



**REGULAMENTO
DO FUNDO
COMPLEMENTAR DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
FCAS**



ANS - Nº 41750-5

Vigente a partir de 15.09.2025

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

Glossário.....	4
----------------	---

CAPÍTULO II

Da denominação	6
----------------	---

CAPÍTULO III

Das finalidades	6
-----------------	---

CAPÍTULO IV

Da criação	6
------------	---

CAPÍTULO V

Dos recursos	7
--------------	---

CAPÍTULO VI

Dos critérios	7
---------------	---

CAPÍTULO VII

Das coberturas	9
----------------	---

Seção I

Da utilização temporária de transporte acessível	9
--	---

Seção II

Do reembolso de medicamentos de uso contínuo
.....10

Seção III

Do reembolso de prótese auditiva
.....11

Seção IV

Do reembolso de equipamentos médico-hospitalares
.....12

Seção V

Do reembolso de aparelho para ventilação não invasiva
.....14

Seção VI

Cobertura complementar para atendimentos clínicos para
portadores de transtornos psiquiátricos e dependência química
.....17

Seção VII

Do reembolso de dieta industrializada por sondas de
alimentação enteral
.....18

Seção VIII

Do reembolso de despesas com aquisição
de fraldas descartáveis
.....19

CAPÍTULO I

Glossário

Art. 1º – Os vocábulos e expressões a seguir apresentados, empregados neste regulamento, possuem o seguinte conceito:

- I – **BIPAP – Dispositivo Binível de Pressão Positiva nas Vias Aéreas:** é um tipo de respirador mecânico que utilizando-se de um compressor fornece fluxo de ar para o paciente auxiliando-o, nos casos de doenças pulmonares.
- II – **CPAP – Dispositivo de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas:** um tipo de respirador que auxilia pacientes com diagnóstico de apneia obstrutiva, através da máscara nasal ou facial. A pressão de ar é contínua, auxiliando nos casos de doenças pulmonares.
- III – **EPAP – Pressão Positiva Expiratória nas Vias Aéreas:** recurso terapêutico que auxilia pacientes na expiração.
- IV – **PGC – Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas:** programa que visa identificar beneficiários do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI que sejam portadores de doenças crônicas não transmissíveis, de maior frequência, pela aplicação de métodos específicos de rastreamento e protocolos assistenciais internacionalmente validados, e acompanhá-los por meio de monitoramento telefônico e presencial.
- V – **PGE – Programa de Garantias Especiais:** se destina a cobrir parcialmente despesas relacionadas à assistência à saúde dos beneficiários e dependentes, conforme

disposições no regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI.

- VI – **Programa Farmácia Popular:** Programa que procura ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais ao tratamento de doenças com maior ocorrência no Brasil, realizado por meio de transferência de recursos do Ministério da Saúde, aos estabelecimentos farmacêuticos credenciados.
- VII – **Renda Mensal:** A renda bruta mensal do beneficiário titular será a base de cálculo utilizada para cobrança da contribuição do PSI.
- VIII – **RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** é uma lista de medicamentos que é disponibilizada e de domínio público em que constam as medicações, de distribuição gratuita, e os protocolos para doenças de maior prevalência na população.
- IX – **REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais:** Lista de medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar disponibilizados pelo SUS no âmbito Municipal, variável de município para município.
- X – **SES:** Secretaria de Estado de Saúde
- XI – **SMS:** Secretaria Municipal de Saúde
- XII – **SUS:** Sistema Único de Saúde
- XIII – **Teto do PGE Familiar:** Valor em reais disponibilizado anualmente ao grupo familiar, que inclui o beneficiário titular, seus dependentes e dependentes especiais, não cumulativo.

XIV – Teto do PGE adicional: Valor em reais disponibilizado anualmente de forma individualizada para pacientes com doenças específicas listadas no regulamento do PSI.

XV – Transporte acessível: Transporte especializado para passageiros com mobilidade reduzida.

CAPÍTULO II

Da denominação

Art. 2º – O Fundo Complementar de Assistência à Saúde – FCAS foi criado com o intuito de complementar o Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, possuindo recursos financeiros próprios. Os benefícios concedidos no FCAS não integram e nem seguem os critérios do PSI, não gerando direitos aos beneficiários e se atendo aos seus critérios específicos definidos neste regulamento.

CAPÍTULO III

Das finalidades

Art. 3º – O FCAS foi criado em 2004 e destina-se, exclusivamente, a atendimentos de gastos relacionados à assistência à saúde dos beneficiários e seus dependentes em complemento às coberturas do PSI e outras especificamente aqui definidas.

Parágrafo único – As coberturas poderão ser totais ou parciais, de acordo com a disponibilidade de recursos e critérios estabelecidos neste regulamento.

Art. 4º – Poderão ser favorecidos os beneficiários, patrocinados e autopatrocinados, e seus dependentes em situação regular com o PSI, para eventos e despesas posteriores ao

cumprimento da carência ao Prosaúde Integrado da Cemig
– PSI de 60 (sessenta) dias.

CAPÍTULO IV

Da criação

Art. 5º – Por decisão do Conselho Deliberativo da Forluz, o FCAS foi constituído em 2004, com dotação inicial de R\$ 2.000.000,00

(dois milhões de reais), e, mensalmente, receberia 30% (trinta por cento) do valor de repasse mensal resultante da parceria entre a Forluz e o Banco Real, mais repasses integrais das comissões dos convênios com farmácias e seguradoras (PRCD 001/2004). Os valores foram constituídos em fundo próprio e contabilizados em separado.

CAPÍTULO V

Dos recursos

Art. 6º – Os recursos financeiros para manutenção do FCAS serão constituídos por 100% (cem por cento) das receitas oriundas de:

- I – Recursos remanescentes previstos no parágrafo décimo primeiro da cláusula décima do Acordo Coletivo Específico do PSI de 19.03.2010;
- II – Comissões de convênios firmados pela Cemig Saúde com farmácias;
- III – Comissões de novos convênios não assistenciais firmados pela Cemig Saúde, quando cabível.

Parágrafo único – Os valores serão constituídos em fundo próprio e contabilizados em separado.

CAPÍTULO VI

Dos critérios

Art. 7º – Compete a Diretoria Executiva da Cemig Saúde definir critérios para utilização do FCAS e deliberar sobre os casos omissos neste regulamento.

Art. 8º – As concessões, coberturas, prazos e valores estão sujeitas à disponibilidade de recursos e aos critérios específicos de cada benefício.

Art. 9º – Os beneficiários que estiverem sendo atendidos por programas das patrocinadoras, somente terão cobertura através do FCAS, para o mesmo benefício, após análise e recomendação por diagnóstico sócio-econômico familiar, elaborado por assistente social, indicado pela Cemig Saúde.

Art. 10 – O FCAS não reembolsará as despesas cobertas neste regulamento que estiverem sendo contempladas em qualquer um dos programas do PRAS.

Art. 11 – A Diretoria Executiva da Cemig Saúde, a qualquer tempo, poderá solicitar avaliação socioeconômica do beneficiário e de seu grupo familiar.

Art. 12 – Para as coberturas referentes à seção IV do Capítulo VI – Das Coberturas, o beneficiário deverá apresentar 3 (três) orçamentos da despesa.

Art. 13 – As solicitações deverão ser encaminhadas à Cemig Saúde por meio de formulário próprio, acompanhadas dos respectivos comprovantes fiscais, quais sejam: Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico (NFC-e), todos contendo chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, ou, ainda, recibos eletrônicos no modelo Receita Saúde, nos casos de profissionais sem CNPJ. Deverão ser anexadas também as prescrições médicas relacionadas às compras de medicamentos de uso contínuo, materiais e equipamentos, com validade de até 180 (cento e oitenta) dias; dietas enterais, com validade de até 90 (noventa) dias; além de relatórios médicos contendo a descrição das patologias e respectivas indicações clínicas. Sempre que necessário, deverão ser incluídos comprovantes auxiliares, tais como laudos de exames e relatórios médicos.

Art. 14 – Para os efeitos deste regulamento, os comprovantes de pagamento terão validade de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 15 – O reembolso das despesas será feito de acordo com os prazos estipulados para o reembolso do PSI.

Art. 16 – Casos excepcionais ou não previstos pelo regulamento poderão ser encaminhados a Diretoria Executiva da Cemig Saúde pelo beneficiário.

Art. 17 – Os critérios e coberturas serão objeto de reavaliação anual ou quando a Diretoria Executiva da Cemig Saúde julgar necessário, por questões administrativas, técnicas, financeiras ou sociais.

Art. 18 – O acompanhamento técnico e financeiro será feito pela Diretoria Administrativa e Financeira, com apresentação semestral a Diretoria Executiva da Cemig Saúde.

Art. 19 – Para fins de cálculo do comprometimento da renda quando da solicitação simultânea de reembolso das despesas com dieta industrializada e fralda descartável, utilizar-se-á o somatório dessas despesas.

CAPÍTULO VII

Das coberturas

Seção I

Da utilização temporária de transporte acessível

Art. 21 – O FCAS reembolsará 90% (noventa por cento) do valor gasto com a utilização temporária de transporte acessível, para realização de consultas e exames médicos, conforme os seguintes critérios:

- I – O beneficiário será elegível ao reembolso se o valor total da despesa mensal for superior a 10% (dez por cento) da renda mensal do titular.
- II – Necessidade de utilização de transporte acessível, atestada

pelo médico assistente, para pacientes com limitação temporária de locomoção, cujo estado clínico somente possibilite o transporte veicular utilizando cadeira de rodas;

III – Autorização prévia pela Assessoria Médica da Operadora, após análise do relatório médico.

§1º – O valor reembolsado mensalmente com as despesas do transporte acessível não poderá exceder 25% (vinte e cinco por cento) do teto anual do PGE.

§2º – Esta cobertura não se aplica ao uso de ambulância.

Seção II

Do reembolso de medicamentos de uso contínuo

Art. 22 – O FCAS reembolsará a diferença entre um sexto do total das despesas com medicamentos de uso contínuo realizadas no semestre e 7% (sete por cento) da renda mensal, multiplicado por 6 (seis), quando o beneficiário preencher todos os critérios relacionados abaixo:

- I – Um sexto do total da despesa com medicamento de uso contínuo do grupo familiar no semestre for superior a 7% (sete por cento) da renda mensal do titular do plano;
- II – Autorização pela Assessoria Médica da Operadora, após análise técnica do pedido;
- III – Indisponibilidade no saldo do teto do PGE (familiar e adicional) e teto do PGC.

§1º – O benefício será concedido uma única vez a cada 06 (seis) meses.

§2º – Não haverá reembolso de medicamentos fornecidos pelo SUS ou Farmácia Popular:

- a) Para os medicamentos fornecidos pelo SUS deverá ser considerada a tabela RENAME ou REMUME vigentes.
- b) Para os medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular, consideram-se os disponíveis nos estabelecimentos da rede de Farmácia Popular e no “Aqui tem Farmácia Popular”.

§3º – Os medicamentos liberados pela SES ou SMS serão reembolsados no caso de dificuldade de obtenção, desde que seja comprovada a indisponibilidade.

§4º – Medicamentos de uso contínuo são aqueles de acordo com a Portaria nº 3916 de 30/10/1998 do Ministério da Saúde e alterações posteriores.

§5º – Os medicamentos cobertos deverão constar na LRMP – Lista Referencial de Medicamentos e Preços Cemig Saúde conforme regulamento PSI.

Seção III

Do reembolso de prótese auditiva

Art. 23 – O FCAS reembolsará 60% (sessenta por cento) do valor da prótese auditiva, conforme os seguintes critérios:

- I – O beneficiário deverá apresentar previamente o relatório médico com a indicação do uso do aparelho e o resultado da audiometria à fonoaudióloga da Equipe Técnica da Operadora;
- II – O beneficiário será elegível ao reembolso de prótese auditiva quando um doze avos da despesa com a aquisição de cada prótese comprometer mais de 7% (sete por cento) da renda mensal do titular;

III – A aquisição da prótese auditiva se dará somente através de um ou mais fornecedores conveniados pela Operadora para este fim.

§1º – O valor reembolsado se dará conforme o tipo de aparelho indicado pela fonoaudióloga da Equipe Técnica da Operadora, não podendo exceder 02 (duas) vezes o teto anual do PGE.

§2º – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste da prótese.

§3º – Um novo pedido de reembolso de prótese pelo mesmo usuário deverá respeitar um intervalo mínimo de 03 (três) anos.

§4º – Na hipótese de aquisição da prótese auditiva em fornecedor não conveniado, cumprido o inciso I, o cálculo e o reembolso a que se refere o inciso II levará em consideração o valor da prótese pactuada pela Operadora com um ou mais fornecedores conveniados.

Seção IV

Do reembolso de equipamentos médico-hospitalares

Art. 24 – O FCAS reembolsará 90% (noventa por cento) do valor do aluguel ou da aquisição de cadeira de rodas não motorizada e/ou cadeira de banho. Para concessão do benefício, deverão ser observados os seguintes critérios:

- I** – O beneficiário será elegível ao reembolso de cadeira de rodas e/ou cadeira de banho se o valor da despesa comprometer mais de 7% (sete por cento) da renda mensal do titular;
- II** – O beneficiário deverá apresentar o relatório médico comprovando a necessidade de uso da cadeira de rodas e/ou cadeira de banho;

III – Análise técnica do relatório médico, realizada pela Assessoria Médica da Operadora.

§1º – O valor reembolsado não poderá exceder 50% (cinquenta por cento) do teto anual do PGE.

§2º – No caso de aluguel de cadeira de banho haverá o reembolso de apenas 01 (um) assento sanitário compatível.

§3º – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste da cadeira de rodas e/ou cadeira de banho.

§4º – A decisão por aluguel ou aquisição de cadeira de rodas e/ou cadeira de banho dependerá de avaliação técnica da Operadora.

§5º – Um novo pedido de reembolso de cadeira de rodas e/ou cadeira de banho pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 03 (três) anos.

Art. 25 – O FCAS reembolsará 90% (noventa por cento) do valor gasto com aquisição ou aluguel de cama hospitalar com acionamento manual do tipo manivela, com ou sem escada, aspirador de secreções e nebulizador a jato. Para concessão do benefício deverão ser observados os seguintes critérios:

I – Relatório médico justificando a necessidade do uso do equipamento;

II – Análise técnica do relatório médico, realizada pela Assessoria Médica da Operadora.

§1º – A decisão por aluguel ou aquisição de equipamento dependerá de avaliação técnica da Operadora.

§2º – O valor reembolsado com aquisição ou aluguel não poderá exceder a 01 (um) teto anual do PGE para cama hospitalar e a

25% (vinte e cinco por cento) do teto anual do PGE para aspirador de secreções e nebulizador a jato.

§3º – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste de equipamento.

§4º – Um novo pedido de reembolso pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 05 (cinco) anos para a cama hospitalar e de 03 (três) anos para aspirador de secreções e nebulizador a jato.

Seção V Do reembolso de aparelho para ventilação não invasiva

Art. 26 – O FCAS reembolsará 60% (sessenta por cento) do valor da

despesa com a aquisição do CPAP ou EPAP conforme os seguintes critérios:

- I – O beneficiário deverá apresentar previamente à Operadora o relatório médico e resultados dos exames realizados (polissonografia ou espirometria ou gasometria) que comprovem a necessidade do uso do aparelho;
- II – Análise técnica do relatório médico e exames complementares, realizada pela Assessoria Médica da Operadora.
- III – O beneficiário será elegível ao reembolso de CPAP ou EPAP se um doze avos do valor total da despesa (aparelho e máscara) for superior a 5% (cinco por cento) da renda mensal do titular.
- IV – A aquisição do CPAP ou EPAP se dará somente através de um ou mais fornecedores conveniados pela Operadora para este fim.

§1º – Antes da aquisição, o beneficiário deverá realizar I (um) mês de teste com o aparelho e apresentar relatório do profissional especializado atestando a adaptação e eficácia de sua utilização.

§2º – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste do CPAP ou EPAP.

§3º – O valor reembolsado não poderá exceder 01 (um) teto anual do PGE.

§4º – Um novo pedido de reembolso do aparelho pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 03 (três) anos.

§5º – Na hipótese de aquisição do CPAP ou EPAP em fornecedor não conveniado, cumpridos os incisos I e II, o cálculo e o reembolso a que se refere o inciso III levará em consideração o valor do aparelho pactuado pela Operadora com um ou mais fornecedores conveniados.

Art. 27 – No caso de indicação de uso temporário, o FCAS reembolsará 60% do valor com o aluguel do CPAP ou EPAP conforme os seguintes critérios:

- I – O beneficiário deverá apresentar previamente à Operadora o relatório médico e resultados dos exames realizados (polissonografia ou espirometria ou gasometria) que comprovem a necessidade do uso do aparelho;
- II – Análise técnica do relatório médico e exames complementares, realizada pela Assessoria Médica da Operadora.
- III – O aluguel do CPAP ou EPAP se dará somente através de um ou mais fornecedores conveniados pela Operadora para este fim.

Parágrafo único – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste do CPAP ou EPAP.

Art. 28 – O FCAS reembolsará 90% (noventa por cento) do valor com a aquisição do BIPAP conforme os seguintes critérios:

- I – O beneficiário deverá apresentar previamente à Operadora o relatório médico e resultados dos exames realizados (polissonografia ou espirometria ou gasometria) que comprovem a necessidade do uso do aparelho;
 - II – Análise técnica do relatório médico e exames complementares, realizada pela Assessoria Médica da Operadora.
 - III – O beneficiário será elegível ao reembolso do BIPAP se um doze avos do valor total da despesa (aparelho e máscara) for superior a 5% (cinco por cento) da renda mensal do titular.
 - IV – A aquisição do BIPAP se dará somente através de um ou mais fornecedores credenciados pela Operadora para este fim.
- §1º – Antes da aquisição, o beneficiário deverá realizar I (um) mês de teste com o aparelho e apresentar relatório médico atestando a adaptação e eficácia de sua utilização.
- §2º – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste do BIPAP.
- §3º – O valor reembolsado não poderá exceder 03 (três) vezes o teto anual do PGE.
- §4º – Um novo pedido de reembolso do aparelho pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 03 (três) anos.

§5º – Na hipótese de aquisição do BIPAP em fornecedor não conveniado, cumpridos os incisos I e II, o cálculo e o reembolso a que se refere o inciso III levará em consideração o valor do aparelho pactuado pela Operadora com um ou mais fornecedores conveniados.

Art. 29 – No caso de indicação de uso temporário, o FCAS reembolsará 90% do valor com o aluguel do BIPAP conforme os seguintes critérios:

- I – O beneficiário deverá apresentar previamente à Operadora o relatório médico e resultados dos exames realizados (polissonografia ou espirometria ou gasometria) que comprovem a necessidade do uso do aparelho;
- II – Análise técnica do relatório médico e exames complementa-

res, realizada pela Assessoria Médica da Operadora.

III – O aluguel do BIPAP se dará somente através de um ou mais fornecedores conveniados pela Operadora para este fim.

Parágrafo único – Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste do BIPAP.

Art. 30 – O FCAS reembolsará 60% (sessenta por cento) do valor de aquisição da máscara e do umidificador, aquecido ou não, para qualquer um dos equipamentos CPAP, EPAP ou BIPAP.

Parágrafo único – Um novo pedido de reembolso pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 18 (dezoito) meses para máscara e de 3 (três) anos para umidificador, aquecido ou não.

Seção VI Cobertura complementar para atendimentos clínicos para portadores de transtornos psiquiátricos e dependência química

Art. 31 – O FCAS reembolsará 75% (setenta e cinco por cento) dos valores gastos mensalmente com coparticipação para atendimentos clínicos para portadores de transtornos psiquiátricos e dependência química, conforme os seguintes critérios:

- I** – A partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação, consecutivos ou não, ocorridos no transcurso do ano civil (art. 41 do PSI);
- II** – Análise técnica feita pela Assessoria Médica da Operadora.

Parágrafo único – O valor reembolsado anualmente não poderá exceder 04 (quatro) vezes o teto anual do PGE.

Seção VII

Do reembolso de dieta industrializada por sondas de alimentação enteral

Art. 32 – O FCAS reembolsará 60% (sessenta por cento) do valor gasto com a dieta industrializada e aquisição de materiais descartáveis (frasco e equipo) para administração da dieta. Para concessão do benefício, deverão ser observados os seguintes critérios:

- I – O beneficiário será elegível ao reembolso quando a soma da despesa com consumo mensal da dieta, indicado no relatório médico, equipos e frascos comprometer mais de 7% (sete por cento) da renda mensal do titular do plano.
- II – O beneficiário deverá apresentar relatório médico justificando a necessidade e especificando o consumo mensal da dieta industrializada;
- III – Autorização pela Assessoria Médica da Operadora, após análise técnica do relatório médico.
- IV – Serão reembolsados os itens – dieta industrializada somente aqueles que estiverem classificados na ANVISA na categoria terapêutica Alimentos para Nutrição Enteral.

§1º – O valor reembolsado mensalmente não poderá exceder 50% (cinquenta por cento) do teto anual do PGE.

§2º – Será autorizado o reembolso mensal de até 30 (trinta) equipos e 30 (trinta) frascos.

§3º – A reavaliação da indicação da dieta será realizada trimestralmente.

§4º – São excluídos desta cobertura os suplementos nutricionais que não estejam classificados como dieta pela ANVISA.

Seção VIII

Do reembolso de despesas com aquisição de fraldas descartáveis

Art. 33 – O FCAS reembolsará 100% (cem por cento) do valor gasto com aquisição de fraldas descartáveis. Para concessão do benefício, deverão ser observados os seguintes critérios:

- I – O beneficiário será elegível ao reembolso de fraldas descartáveis quando o total da despesa com consumo mensal comprometer mais de 7% (sete por cento) da renda mensal do titular do plano.
- II – Análise prévia do relatório médico justificando a necessidade do uso das fraldas descartáveis pela Assessoria Médica da Operadora.

§1º – O benefício será concedido uma única vez por mês.

§2º – O valor a ser reembolsado mensalmente será limitado a R\$ 419,03 (quatrocentos e dezenove reais e três centavos).
(1)

§3º – O valor do limite mensal será reajustado anualmente pelo INPC, com base no percentual acumulado do ano anterior, aplicado a partir de 1º de janeiro. O valor atualizado será disponibilizado no Portal da Cemig Saúde.

(I) Valor vigente no ano de 2025.

Av. Barbacena, 472 • 12º andar • Barro Preto
CEP: 30190-130 • Belo Horizonte • MG
Central de Relacionamento Telefônico: Tel: 0800 0309009
Portal corporativo: www.cemigsaude.org.br