Saúde.
- §3º A comunicação para a Cemig Saúde sobre o falecimento do beneficiário é obrigação da Patrocinadora com a qual o beneficiário mantinha vínculo e, até que o faça formalmente, esta permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde e de seus dependentes diretos.
- §4º A Patrocinadora deverá informar ao (s) beneficiário(s) sobre sua (s) obrigação(s) de deixar de utilizar imediatamente o cartão digital, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes, sob pena de arcar integralmente com quaisquer débitos então existentes com o plano de saúde e com as despesas decorrentes do uso indevido realizado após o cancelamento.
- §5º A Patrocinadora deverá, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido efetuado pelo beneficiário titular para a sua exclusão ou a de seu(s) dependente(s), comunicar formalmente a Cemig Saúde o recebimento da aludida solicitação. Somente após ultrapassados o prazo de 30 (trinta) dias é que o beneficiário poderá requerer a sua exclusão ou de seus dependentes diretamente na Cemig Saúde.
- §6º A exclusão do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s) terá efeito imediato a partir da ciência pela Cemig Saúde, nos termos do que dispõe a Resolução Normativa – RN 412/2016 da ANS, e suas eventuais posteriores modificações, cujas disposições deverão ser cumpridas na execução do presente Regulamento.
- §7º Para proceder com a solicitação de exclusão de um beneficiário patrocinado que esteja ativo do plano de saúde, caberá à Patrocinadora, obrigatória e expressamente, informar à Cemig Saúde:
- I- Se o beneficiário foi excluído a pedido, por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

- II- Se o beneficiário demitido sem justa causa se trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na patrocinadora após a aposentadoria.
- III- Se o ex-empregado optou formalmente pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.
- IV- Se o ex-empregado manterá seus dependentes inscritos no plano de saúde.

§8º Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários do plano de saúde, mediante comprovação de que o beneficiário foi comprovadamente comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN nº 279/2011, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art.28 A utilização dos serviços contratados durante o período de exclusão ou de carência, implica no dever do beneficiário ou seus responsáveis, de pagar à Cemig Saúde o respectivo custo operacional pela utilização do plano, incluídos todos os valores decorrentes desta utilização, sem prejuízo do direito de cobrança das contribuições mensais.

Seção I – Do direito de permanência dos demitidos sem justa causa, aposentados e assistidos

Art.29 Conforme legislação vigente, é assegurado ao beneficiário titular, em decorrência de seu vínculo empregatício com alguma das Patrocinadoras, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter-se como beneficiário, inclusive do seu grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade/ contribuição. Esta opção de permanência deverá ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca ao ex-empregado, pela Patrocinadora, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio.

§1º Mesmo que o beneficiário ex-empregado não tenha contribuído para o plano de saúde, a Patrocinadora, por liberalidade, poderá assegurar a sua permanência desde que este assuma integralmente a responsabilidade financeira pela contribuição, enquadrando-se na modalidade de beneficiário auto patrocinado.

§2º O período de manutenção da condição de beneficiário autopatrocinado será indeterminado.

Art.30 Conforme legislação vigente, é assegurado ao aposentado que contribuir para o plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício o direito de manter-se como beneficiário, inclusive do seu grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho, por tempo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade/ contribuição. Esta opção de permanência deverá ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca da Patrocinadora sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano, formalizado no ato da comunicação da aposentadoria.

§1º Independentemente do prazo que o beneficiário permanecer ativo no plano de saúde como patrocinado, a Patrocinadora, por liberalidade, assegurará a permanência dos beneficiários por prazo indeterminado desde que este assuma integralmente a responsabilidade financeira pela contribuição, enquadrando-se na modalidade de beneficiário autopatrocinado.

§2º Cada uma das Patrocinadoras deve garantir para o empregado aposentado que permaneça trabalhando e venha posteriormente a se desligar, o direito à sua manutenção como beneficiário autopatrocinado, com todos os benefícios decorrentes dessa condição, previstos neste Regulamento e na legislação vigente.

Art.31 O cancelamento da inscrição do beneficiário importará, automaticamente, na caducidade dos direitos inerentes à qualidade de ex-empregado demitido ou aposentado.

§1º O cancelamento também acarretará, imediata e automaticamente, independentemente de qualquer notificação, a caducidade dos direitos relativos aos seus dependentes diretos, ressalvada a hipótese de

cancelamento por motivo de falecimento, em que haverá direito de permanecerem no plano de saúde, nos termos estabelecidos no presente Regulamento.

- §2º Não caberá devolução de quaisquer quantias pagas pelo beneficiário auto patrocinado a título de contribuição ao plano de saúde em data anterior ao cancelamento de sua inscrição.

Seção II – Da extensão ao grupo familiar

Art.32 A manutenção da condição de beneficiário ex-empregado demitido ou aposentado prevista neste Regulamento é extensiva ao seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

- §1º O direito de permanência dos beneficiários dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular está restrito às mesmas condições pactuadas para a permanência do beneficiário ex-empregado.
- §2º O ex-empregado, na condição de beneficiário titular, assumirá a responsabilidade pelo pagamento do valor integral das mensalidades de todo o seu grupo familiar.
- §3º Durante a permanência de que trata este artigo, o beneficiário ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos, respeitados os trâmites de inclusão de beneficiários e os prazos de carência estipulados no presente contrato.
- §4º Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes que já estiverem inscritos, quando da extinção do contrato de trabalho, nos termos dispostos neste Regulamento, devendo a Patrocinadora com o qual aquele tenha vínculo apresentar à Cemig Saúde o termo de opção do beneficiário ex-empregado que discrimine a relação dos dependentes que serão mantidos nessa condição.

CAPÍTULO VII – DAS RECEITAS, REAJUSTE E REVISÃO DE VALORES

Seção I – Dos preços e condições de pagamento

Art.33 O plano de saúde previsto neste Regulamento será custeado conforme a seguir destacado:

- I- Contribuição integral ou parcial pela Patrocinadora, conforme informado no Formulário de Inclusão - para custeio dos planos escolhidos por esta para atender os beneficiários que sejam empregados ativos e dos respectivos dependentes diretos;
- II- Contribuição parcial do plano ao qual o beneficiário e seus dependentes encontram-se vinculados, caso a contribuição pela Patrocinadora também seja parcial, conforme informado no Formulário de Inclusão;
- III- Contribuição integral da diferença, pelo beneficiário titular, caso este escolha para si e seus dependentes produto distinto do ofertado pela Patrocinadora;
- IV- Custeio integral pelos beneficiários que se enquadrem na categoria beneficiário auto patrocinado;
- V- Custeio integral da coparticipação por quaisquer dos beneficiários.

Art.34 Cada uma das patrocinadoras e seus respectivos beneficiários, conforme previsto no artigo anterior, obrigam-se a pagar à Cemig Saúde, em pré-pagamento, por meio de emissão dos documentos de cobrança, as obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços: a soma das contribuições correspondentes a cada faixa etária dos beneficiários titulares e dependentes inscritos neste Regulamento e constantes nos Formulários de Inclusão, taxas de inscrição ou de eventuais valores de coparticipação decorrentes de utilização, multas, juros e correção monetária, quando for o caso.

§1º Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil

subsequente, sem que haja qualquer penalização às Patrocinadoras e aos beneficiários.

- §2º A fatura de mensalidade emitida pela Cemig Saúde a ser enviada às Patrocinadoras será baseada na comunicação de movimentação de pessoal enviada por estas, e contemplará as movimentações (inclusão e exclusão de beneficiários, serviços opcionais) vigentes no ato do Fechamento do Cadastro (período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações ocorridas e contempladas na fatura de referência). Movimentações com vigência posterior ao fechamento de Cadastro serão contempladas em fatura posterior.
- §3º Os beneficiários patrocinados deverão arcar com eventuais valores de coparticipação decorrentes da utilização do plano de saúde, exceto se a Patrocinadora responsabilizar-se pelo pagamento, sendo tais questões internas na Patrocinadora, permanecendo esta a responsável pelo pagamento do total devido à Cemig Saúde.
- §4º O inadimplemento das obrigações da Patrocinadora acarretará a inclusão dos seus dados nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados), além de sujeitar, a critério da Cemig Saúde, a suspensão total dos atendimentos e, inclusive, a rescisão do contrato, por sua culpa, conforme abaixo.
- I- Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal incidente sobre o valor do débito ou, ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.
 - II- O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, facultará à Cemig Saúde a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior e sem prejuízo do direito da Operadora denunciar o contrato.
- §5º Os beneficiários patrocinados deverão arcar com eventuais valores de coparticipação decorrentes da utilização do plano de saúde.

Seção II – Reajuste e revisão de valores

Art.35 As receitas e despesas do plano de saúde previsto neste Regulamento serão acompanhadas periodicamente pela Cemig Saúde, por meio de avaliação atuarial, a fim de determinar a necessidade de alteração em seu custeio.

§1º Os valores das contribuições e coparticipações serão reajustados anualmente, no mês de aniversário deste Regulamento, por meio do INPC e aplicação de reajuste técnico. Ainda, por recomendação atuarial, é permitida a livre negociação entre as Patrocinadoras e a Cemig Saúde, concomitantemente ao índice previsto neste parágrafo.

§2º As coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos das coparticipações fixadas em percentual), estabelecidas no Formulário de Inclusão do presente Regulamento serão reajustadas anualmente, no mês de aniversário deste instrumento, pelo INPC, permitida ainda a livre negociação entre as Patrocinadoras e a Cemig Saúde, concomitantemente ao índice prevista no parágrafo anterior.

§3º Na hipótese de o INPC acumulado ser inferior a zero (negativo), poderá haver reajuste anual por livre negociação entre as Patrocinadoras e a Cemig Saúde.

§4º Independentemente da data de adesão dos beneficiários, os valores de suas contribuições mensais terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário do presente Regulamento, entendendo esta como data base única.

§5º Toda revisão no custeio e reajuste das contribuições serão comunicadas à ANS, na forma prevista na legislação.

§6º Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas vigentes estabelecidas pela ANS, será respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no convênio de adesão.

Art.36 A contribuição mensal de cada beneficiário deste Regulamento será calculada com base nas tabelas constantes do Formulário de Inclusão,

preenchido e entregue ao beneficiário quando de sua adesão ao presente instrumento.

Parágrafo Único. As contribuições dos beneficiários patrocinados, incluídas as relativas aos respectivos dependentes diretos e dependentes especiais, serão descontadas em folha de pagamento de salários pelas Patrocinadoras e repassadas mensalmente para a Cemig Saúde.

Art.37 As contribuições mensais das patrocinadoras vencem no primeiro dia útil de cada mês, data até a qual devem ser pagas ou repassadas à Cemig Saúde.

Parágrafo Único. A Cemig Saúde se reserva o direito de cobrar ou compensar os débitos não quitados pelas Patrocinadoras e pelos beneficiários por todos os meios legais cabíveis, judiciais e extrajudiciais, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

Art.38 Os beneficiários estão obrigados, ainda, ao pagamento das coparticipações estipuladas neste Regulamento e nos respectivos Formulários de Inclusão, sujeitando-se, em caso de atraso, aos mesmos encargos definidos na hipótese de atraso das contribuições mensais.

Art. 39 Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior à anualidade, esses serão aplicados imediatamente a este Regulamento.

Seção III – Das faixas etárias

Art.40 As contribuições são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, as contribuições serão aumentadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	PREMIUM
0 a 18	0,00%
19 a 23	15,47%
24 a 28	16,00%
29 a 33	32,00%
34 a 38	20,00%
39 a 43	14,00%
44 a 48	18,00%
49 a 53	17,00%
54 a 58	32,30%
59 ou +	35,59%

- Art.41 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no artigo anterior e não se confundem com o reajuste disciplinado nos artigos referentes a "Reajuste e Revisão de Valores".
- Art.42 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.
- Art.43 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas etárias.

Seção IV – Penalidades pelo atraso dos pagamentos

- Art.44 Ocorrendo impontualidade no pagamento das contribuições e coparticipações, seja pela Patrocinadora, seja pelo beneficiário, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.
- §1º O atraso no pagamento das contribuições e coparticipações acarretará juros de mora de 1% ao mês, calculados dia a dia, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.
- §2º Além das penalidades descritas no parágrafo anterior, poderão ser cobrados do devedor o ressarcimento por eventuais perdas e danos,

honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

Art.45 O inadimplemento das obrigações financeiras acarretará a inclusão dos dados do inadimplente nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados).

Parágrafo Único. A Cemig Saúde se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados pelos beneficiários por todos os meios legais cabíveis, judiciais e extrajudiciais, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito, sendo permitida a aplicação de condições especiais de quitação, aprovadas previamente pelo Conselho Deliberativo.

Art.46 O atraso no pagamento da contribuição por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste Regulamento, facultará à Cemig Saúde a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo do direito da Cemig Saúde de rescindir o presente Regulamento.

§1º A utilização dos serviços contratados durante o período de suspensão, rescisão ou de carência implica no dever de pagar à Cemig Saúde o respectivo custo operacional, incluído todos os custos com a assistência, sem prejuízo do direito de cobrança das contribuições em aberto.

§2º As Patrocinadoras e beneficiários estão cientes e concordam com o fato de que em caso suspensão ou extinção do presente Regulamento, poderão receber faturas de utilização anteriores ao fim deste instrumento, até o limite temporal acima descrito, em virtude dos atendimentos por reciprocidade realizados por outras operadoras parceiras da Cemig Saúde, comprometendo-se a arcar com os valores que a ela forem devidos.

§3º Caso não sejam devolvidos os cartões de identificação, conforme requerido neste Regulamento, e haja utilização indevida por beneficiários inscritos ou haja beneficiário internado que não possa, por critério médico ou determinação judicial ser transferido/ removido, as Patrocinadoras ou os beneficiários, quando for o caso, se responsabilizarão pelo pagamento dos valores que lhe forem

faturados, em custo operacional, relacionados a estes eventos, remetendo a Cemig Saúde a estes as justificativas da cobrança.

CAPÍTULO VIII – DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art.47 O presente Regulamento dispõe sobre a cobertura, pela Cemig Saúde, das despesas com assistência à saúde de seus beneficiários e dependentes regularmente inscritos, conforme previsto neste instrumento.

Seção I - Do plano de saúde

Art.48 O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação nas internações hospitalares, hospital dia e psiquiátrica, bem como em consultas presenciais e virtuais, exames, tratamentos (terapias, sessões etc.) e procedimentos inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial, e tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e que tenha sido vinculada às Patrocinadoras por relação empregatícia ou estatutária, denominados beneficiários titulares, com a previsão de inclusão dos beneficiários dependentes e especiais, nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e deste Regulamento.

§1º Este regulamento gera direitos e obrigações para todas as partes.

§2º Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços prestados pelos profissionais de saúde credenciados e dos recursos próprios, contratados ou credenciados da Cemig Saúde, nos termos do guia da rede credenciada do plano de saúde previsto neste Regulamento, disponível no site da Operadora (www.cemigsaude.org.br), no seu aplicativo e outros meios que posteriormente venham a ser disponibilizados.

Art.49 O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

Seção II – Do cartão individual de identificação

Art.50 Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a Cemig Saúde disponibilizará o cartão individual de identificação virtual (este por meio de aplicativo ou outra funcionalidade disponibilizada pela Operadora de saúde), cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços credenciados. Cabe à Cemig Saúde o direito de adotar, a qualquer momento, novo sistema ou alterações no sistema de identificação do cartão virtual para melhor atendimento dos beneficiários e sua melhor identificação junto aos prestadores de serviços.

- §1º O cartão de identificação é PESSOAL e INTRANSFERÍVEL, podendo somente utilizar os serviços credenciados por meio dele o beneficiário nele identificado, sendo este responsabilizado por todo uso em desacordo com o presente Regulamento.
- §2º Cada um dos beneficiários se obriga, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Regulamento, ou ainda de exclusão do beneficiário titular ou dependente, a não mais utilizar os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela Cemig Saúde, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos. Nessas hipóteses, a Cemig Saúde está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário.
- §3º Considera-se uso indevido, por exemplo, a comprovada utilização desses documentos para obter atendimento por aqueles que perderam a condição de beneficiário, por qualquer motivo, ou, em qualquer hipótese, por terceiro, que não seja beneficiário, com ou sem o conhecimento deste.
- §4º As utilizações indevidas para obtenção de atendimento após a rescisão, resolução, resilição ou exclusão de beneficiário, serão faturadas ao

beneficiário ou à Patrocinadora, conforme o caso, em custo operacional.

Seção III – Das carências

Art.51 Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência, nos termos da lei	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames simples	30 (trinta) dias
Exames especiais e procedimentos	180 (cento e oitenta) dias
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Internações (clínica, cirúrgica, pediátrica e psiquiátricas)	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Parágrafo único. Os prazos de carência estipulados acima poderão sofrer alterações conforme tabela aprovada pela Diretoria Executiva da Cemig Saúde. Essa tabela, após aprovada, será divulgada pela Operadora por meio de seus canais de comunicação.

Art.52 Os prazos de carência elencados no artigo anterior serão contados a partir da adesão do beneficiário ao plano de saúde da Cemig Saúde previsto neste Regulamento.

Parágrafo Único. No caso de reinserção do beneficiário do plano de saúde, independentemente do prazo em que ficar inativo, as carências serão contadas da data da nova vinculação.

Art.53 Se o beneficiário optar pela alteração da escolha do produto oferecido pela Patrocinadora, com cobertura, rede credenciada ou acomodação superior ao referido produto, este deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização das novas coberturas, garantidas as demais carências cumpridas no contrato de origem.

Art.54 Na hipótese de a Patrocinadora realizar a inclusão de beneficiários em plano com rede (profissionais e entidades) e serviços não constantes no

plano em que anteriormente se encontravam vinculados, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da rede ou serviços acrescidos, exclusivamente.

Art.55 O beneficiário que aderir a produtos com características menos abrangentes ou queira migrar para outro produto com características mais amplas, deverá respeitar o período de carência determinado na legislação regulatória.

Art.56 No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário titular ou de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação a qualquer das patrocinadoras).

Parágrafo Único. Se em algum momento durante a vigência do presente Regulamento, quando da inclusão de beneficiário, for apurado que referido instrumento possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que se fizer sob essa condição permitirá que a Cemig Saúde exija as carências acima previstas.

Seção IV- Das doenças e lesões preexistentes (DLP)

Art.57 No momento da adesão ao presente Instrumento, o beneficiário deverá, por meio do preenchimento de Declaração de Saúde, informar à Cemig Saúde sobre Doença ou Lesão Preexistente (DLP) que tenha ciência à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar objetivando a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato.

§1º Não haverá incidência de cobertura parcial temporária (CPT) nos casos de doença ou lesão preexistente (DLP), desde que a inclusão do beneficiário titular ou de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação à Patrocinadora, quando aplicável).

- §2º Se em algum momento durante a vigência do presente Regulamento, no momento da inclusão de beneficiário, for aferido que referido instrumento possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que se fizer sob essa condição permitirá que a Cemig Saúde exija o preenchimento da Declaração de Saúde e impute Cobertura Parcial Temporária (CPT) em relação às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas ou aferidas por meio de perícia médica.
- §3º Não será exigido esse procedimento ou imputada CPT caso a adesão do beneficiário no presente plano se dê em substituição a outro no qual o beneficiário em questão tenha permanecido por período ininterrupto superior a 24 (vinte e quatro) meses, plano este da Cemig Saúde e de mesma segmentação.
- §4º No caso de plano coletivo empresarial com número de beneficiários menor do que 30 (trinta), haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Art.58 Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), no ato da adesão/ inclusão, o beneficiário preencherá o formulário de Declaração de Saúde, acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário, sendo-lhe facultada a orientação por médico credenciado pela Cemig Saúde, às expensas desta.

- §1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou por profissional credenciado pela Cemig Saúde, e designado por esta, sem qualquer ônus para si.
- §2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais credenciados pela operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- §3º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente Regulamento, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

- §4º É vedada a alegação de omissão de informação de doenças ou lesões preexistentes (DLP) após a realização de qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, pela Cemig Saúde, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- §5º Sendo constatada, por perícia ou entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Cemig Saúde aplicará a cobertura parcial temporária (CPT).
- §6º Caso a Cemig Saúde não impute a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo.
- Art.59 Na hipótese de cobertura parcial temporária (CPT), a Cemig Saúde somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente (DLP) declarados.
- §1º Os procedimentos de alta complexidade mencionados no caput encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.
- §2º É vedada à Cemig Saúde a alegação de DLP decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da aprovação do presente Regulamento ou da adesão ao mesmo pelo beneficiário.
- §3º Nos casos de cobertura parcial temporária (CPT), findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e de acordo com a Lei 9.656, de 1998.
- Art.60 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Cemig Saúde comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da

identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária (CPT).

- §1º Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à CEMIG SAÚDE o ônus da prova.
- §2º A Cemig Saúde poderá se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença ou lesão preexistente (DLP).
- §3º A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- §4º Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá a ela remeter documentação necessária para instrução do processo.
- §5º Após julgamento e acolhida a alegação da Cemig Saúde pela ANS, o beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas por ela suportadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou lesão preexistente (DLP) pela Cemig Saúde, e poderá ser excluído do plano de saúde.
- Art.61 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente (DLP), bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.
- Art.62 Para os casos dos beneficiários reinscritos no plano de saúde, independente do prazo que ficar inativo, será nova e integralmente contabilizado o prazo de CPT.

Seção V - Das coberturas

- Art.63 A Cemig Saúde arcará com os custos das coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9.656/98), do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e cobertura adicional a ser definida pela

Diretoria Executiva, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidos neste Regulamento.

Art.64 A cobertura ambulatorial abrange o atendimento executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços, como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observada a seguinte abrangência:

- I- Cobertura de consultas médicas presenciais, em clínicas básicas e especializadas, e não presenciais (teleconsulta), em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a", da Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- II- Garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/98);
- III- Cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (artigo 7º da Resolução CONSU 13/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- IV- Cobertura de 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 não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9.656/98, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/07);

- V- Cobertura de consulta/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapia, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões e mediante indicação do médico assistente;
- VI- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- VII- Cobertura para os seguintes procedimentos:
 - a) Hemodiálise e diálise peritonial, listados no Rol de Procedimentos da ANS – CAPD;
 - b) Terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
 - c) Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial;
 - d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem 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 na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - e) Hemoterapia ambulatorial, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
 - f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- VIII- Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- IX- Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- X- Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas preferencialmente as seguintes características:
 - a) Medicamento genérico (medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que com este pretende ser intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e, designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787/99); e
 - b) Medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA– Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Art.65 A cobertura hospitalar compreende a internação clínica, inclusive psiquiátrica ou cirúrgica, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, dentro dos prestadores credenciados pela Cemig Saúde, conforme o guia da rede credenciada do plano contratado (disponibilizado no site www.cemisaude.org.br, aplicativo e outros meios, todos periodicamente atualizados), conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e os seguintes serviços hospitalares:

- I- Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

- II- Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, "b", da Lei 9.656/98);
- III- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, conforme legislação vigente;
- IV- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada conforme necessidade do paciente, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- V- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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 administrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, "d", da Lei 9.656/98);
- VI- Cobertura de taxas, materiais e medicamentos utilizados vinculados aos procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Cemig Saúde e os prestadores de serviço de saúde credenciados;
- VII- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e devidamente registradas na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- VIII- Cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária atestada por médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, "e" da Lei 9.656/98);

- IX- Cobertura para remoção do beneficiário de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, não referenciado e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital referenciado, credenciado, e da rede própria da Cemig Saúde, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na regulamentação da ANS.
- X- Cobertura de despesas relativas ao acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9.656/98 c/c artigo 16 da Lei 10.741/03 – Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento) e também as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- XI- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, 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 desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XII- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação administrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

- a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento da segmentação odontológica ou ambulatorial requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente;
- b) Em se tratando de atendimento odontológico, 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 paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- c) 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 deste plano.

XIII- Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal– CAPD;
- b) Terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle

de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Definem-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

- c) Procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) Acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, dos pacientes submetidos a transplantes, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

XIV- Cobertura de cirurgia 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 (artigo 10-A da Lei 9.656/98, incluído pela Lei 10.223/01);

- XV- Cobertura de cirurgia reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XVI- Custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. Após superado o prazo citado, o custeio do tratamento fica sujeito à participação financeira do beneficiário ou Patrocinadora, conforme informado na Formulário de inclusão.
- XVII- Regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XVIII- Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:
- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade 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) e 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 do SUS.
- XIX- Por imperativo clínico, havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esses se darão a critério do médico assistente.
- Art.66 Cobertura obstétrica: compreende toda cobertura definida na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios

ou contratados pela Cemig Saúde, conforme o guia da rede credenciada do plano adquirido (disponibilizado no site www.cemigsaude.org.br e aplicativos, periodicamente atualizados), desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

- I- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme definição contratual;
- II- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo (artigo 20, da Resolução Normativa 162/07), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- III- Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção e desde que a mãe ou o pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- IV- Será devida a cobrança de coparticipação caso o recém-nascido utilize assistência médica, mesmo durante o período de 30 (trinta) dias de plano;
- V- Para fins de cobertura do parto vaginal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Seção VI - Dos atendimentos de urgência e emergência

Art.68 Aos atendimentos de urgência e emergência aplica-se a CONSU 13, que pode ser encontrada no site da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

§1º Considera-se atendimento de urgência, nos termos da Lei nº 9.656/98, a cobertura ao evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

§2º Considera-se atendimento de emergência, nos termos da Lei nº 9.656/98, a cobertura ao evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art.69 Em caso de atendimentos de urgência ou emergência dos beneficiários vinculados ao presente Regulamento que evoluírem para internação, será oferecida cobertura de assistência à saúde, de acordo com as carências já cumpridas.

§1º Sendo necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a realização de procedimentos exclusivamente de cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo inferior às 12 primeiras horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser única e exclusiva do beneficiário, sem qualquer ônus à Cemig Saúde.

§2º O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência desta Regulamento ou da adesão do beneficiário.

§3º Nos atendimentos de urgência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas, conforme regulamentação vigente.

§4º Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência, a realização de procedimentos exclusivos da segmentação obstétrica, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, única e exclusiva do beneficiário, sem ônus à Cemig Saúde.

§5º Nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLPs), será garantida cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

Art.70 A Cemig Saúde deverá garantir a cobertura de remoção do beneficiário depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

§1º À Cemig Saúde caberá:

- a) Remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação, nos casos do beneficiário estiver cumprindo período de carência.
- b) Remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP's.

§2º Na remoção, a Cemig Saúde deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade do SUS.

Art.71 Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS ou nas unidades de saúde onde recebam atendimento nas 12 (doze) primeiras horas, diferentes das opções disponibilizadas pela Cemig Saúde, mas em caráter particular, esta Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção VII – Das condições de reembolso

- Art.72 A Cemig Saúde assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste regulamento e da legislação em vigor, destacando-se tratar de produto com opção de livre escolha, nos casos previstos na legislação em vigor, exceto nos hospitais e serviços que pratiquem tabela própria ou de alto custo, respeitadas a área de abrangência e atuação deste plano de saúde e demais condições deste regulamento.
- Art.73 O reembolso será calculado de acordo com a tabela de preços LPP, disponível para consulta no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br), e ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário específico disponível no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br);
 - b) Relatório do médico assistente no qual constarão nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuada e justificativa, data do atendimento e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações, quando for o caso, e relatório de alta (assinado, datado e carimbado);
 - c) Conta e prontuário hospitalar contendo a discriminação dos exames realizados, taxas cobradas, prescrição de materiais e medicamentos utilizados, acompanhados das respectivas Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), todos com chave de acesso por QR Code, código de barras ou código de verificação. Os documentos fiscais deverão conter, obrigatoriamente, a descrição dos itens e/ou o código TUSS da ANS correspondente às despesas realizadas, valores detalhados, data a que se referem, nome do beneficiário, dados do prestador e dos profissionais envolvidos, incluindo

número de inscrição ativo no respectivo Conselho Profissional, bem como assinatura e carimbo dos responsáveis;

- d) Recibos eletrônicos no modelo Receita Saúde ou Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFSe), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), desde que contenham chave de acesso por QR Code, código de barras ou código de verificação, deverão ser apresentados para comprovação das despesas com honorários de médicos assistentes, auxiliares e demais profissionais envolvidos. Os referidos documentos devem conter, obrigatoriamente, a descrição dos serviços prestados e/ou o código TUSS da ANS correspondente, os valores detalhados, a data à qual se referem, o nome do beneficiário, os dados do prestador, o nome dos profissionais com o respectivo número de inscrição válido e ativo no Conselho Profissional competente, bem como a assinatura e o carimbo dos responsáveis;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e laudo.

§1º Será facultado à Cemig Saúde o direcionamento ao prestador por ela indicado ou quaisquer outras providências com vistas a garantir o atendimento ao beneficiário, nos termos da RN 259/2011 e suas atualizações, bem como as demais resoluções da Agência Nacional Suplementar.

§2º A Cemig Saúde poderá solicitar os documentos que entender pertinentes para a devida compreensão da demanda, ficando o beneficiário responsável por providenciá-los e enviá-los à Operadora.

§3º O não envio dos documentos solicitados no caput deste artigo, bem como no §2º acima, acarretarão a negativa do reembolso pretendido, devendo o beneficiário abrir novo pedido de reembolso junto à Cemig Saúde contendo a documentação completa prevista neste Regulamento.

§4º O prazo de reembolso previsto no caput deste artigo será suspenso caso haja a necessidade de apresentação de documentos complementares pelo beneficiário, por solicitação da Cemig Saúde.

- §5º Só serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

Seção VIII – Da livre escolha

Art.74 Além dos atendimentos na rede conveniada poderá o beneficiário:

- I- Utilizar o sistema de livre escolha para atendimento das coberturas previstas neste Regulamento, dentro da área de abrangência do plano, com base nos preços pactuados pela Cemig Saúde com sua própria rede conveniada de serviços.
- II- Utilizar a rede estabelecida nos convênios de reciprocidade pactuados pela Cemig Saúde, observada a regulamentação vigente da ANS;
- III- Utilizar a rede conveniada de forma indireta (quando a Cemig Saúde convenia a rede por intermédio de outra operadora de planos de saúde) para aquelas localidades em que não foi possível o credenciamento direto.

Parágrafo único. Caso haja utilização das redes conveniadas parceiras da Cemig Saúde durante os períodos de carência, o beneficiário terá de arcar com o valor total do gasto realizado no atendimento.

Art.75 Pelo sistema de livre escolha, o beneficiário poderá solicitar à Cemig Saúde o reembolso de despesas realizadas fora da rede conveniada, limitado o atendimento à cobertura prevista neste regulamento e aos valores pactuados pela Cemig Saúde com sua própria rede conveniada de serviços.

§1º O reembolso está sujeito à entrega da cópia dos seguintes documentos, que deverão ser encaminhados por meio dos canais digitais, Portal do Beneficiário ou do App Cemig Saúde, para análise do reembolso:

- I- Honorários Médicos, internações cirúrgicas ou clínicas:

- a) Relatório médico assinado, devidamente discriminado, contendo nome do paciente e indicação do procedimento realizado, se clínico ou cirúrgico;
- b) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), contendo chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, ou ainda, o(s) recibo(s) eletrônico(s) no modelo "receita saúde", ambos com descrição e/ou código TUSS da ANS correspondente às despesas realizadas, além do nome, assinatura e CRM/CPF válido e ativo do(s) profissional(is) envolvido(s) e/ou do estabelecimento onde o procedimento foi realizado, com valores detalhados;
- c) Sumário de alta e prontuário hospitalar em casos de internação, boletim anestésico, folha de sala cirúrgica com descrição cirúrgica, ambos contendo data, nome do beneficiário, nome e CRM com assinatura dos profissionais;
- d) Fatura hospitalar detalhada (valores unitários/total);
- e) Exames complementares de diagnóstico e terapia, bem como serviços auxiliares, destinados a complementar o pedido do médico assistente.

II- Exames:

- a) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, contendo obrigatoriamente a descrição e/ou o código TUSS da ANS correspondente às despesas realizadas, valores detalhados e individualizados, data de realização, nome do beneficiário, nome do prestador e/ou do profissional responsável, com número de inscrição no conselho profissional e assinatura;
- b) Pedido e Relatório médico assinado e detalhado com indicação clínica, nome do beneficiário, data, nome/CRM válido e ativo do médico e sua assinatura.

III- Medicamentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NFe) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou o código de verificação, devidamente discriminado(s) e com valores detalhados e individualizado;
- b) Prescrição médica, ou de profissional legalmente habilitado para prescrever medicamentos, referente ao(s) medicamento(s) utilizado(s) durante o procedimento cirúrgico e/ou internação, contendo obrigatoriamente: nome do beneficiário, data de emissão, nome e número do CRM (ou do respectivo Conselho Profissional válido e ativo), além da assinatura do profissional prescritor.

IV- Materiais:

- a) Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou o código de verificação, devidamente discriminado(s) e com valores detalhados e individualizados;
- b) Prescrição médica ou de profissional legalmente habilitado para prescrever o material utilizado durante o procedimento cirúrgico e/ou internação, contendo obrigatoriamente: nome do beneficiário, data de emissão, nome e número do CRM (ou do respectivo Conselho Profissional válido e ativo), além da assinatura do profissional prescritor.

V- Fonoaudiologia / Nutrição / Psicologia / Terapia Ocupacional / Psicoterapia e Fisioterapia:

- a) Relatório médico, assinado pelo profissional, contendo CRM, data, nome do beneficiário, indicação clínica, número de consultas/sessões a serem realizadas, de acordo com os limites e condições estabelecidos neste Regulamento. Em caso de continuidade do tratamento, o relatório deverá ser atualizado a cada 180 dias;

- b) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou o código de verificação ou, ainda, o(s) recibo(s) eletrônico no modelo receita saúde, ambos contendo o nome do beneficiário, descrição e/ou código TUSS da ANS correspondente as despesas realizadas, número de sessões com as datas de realização, valores detalhados, nome do profissional com o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional válido e ativo, CNPJ ou CPF e data emissão.

VI- Consulta médica:

- a) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, ou ainda, o(s) recibo(s) eletrônico(s) no modelo Receita Saúde, ambos contendo descrição e código TUSS da ANS correspondente às despesas realizadas, nome do beneficiário, nome e número do CRM válido e ativo do profissional que prestou o atendimento, data, CNPJ ou CPF, e valor detalhado.

VII- Remoções em ambulância conforme critérios estabelecidos neste regulamento:

- a) Nota (s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou o código de verificação, ambos contendo a descrição e/ou código TUSS da ANS correspondente as despesas realizadas, com os respectivos valores, data do atendimento e da emissão, nome do profissional e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional válido e ativo;
- b) Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino,

tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminação do valor do honorário médico.

§2º O pedido de reembolso, acompanhado da documentação exigida, deverá ser realizado pelo beneficiário, no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a realização do procedimento.

§3º Os pagamentos serão feitos, preferencialmente, por meio de crédito em conta corrente do beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de todos os documentos exigidos.

Art.76 A Cemig Saúde poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar documentos comprobatórios como relatórios, exames, prontuário hospitalar, etc., para baixar em diligência as despesas relativas aos procedimentos cobertos, por meio da realização de sindicâncias, auditorias e averiguações que entender necessárias, obrigando-se os beneficiários a colaborar para elucidação de dúvidas e a submeter-se a eventuais avaliações periciais.

Art.77 Pelo sistema de livre escolha, haverá o reembolso das despesas, nos limites de coberturas previstas neste regulamento tabelas vigentes, considerando os valores constantes nas listas de referência do PRAS, previsto neste regulamento.

§1º Para fins de reembolso, serão descontados os percentuais de coparticipação que o beneficiário teria de arcar se utilizasse a rede conveniada, calculados com base no valor pago pelo beneficiário ou do preço da LPP, o que for menor.

§2º Em nenhuma hipótese haverá o reembolso acima do valor pago pelo beneficiário.

§3º Eventuais débitos do beneficiário serão compensados com os valores a serem reembolsados pela Cemig Saúde.

Seção IX - Das disposições comuns à cobertura de remoção

Art.78 Na concessão da cobertura de remoção prevista em norma emanada da Agência Nacional de Saúde Suplementar e neste Regulamento deverão ser observadas as seguintes regras:

- I- A equipe médica da Cemig Saúde deverá avaliar, previamente, a solicitação médica para comprovação da necessidade da remoção.
- II- A utilização de ambulância sem a autorização prévia da Cemig Saúde estará sujeita a comprovação dos critérios para atendimento descritos acima.
- III- A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante autorização do médico assistente.

Seção X - Das exclusões

Art.79 Estão excluídos da cobertura deste contrato todos os procedimentos que não constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e os abaixo:

- a) Consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou, ainda, que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- c) Exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- d) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- e) Procedimentos transexualizador ou de afirmação de gênero, que estiverem fora das diretrizes regulatórias;

- f) Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Aplicação de vacinas preventivas;
- h) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- i) 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 pós-tumta, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;
- j) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- k) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- l) Tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) Tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;
- n) Fornecimento de medicamento e demais insumos para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais, medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- o) Exames médicos para a prática de natação ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) Aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- q) Órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

- s) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) Implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- u) Tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- v) Procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;
- w) Procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado;
- x) Procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- y) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- z) Identificação de cadáveres ou restos mortais;
- aa) Solicitação de exames e prescrição de medicamentos por profissionais não médicos, exceto solicitações de cirurgião-dentista para procedimentos relacionados com a especialidade de acordo com o rol de procedimentos da ANS;
- bb) Medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- cc) Despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contraindicação do médico assistente;
- dd) Produtos de toalete e higiene pessoal;
- ee) Serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto como também qualquer

outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Rol em curso;

- ff) Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas;
- gg) Serviços realizados em desacordo com o disposto neste regulamento;
- hh) Exames médicos admissional periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.
- ii) Qualquer atendimento fora da rede credenciada, notadamente em hospital que não faça parte da referida rede, independentemente da situação ou justificativa, notadamente que possua tabela própria de negociação ou hospital considerado de alto custo em relação à rede credenciada e referenciada.

Seção XI - Do atendimento na rede credenciada

Art.80 A Cemig Saúde assegurará aos beneficiários vinculados ao presente Regulamento, de forma presencial ou virtual, levando em consideração as especificidades de cada atendimento, os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e as internações aqui previstos, presenciais e virtuais, por meio de sua rede credenciada na área de atuação deste produto, conforme constante do guia médico do plano.

Parágrafo único. O beneficiário, no momento de sua inclusão ao presente plano de saúde, terá o acesso às informações da rede credenciada por meio do portal da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) ou por seu aplicativo, contendo o nome, endereço e telefone de cada prestador de serviços de saúde elencado na rede credenciada desta Operadora.

Art.81 Para utilização da rede credenciada é indispensável a identificação do beneficiário, mediante apresentação de cartão válido expedido ou outro meio instituído pela Cemig Saúde, acompanhado de documento oficial de identificação.

Parágrafo Único. O cartão de identificação é pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o beneficiário por sua utilização indevida.

Art.82 Dependerão de prévia autorização da Cemig Saúde, para fazer jus aos benefícios do plano de saúde:

- I- Os atendimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da Cemig Saúde e submetidas à autorização prévia, nos termos da regulamentação da ANS.
 - II- Os atendimentos do segmento ambulatorial.
- §1º Nos casos de comprovada urgência ou emergência, o atendimento poderá ser feito sem prévia autorização, ficando o prestador de serviço obrigado a comunicar o fato à Cemig Saúde e providenciar a autorização no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data de internação, sob pena de Cemig Saúde não se responsabilizar por quaisquer despesas.
 - §2º A solicitação prévia de autorização de atendimento, mecanismo de regulação permitido pela ANS, será obrigatoriamente instruída com documentos que justifiquem a concessão das coberturas necessárias, tais como, laudo médico, diagnóstico, resultado de exames complementares etc., a critério da Cemig Saúde.
 - §3º O prazo de internação será definido pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.
 - §4º O regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.
 - §5º Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.
 - §6º A Cemig Saúde poderá, com base em critérios técnicos, condicionar a autorização à recomendação de avaliação médica da auditoria da Operadora ou quem ela referenciar.
 - §7º É garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

- §8º É garantido ao beneficiário, no caso de divergência técnico-assistencial sobre o procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela operadora, a respeito da autorização prévia, a definição do impasse através de Junta Médica ou Odontológica, nos termos da Resolução Normativa nº 424/2017 da ANS, ou de outra que venha a substituí-la.
- §9º Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciado da Cemig Saúde. Todavia o atendimento correrá às expensas da Operadora de Saúde desde que realizado com prestadores credenciados pela Cemig Saúde.
- Art.83 Os atendimentos realizados por profissionais ou estabelecimentos credenciados serão pagos diretamente pela Cemig Saúde, que cobrará do beneficiário, preferencialmente, por meio de desconto em folha de pagamento pela respectiva Patrocinadora, os valores devidos a título de coparticipação e, no caso de auto patrocinado, diretamente por meio de boleto.
- §1º Os beneficiários não serão ressarcidos por pagamentos feitos diretamente a estabelecimentos e profissionais credenciados.
- §2º Cobranças indevidas por parte de profissionais e estabelecimentos credenciados não serão repassadas pela Cemig Saúde aos beneficiários.
- §3º A Cemig Saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.
- Art.84 A Cemig Saúde reserva-se o direito de alterar a rede credenciada, obedecidos os trâmites legais e contratuais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.
- §1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao 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.

§2º Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da Cemig Saúde durante o 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 Cemig Saúde providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

Art.85 É permitido à Cemig Saúde o referenciamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria da Cemig Saúde recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Art.85-A Para os casos em que a coparticipação não puder ser calculada em percentual, em decorrência da negociação realizada com a rede credenciada, será utilizada a Lista de Procedimentos e Preços - LPP como referência para aplicação dos percentuais de reajuste indicados no contrato/formulário de inclusão/adesão.

Seção XII - Da coparticipação

Art.86 Estão disponibilizados no Formulário de Inclusão os valores monetários ou percentuais de coparticipação financeira a que estão sujeitos os beneficiários deste Regulamento, na forma da Lei.

Art.87 Estão sujeitos à cobrança de coparticipação:

- a) Consultas virtuais ou presenciais, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial (consultório médico ou pronto-atendimento);
- b) Exames de diagnóstico e terapias;
- c) Procedimentos;
- d) Internações hospitalares;

- e) Internações em hospital-dia;
- f) Internações psiquiátricas, a partir do 31º dia;
- g) Tratamentos.

§1º As coparticipações, como fator de moderação da utilização do plano previsto neste Regulamento, são estabelecidas com base em cálculo atuarial levando-se em consideração o custo médio dos procedimentos, a frequência média de realização dos exames e sua complexidade.

§2º Os valores limites de coparticipação mencionados acima e constantes dos Formulários de Adesão/ Proposta de Admissão serão corrigidos anualmente, reajustados sempre no aniversário de vigência deste Regulamento, pela variação positiva acumulada do INPC no ano.

§3º Os valores limites de coparticipação poderão ser alterados em percentual superior ao previsto no inciso anterior, por recomendação do atuário contratado pela Cemig Saúde.

§4º Serão isentos de coparticipação:

- a) Atendimentos, presenciais e virtuais, do Conexão Saúde;
- b) Consultas médicas realizadas por meio de pronto atendimento online, caracterizado como atendimento de urgências de forma virtual; e
- c) Consultas eletivas (atenção secundária) realizadas para fins de avaliação médica no âmbito da autorização de procedimentos.

§5º Para verificar o valor de coparticipação a ser paga ou conferir valores já pagos, o beneficiário pode acessar o site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) na área logada ou acessar os canais de atendimento e consultar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

Art.88 Além das coparticipações mencionadas nesta seção, está discriminado no Formulário de Inclusão o percentual de coparticipação financeira a que está sujeito o beneficiário nas despesas referentes à internação psiquiátrica.

§1º Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito no Formulário de

Inclusão sobre os valores faturados pelo prestador de serviços onde se deu a internação, em conformidade com a rede do plano de saúde deste Regulamento.

§2º A internação psiquiátrica ficará sujeita à coparticipação financeira do beneficiário fixada em até 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, ou outro percentual ou metodologia estabelecida em regulamentação da ANS, e dentro dos limites descritos por esta, explicitada no Formulário de Inclusão deste Regulamento.

Art.89 As coparticipações compõem as obrigações financeiras deste Regulamento e seu inadimplemento sujeita o beneficiário à suspensão dos serviços aqui previstos, bem como sua exclusão do plano de saúde ao qual encontra-se inserido.

Seção XIII – Do regime de internação em hospital-dia

Art.90 O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência em leito hospitalar por até 12 (doze) horas, independentemente da acomodação contratada.

Art.91 Está prevista coparticipação específica para as internações em hospital-dia, conforme Formulário de Inclusão vinculado ao presente Regulamento.

Art.92 Os valores de coparticipação serão cobrados do beneficiário nos casos de regime de internação em hospital-dia, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os valores previstos no Formulário de Inclusão para internações em regime hospitalar.

Art.93 Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e as internações, previstos neste regulamento, pela Cemig Saúde, por meio dos médicos credenciados e rede credenciada, na área de atuação do produto,

conforme constante do guia da rede credenciada do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, em todo território brasileiro, respeitada a estrutura física do prestador de atendimento, conforme a rede contratada fora do estado.

- Art.94 As internações hospitalares e demais procedimentos – a critério da operadora - serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da Cemig Saúde e submetidas a autorização prévia, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.
- Art.95 A autorização prévia para a realização de procedimentos médicos é mecanismo de regulação permitido pela ANS e utilizado pela Cemig Saúde, pelo que deve ser apresentada pelo prestador credenciado contendo a solicitação médica, em meio físico ou eletrônico (via Sistema), a depender do atendimento de que necessitou o beneficiário, nos termos da legislação regulamentar vigente.
- Art.96 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.
- Art.97 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, previamente autorizada, o prestador deverá apresentar à Cemig Saúde a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.
- Art.98 O regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico, será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.
- Art.99 Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.
- Art.100 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.
- Art.101 A Cemig Saúde não se responsabilizará por qualquer acordo particularmente ajustado pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

Art.102 O guia da rede credenciada estará à disposição do beneficiário, para consulta ou impressão no portal da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) informando a relação da rede prestadora de serviços de saúde.

CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art.103 As diretrizes tratadas neste Regulamento foram elaboradas pela Cemig Saúde, à luz das regulamentações da ANS e submetidos à aprovação do Conselho Deliberativo desta Operadora.

Art.104 Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Deliberativo, cabendo ao presidente do referido Conselho o voto de qualidade em caso de empate.

Art.105 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 e nenhuma regulamentação aplicável exclusivamente aos planos referenciais.

Art.106 O encerramento da operação do plano de saúde dar-se-á de acordo com as disposições descritas no convênio de adesão assinado pelas Patrocinadoras, em consonância com o Estatuto da Cemig Saúde e regulamentações da ANS.

Art.107 São consideradas partes integrantes do presente Regulamento quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, como o formulário de inclusão, declaração de saúde, guia do beneficiário, dentre outros.

Art.108 As substituições havidas na rede assistencial da Cemig Saúde ficarão disponíveis no site www.cemigsaude.org.br e no aplicativo da Operadora.

Art.109 Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de dispositivo legal ou deste Regulamento não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art.110 Os dependentes inscritos no PSI oriundos do PAS, Prosaúde que estavam inscritos na data de 31/12/2002 e que não se enquadrarem nas condições

estabelecidas neste Regulamento para inscrição como dependentes são considerados automaticamente inscritos no plano de saúde, como dependentes especiais, podendo permanecer como tal pelos seguintes prazos:

- I- Até completarem 30 (trinta) anos de idade, caso tenham menos de 27 (vinte e sete) anos de idade.
- II- Por prazo indeterminado, no caso de pai e mãe do beneficiário.
- III- Por prazo indeterminado, caso sejam inválidos, desde que mantida a dependência econômica.
- IV- Por prazo indeterminado, caso tenham 60 (sessenta) ou mais anos de idade.

Parágrafo Único. Caso os dependentes mencionados no caput deste artigo sejam excluídos do plano, independente do motivo, não terão direito de retornar, exceto se adquirirem a qualidade de patrocinado.

Art.111 Na hipótese de o beneficiário optar pela mudança para outro plano, dentro da Cemig Saúde, deverá ser observado o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data da alteração, para usufruir das coberturas do novo plano de saúde.

Art.112 A Cemig Saúde poderá firmar convênios com o objetivo de disponibilizar aos beneficiários, que aderirem a esse plano, benefícios que poderão ser descontos para aquisição de serviços e produtos em geral, via plataforma online ou outro meio. Caberá ao beneficiário a decisão, de forma livre e espontânea, para realizar seu cadastro na plataforma e/ou apresentar seus documentos no ato da compra.

Art.113 Fica eleito o foro de Belo Horizonte/MG para resolver qualquer impasse oriundo do presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

NOTA EXPLICATIVA

1. A 1ª versão deste Regulamento foi aprovada pelo Conselho Deliberativo da Cemig Saúde na sua 214ª reunião em 02.02.2023.
2. Na 215ª reunião do Conselho Deliberativo de 23.03.2023 foi alterado o artigo 45, parágrafo único, referente a recuperação de crédito dos inadimplentes.
3. Na 219ª reunião do Conselho Deliberativo de 04.05.2023 foram alterados os artigos 11, 51, 63 e 84-A, para adequações de questões operacionais.
4. Na 549ª reunião da Diretoria Executiva de 26.07.2023 foi alterado o artigo 24 para adequação às disposições regulamentares dos produtos patrocinados.
5. Nas reuniões da Diretoria Executiva nº 589, de 12/08/2024, e 594, de 26/09/2024, foram aprovadas a alteração do artigo 11 referente ao texto de Livre Escolha, em conformidade com as normas regulatórias, e a vigência a partir de 21/10/2024.
6. Na 632ª reunião da Diretoria Executiva de 04/08/2025 foram aprovadas as alterações nos Artigos 73, 75, e 76, com o objetivo de trazer maior clareza sobre o processo de reembolso ou dúvida quanto a documentação obrigatória necessária. As alterações passam a vigorar a partir de 15/09/2025.