



REGULAMENTO
PROSAÚDE
INTEGRADO
DA CEMIG
PSI



ANS - Nº 41750-5

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - Das finalidades	3
CAPÍTULO II - Das características	4
CAPÍTULO III - Das categorias do plano	5
CAPÍTULO IV - Da inscrição e manutenção.....	9
Seção I - Da inclusão e manutenção como beneficiário ou dependente ...	9
CAPÍTULO V - Do cancelamento da inscrição e da perda da condição de beneficiário ou dependente	13
CAPÍTULO VI - Das receitas.....	16
CAPÍTULO VII - Das coberturas assistenciais – PRAS	20
Seção I - Das tabelas de preços.....	20
Seção II - Da cobertura legal	21
Seção III - Da cobertura adicional	28
Seção IV - Dos atendimentos de urgência e emergência.....	30
Seção V - Da remoção legal	31
Seção VI - Da remoção adicional.....	31
Seção VII - Das disposições comuns à cobertura de remoção	32
Seção VIII - Das carências.....	32
Seção IX - Das exclusões.....	33
Seção X - Do atendimento na rede conveniada	37
Seção XI - Do atendimento fora da rede conveniada	39
Seção XII - Da coparticipação.....	44
CAPÍTULO VIII - Das Garantias Especiais – PGE	45
Seção I - Das características.....	45
Seção II - Dos benefícios	46
Seção III - Dos reembolsos.....	51
CAPÍTULO IX - Das doenças e lesões preexistentes.....	52
CAPÍTULO X - Das disposições gerais e transitórias.....	55
NOTA EXPLICATIVA.....	57
ATO NORMATIVO Nº 3.....	72
ATO NORMATIVO Nº 17	72
ATO NORMATIVO Nº 22	73
ATO NORMATIVO Nº 29	74

ATO NORMATIVO Nº 34	76
ATO NORMATIVO Nº 37	79
ATO NORMATIVO Nº 38	84

Versão vigente desde 01.01.2026

CAPÍTULO I - Das finalidades

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, bem como promoverá ações de Promoção e Prevenção de Doenças, com o propósito de cuidar da saúde de seus beneficiários, que serão contatados conforme dados disponíveis em seus cadastros, para conhecimento e adesão às referidas ações por meio de modalidades de saúde e linhas de cuidados.

Art. 2º – O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único – A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação e manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

Art. 3º – A assistência ofertada por este Regulamento reger-se-á pela legislação específica e pela legislação civil no que lhe for aplicável, por atos expedidos por autoridade governamental competente, pelo Estatuto da Cemig Saúde, bem como pelos atos normativos baixados na forma deste Regulamento.

Parágrafo Único – O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO II - Das características

Art. 4º – O plano de assistência à saúde tratado neste instrumento é denominado Prosaúde Integrado da Cemig – PSI e está registrado na ANS sob o nº. 479.508/17-3, possuindo como características gerais:

- I. Tipo de contratação: coletivo empresarial.
- II. Segmentação assistencial: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.
- III. Área geográfica de abrangência: nacional.
- IV. Padrão de acomodação em internação: individual, apartamento standard/privativo.
- V. Formação do preço: pré-estabelecido.

Parágrafo Único – Além das coberturas previstas na Seção II do Capítulo VII – DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS, o PSI assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido nas seções III e VI deste capítulo.

Art.5º – As internações hospitalares ocorrerão em acomodações individuais, conhecidas como apartamento standard/privativo, com direito à acompanhante.

§1º – Nos casos de dependência psiquiátrica ou dependência química, a internação poderá ocorrer excepcionalmente em acomodação coletiva com dois ou mais leitos, em decorrência da premissa do tratamento.

§2º – Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos conveniados pela Cemig Saúde, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede conveniada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Art. 6º – O PSI será custeado em regime de preço ‘pré-estabelecido’, nos termos da Resolução Normativa nº 543/2022 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores, por contribuições efetuadas exclusivamente pelos beneficiários, podendo, ou não, haver coparticipação nas despesas.

Parágrafo único – A periodicidade da contribuição compreende o período do primeiro ao último dia de cada mês, devendo haver acerto de cobrança pro rata die no mês de adesão quando esta não ocorrer no primeiro dia do mês e acerto de cobrança pro rata die no mês de cancelamento quando este não ocorrer no último dia do mês.

Art.7º – A assistência à saúde será prestada em todos os Estados da Federação, sendo a área de abrangência geográfica do PSI qualificada como nacional.

Parágrafo único – Os atendimentos de assistência médica realizados no exterior serão prestados através do sistema de livre escolha, conforme condições, cobertura e preços estabelecidos neste Regulamento.

Art. 8º – O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

CAPÍTULO III - Das categorias do plano

Art. 9º – O PSI é composto pelas seguintes categorias:

- I. Patrocinadora sem participação no custeio;
- II. Beneficiário;
- III. Dependente;
- IV. Dependente especial.

Art.10 – São patrocinadoras sem participação no custeio:

- 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 – As patrocinadoras descritas acima não estão obrigadas a arcar com custeio do PSI por força de decisão prolatada pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST), admitida, porém, a livre permanência/adesão dos beneficiários que assumirem o seu custeio integral, na forma prevista no presente regulamento, mas as Patrocinadoras permanecem obrigadas a realizar os repasses das contribuições dos beneficiários para a CEMIG Saúde, proceder as comunicações, acompanhamentos e outras obrigações acessórias que lhes foram atribuídas no presente regulamento, arcando com as despesas relativas à sua execução e administração, mantida a sua condição de Patrocinadora sem participação no custeio do plano em face do Convênio de Adesão firmado em conformidade com o disposto no art. 14 da Resolução Normativa – RN n. 137, de 2006, e suas alterações.

§2º – A aprovação da admissão e saída de Patrocinadoras, ocorre conforme previsto no Estatuto Social da Cemig Saúde e legislação vigente.

§3º – Considera-se patrocinadora de um determinado grupo familiar empresa com a qual o beneficiário mantém vínculo como diretor, ou empregado, se ativo, ou a última patrocinadora com a qual manteve tal vínculo, se beneficiário do plano da Cemig Saúde quando da perda do vínculo com a empresa.

§4º – Considera-se patrocinadora de um determinado grupo familiar, beneficiário de plano da Cemig Saúde, a patrocinadora do respectivo beneficiário falecido.

§ 5º – O termo Patrocinadora, no presente Regulamento, deve ser interpretado com as restrições descritas no parágrafo 1º., para todos os efeitos de direito, sendo o PSI disponibilizado, após a decisão do TST, somente para aqueles que livremente fizeram a mencionada adesão, não obstante as outras opções oferecidas pelas Patrocinadoras, assumindo o seu custeio integral.

Art.11 - Os beneficiários enquadram-se na seguinte classificação:

- I. Ativos:
 - 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) Aposentado por invalidez que mantenha vínculo empregatício com a Patrocinadora.

II. Assistidos:

- a) Beneficiário assistido de plano previdenciário da Forluz;
- b) Pensionista de plano previdenciário da Forluz, admitido somente quando estiver regularmente inscrito neste Programa ou nos seus antecessores, Programa de Assistência à Saúde – PAS ou Prosaúde, na condição de dependente ou dependente especial do beneficiário que gerou a pensão, no momento do falecimento deste, mantendo-se, no entanto, a condição de apenas 01 (um) grupo familiar para todos os efeitos.

III. “Outros elegíveis”, na forma estabelecida no art. 24:

- a) Aqueles que perderem o vínculo com a patrocinadora;
- b) Aqueles que deixarem de receber benefício complementar pago pela Forluz; e
- c) Aqueles que estiverem cedidos ou licenciados sem remuneração pela respectiva patrocinadora.

Art.12 – Os dependentes e os dependentes especiais são as pessoas inscritas no PSI, como tais, pelo beneficiário, nos termos e condições admitidas neste Regulamento.

Parágrafo único – 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.

Art.13 – São obrigações das Patrocinadoras:

- I. Efetuar o desconto, em folha de pagamento de seus empregados inscritos no PSI, das contribuições e coparticipações devidas, repassando-as à Cemig Saúde, conforme disposto neste Regulamento;
- II. Enviar à Cemig Saúde o Termo de Manifestação para Permanência no plano;
- III. Acompanhar, junto à Cemig Saúde, o desempenho do PSI.

Art.14 – São obrigações dos beneficiários:

- I. Manter-se informado sobre o regulamento do PSI, zelando por sua correta aplicação.
- II. Efetuar o pagamento das contribuições mensais, coparticipações, bem como de seus dependentes especiais, conforme estabelecido neste Regulamento.
- III. Efetuar inscrições no plano como titular bem como de seus dependentes e dependentes especiais, 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 legal quando se tratar de inscrição de dependentes especiais menores de idade, condição essa imprescindível para que seja executada a inclusão deste dependente no plano.
- IV. Comunicar à Cemig Saúde 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. No caso de cancelamento, o titular responsabiliza-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o PSI.
- V. Prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a avaliação médica ou exames, assim como seus dependentes e dependentes especiais, quando solicitados pela Cemig Saúde.
- VI. Efetuar a atualização cadastral dos dados pessoais do titular e todos os seus dependentes inscritos, apresentando todas as informações e documentos necessários para que a Operadora cumpra as legislações específicas. Comunicar, nos canais oficiais da Cemig Saúde, versões mais recentes dos dados para contato, a fim de viabilizar uma comunicação eficiente.
 - a) O beneficiário será comunicado da necessidade de atualização cadastral por meio dos contatos registradas no sistema da Operadora pelo titular.
 - b) Caso sejam realizadas 03 (três) tentativas de contato sem sucesso na atualização dos dados cadastrais, culminando na ausência da atualização necessária, será considerada omissão do beneficiário e esse estará sujeito às penalidades descritas no Ato Normativo N° 34, Art. 1º, inciso IV e a regulação estabelecida pela ANS.

- VII. Os beneficiários se obrigam a não utilizar, quando excluídos do plano, os cartões de identificação do beneficiário titular e de eventuais dependentes. Em caso de utilização indevida do cartão de identificação do plano de saúde, o beneficiário arcará com os ônus das despesas assistenciais realizadas, a cobrança será realizada por custo operacional, ou seja, será cobrado o valor integral do atendimento prestado devido a utilização indevida por parte do(s) beneficiário(s) excluído(s), valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou serão objeto de fatura especificamente emitida.

Art. 15 – São direitos dos beneficiários:

- I. Acompanhar o desempenho do PSI.
- II. Obter informações relativas aos seus processos e às despesas realizadas com sua assistência e de seus dependentes e dependentes especiais.
- III. Encaminhar sugestões, denúncias e críticas à Cemig Saúde.

Art. 16 – O beneficiário, dependentes e dependentes especiais estão sujeitos às penalidades de advertência escrita, suspensão ou cancelamento da inscrição por faltas cometidas, conforme Ato Normativo.

CAPÍTULO IV - Da inscrição e manutenção

Seção I - Da inclusão e manutenção como beneficiário ou dependente

Art. 17 – A inscrição prévia como beneficiário é requisito indispensável para o direito à percepção de qualquer benefício do PSI.

Art. 18 – Poderá inscrever-se como beneficiário do PSI todo aquele que tenha, pelo menos, uma das seguintes condições:

- I. Seja empregado em atividade na Patrocinadora;
- II. Seja diretor de patrocinadora;
- III. Seja beneficiário assistido de plano previdenciário da Forluz, salvo se tiver sido demitido pela respectiva Patrocinadora por justa causa;
- IV. Seja aposentado por invalidez que mantenha vínculo empregatício com a patrocinadora;
- V. Seja pela perda do vínculo com a patrocinadora, na forma do art. 24;

- VI. Seja quando deixarem de receber benefício complementar pago pela Forluz, na forma do art. 24;
- VII. Seja os que estiverem cedidos ou licenciados sem remuneração pela respectiva patrocinadora, na forma do art. 24.

§1º – O beneficiário que perder o vínculo com a patrocinadora por motivo de aposentadoria concedida pela previdência social, com direito ao benefício complementar pago pela Forluz, poderá manter-se no PSI por prazo indeterminado, conforme valores definidos em Ato Normativo.

§2º – Além do direito de inscrição e manutenção no PSI, é assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes/dependentes especiais vinculados ao PSI, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

§3º – O beneficiário que perder o vínculo com a respectiva patrocinadora, em virtude de demissão por justa causa não poderá manter-se no PSI, mesmo que seja beneficiário assistido de plano previdenciário da Forluz.

Art. 19 – O requerimento de inscrição como beneficiário será feito através de formulário próprio fornecido pela Cemig Saúde, devidamente instruído com os documentos por ela exigidos.

§1º – Será assegurado ao beneficiário assistido de plano previdenciário da Forluz, a manutenção automática no PSI, a partir do comunicado de concessão do benefício, independentemente de qualquer requerimento de inscrição.

§2º – A manutenção automática do beneficiário assistido no PSI, citada no parágrafo anterior, irá prevalecer sobre qualquer outra categoria assumida anteriormente, cabendo à Cemig Saúde promover a devida alteração cadastral, imediatamente após a comunicação da concessão do benefício previdenciário pela Forluz à Cemig Saúde.

§3º – Caso não seja interesse do beneficiário assistido a manutenção no PSI nos termos citados no parágrafo primeiro do presente artigo, deverá renunciar de forma expressa a esse benefício, previsto no artigo 18, inciso III do Regulamento, por meio de formulário de exclusão fornecido pela Cemig Saúde.

Art. 20 – O beneficiário titular poderá inscrever como seu dependente:

- I. Cônjuge ou companheiro;

- 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 sob guarda ou tutela, até que complete 18 (dezoito) anos de idade;
- IV. Filho inválido, desde que seja comprovada a invalidez, conforme critérios estabelecidos em Ato Normativo específico;
- V. Filho em gozo de auxílio-doença concedido pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS, desde que o comunicado de decisão ou carta de concessão, emitidos pelo INSS ateste estimativa que o beneficiário vá permanecer incapacitado para o trabalho ou para a sua atividade laboral por período igual ou superior a 01 (um) ano ou caso o filho acumule afastamento por auxílio-doença por 01 (um) ano ininterrupto.

§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 da categoria cônjuge/companheiro.

§2º – Considera-se companheiro a pessoa que mantém união estável com o beneficiário, de acordo com a legislação vigente, sendo os critérios de comprovação da referida união definidos em Ato Normativo.

§3º – Equipara-se a filho o enteado do beneficiário titular.

§4º – O beneficiário titular poderá manter o ex-cônjuge até inscrição de novo cônjuge ou companheiro.

§5º – Considerar-se-á em gozo de auxílio-doença, para os fins tratados neste Regulamento, o beneficiário incapacitado para o trabalho ou para a sua atividade laboral, ainda não convertida em invalidez, e atestada por comunicado de decisão ou carta de concessão, emitidos pelo INSS.

§6º – A condição de invalidez prevista no presente Regulamento será atribuída àquele que for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência e perdurará enquanto permanente essa condição.

§7º – Qualquer dependente que não se enquadrar no elenco taxativo do “caput” somente poderá ser inscrito como dependente especial, na forma e condições dispostas neste Regulamento.

Art. 21 – O beneficiário titular poderá inscrever como seu dependente especial:

- I. Filho natural ou adotivo ou enteado de 24 (vinte e quatro) até que complete 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade.

- II. Aquele que esteve inscrito no plano, na condição de menor sob guarda ou tutela, até que complete 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade.
- III. Neto até que complete 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade.
- IV. Ex-cônjuge, mediante determinação judicial.

§1º – Equipara-se a filho o enteado do beneficiário titular.

§2º – Equipara-se a neto o filho do enteado do beneficiário titular, obedecidas às demais normas regulamentares.

Art. 22 – A inscrição dos dependentes e dependentes especiais no PSI fica condicionada à participação do beneficiário titular, ressalvados os casos de direito de manutenção após o óbito do titular previstos neste Regulamento.

§1º – A data de início de vigência da inscrição no PSI, para cada beneficiário, é a mesma em que foi firmado o seu Termo de Adesão ou efetuado o primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, inclusive para contagens de período de carência.

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

Art. 23 – O dependente ou dependente especial inscrito na forma deste Regulamento, no momento do falecimento do beneficiário titular, manterá automaticamente sua inscrição nos planos da Cemig Saúde mantendo-se, no entanto, a condição de apenas 1 (um) grupo familiar para todos os efeitos.

§1º – Um dos dependentes do grupo familiar deverá assumir integralmente as responsabilidades do beneficiário titular, conforme critérios estabelecidos em Ato Normativo específico.

§2º – O responsável não poderá inscrever novos dependentes nem dependentes especiais, além dos existentes na data de óbito do respectivo beneficiário, exceto filhos e netos em comum com este.

Seção II - Da manutenção no plano como “outros elegíveis”

Art. 24 – O beneficiário que perder o vínculo com a patrocinadora, ou que deixar de receber benefício complementar pago pela Forluz, ou que estiver cedido ou licenciado sem remuneração pela respectiva patrocinadora, poderá manter-se no PSI, desde que assuma o pagamento integral das contribuições, conforme valores

e regras estabelecidas em Ato Normativo, quando passará a ser denominado “outros elegíveis”.

§1º – Não poderá permanecer no PSI na condição de “outros elegíveis” o beneficiário demitido pela respectiva patrocinadora por justa causa.

§2º – A manutenção no PSI de que trata este artigo está assegurada a todo o grupo familiar do beneficiário inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo beneficiário ou com parte do seu grupo familiar.

§3º – O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§4º – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo PSI, nos termos do disposto neste artigo, pelos mesmos prazos e condições estabelecidas na Lei nº 9656/98 e nos normativos em vigor.

§5º – O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

§6º – O direito de permanência no PSI dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à Cemig Saúde, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias 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 término do benefício complementar pago pela Forluz, para o aposentado ou pensionista, que deverá ser comunicado formalmente pela Forluz.
- c) Do início da cessão ou da licença, para o cedido ou licenciado, que deverá ser comunicado formalmente pela patrocinadora.

§7º – O beneficiário que perder o vínculo com a patrocinadora por motivo de desligamento voluntário (a pedido), será excluído do PSI, sendo-lhe assegurado o direito de retorno ao plano, desde que manifeste formalmente seu interesse no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da data de seu desligamento.

CAPÍTULO V - Do cancelamento da inscrição e da perda da condição de beneficiário ou dependente

Art. 25 – Caberá à patrocinadora solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I. Perda da qualidade de beneficiário, ressalvado o direito de manutenção no PSI previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, conforme regras estabelecidas no presente Regulamento.
- II. Perda da qualidade de dependente e dependente especial, no caso do beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente.

§1º – O filho ou enteado tratado no inciso II deste artigo poderá manter-se no plano como dependente inválido caso, na data da perda da elegibilidade, esteja em gozo de auxílio-doença concedido pelo RGPS, observadas as condições dos parágrafos subsequentes.

§2º – A prerrogativa de manutenção tratada no parágrafo anterior será concedida independente do prazo estimado para a permanência da incapacidade para o trabalho ou para a atividade laboral e estará condicionada à apresentação do comunicado de decisão ou carta de concessão emitidos pelo INSS.

§3º – A condição tratada no parágrafo antecedente deixará de existir em caso de cessação do gozo do auxílio-doença.

§4º – Para proceder com a solicitação de exclusão de um beneficiário ativo do PSI, caberá à patrocinadora, obrigatória e expressamente, informar à Cemig Saúde:

- I. Se o beneficiário foi excluído por demissão 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 beneficiário contribuía para o pagamento do PSI ou para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PSI.
- IV. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do PSI e para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PSI.
- V. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

§5º – Nos termos da regulamentação vigente da ANS, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários do PSI, mediante comprovação de que o beneficiário foi comunicado do direito de manutenção no plano previsto

nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo, quando aplicável.

Art. 26 – A Cemig Saúde só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da patrocinadora, nas seguintes hipóteses:

- I. Em caso de fraude ao PSI ou dolo, após a apuração e decisão nos termos do Estatuto Social e os princípios do contraditório, ampla defesa, devido processo legal.
- II. Em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente com mediante instauração do processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.
- III. Perda da qualidade de beneficiário, ressalvado o direito de manutenção no PSI previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, conforme regras estabelecidas no presente Regulamento.
- IV. Interrupção do pagamento das contribuições, inclusive em função da inscrição de seus dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição, obedecido o disposto neste Regulamento, Ato Normativo específico e na Resolução Normativa – RN nº 593, de 2023, da ANS, e suas alterações.
 - a) Completados 30 (trinta) dias de inadimplência do vencimento original, não haverá autorização para compra faturada em farmácia, exceto se houver adimplência do parcelamento / negociação.
- V. No caso de falecimento do beneficiário.
- VI. Por requisição do beneficiário

Art. 27 – O cancelamento da inscrição do beneficiário implicará automaticamente, na perda dos direitos inerentes a essa qualidade.

§1º – O cancelamento também acarretará, imediata e automaticamente, independentemente de qualquer notificação, a caducidade dos direitos relativos aos seus dependentes e dependentes especiais, ressalvada a hipótese de cancelamento por motivo de falecimento, em que haverá direito de os dependentes e dependentes especiais permanecerem no PSI, nos termos estabelecidos no presente Regulamento.

§2º – Não caberá devolução de quaisquer quantias pagas pelo beneficiário a título de contribuição ao PSI em data anterior ao cancelamento de sua inscrição.

§3º – O cancelamento da inscrição não quita dívidas anteriores do beneficiário.

§4º – Quando a exclusão da inscrição ocorrer em data diferente do último dia do mês, deverá ser realizado o acerto da cobrança pro rata die no mês seguinte da competência do cancelamento.

§5º – As utilizações indevidas para obtenção de atendimento após a rescisão, resolução, rescisão ou exclusão de beneficiário, serão faturadas ao beneficiário, em custo operacional e será cobrado o valor integral do atendimento prestado devido a utilização indevida.

CAPÍTULO VI - Das receitas

Art. 28 – O PSI será custeado integralmente por seus beneficiários, por meio de 13 (treze) contribuições mensais. As mensalidades serão compostas pela soma das seguintes parcelas:

- a) Tabelas estabelecidas em Ato Normativo, conforme art. 29; e
- b) Valor complementar que era denominado como valor patronal, conforme art. 30.

Art. 29 - As tabelas estabelecidas em Ato Normativo levarão em conta as seguintes condições: idade, existência ou não de dependentes, remuneração, situação previdenciária (ativo ou assistido), estabelecendo a contribuição mensal de cada beneficiário ativo, assistido e outros elegíveis.

§1º – As tabelas a que se refere o caput terão obrigatoriamente valores mínimo e máximo de contribuição por beneficiário.

§2º - Este montante será descontado do beneficiário e será repassado pela Patrocinadora para a Cemig Saúde em 13 (treze) parcelas, sendo 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, até o primeiro dia útil do mês seguinte ao de competência, e a 13ª conjuntamente a 12ª parcela.

Art. 30 – O valor complementar pago pelo beneficiário será equivalente a contribuição mensal que era paga pela patrocinadora, calculado por meio da seguinte fórmula:

$$CM = \frac{CA \times NP_{m-1}}{12 \quad NP_0}$$

onde: CM = contribuição mensal (Valor Complementar).

CA = contribuição anual anteriormente paga pelas patrocinadoras, corrigida anualmente no dia primeiro de janeiro, pela variação positiva acumulada do IGP-M, Índice Geral de Preços do Mercado, da Fundação Getúlio Vargas, durante o ano anterior.

NPm-1 = Número de beneficiários titulares inscritos no plano no final do mês anterior ao de competência.

NP0 = Número de beneficiários patrocinados pela Cemig inscritos no PSI em 19/03/2010.

§1º – O valor de CA, , que correspondia à participação anual da CEMIG e das Patrocinadoras no PROSAÚDE Integrado, é limitado à importância de R\$ 83.923.000,00 (oitenta e três milhões, novecentos e vinte e três mil reais), valor vigente no exercício de 2010, corrigida anualmente em janeiro pela variação acumulada do IGP-M, apurado no ano anterior, nos quais se encontram incluídos até R\$3.000.000,00 (três milhões de reais) referentes ao custo adicional decorrentes da transferência da carteira para a Cemig Saúde, acrescida de valor adicional, nos termos do parágrafo 2º deste artigo. Este montante será descontado do beneficiário e repassado pela Patrocinadora para a Cemig Saúde em 13 (treze) parcelas, sendo 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, até o primeiro dia útil do mês seguinte ao de competência, e a 13ª conjuntamente a 12ª parcela.

§2º – Anualmente, os beneficiários realizarão um aporte adicional correspondente a 50% (cinquenta por cento) do saldo apurado em 31/12 com a coparticipação do PRAS - Programa Referência de Assistência à Saúde, paga pelos beneficiários, realizando este aporte em 12 (doze) parcelas, conforme abaixo descrito:

- a) Os aportes serão efetuados a partir de janeiro do ano seguinte, junto com as parcelas mensais previstas no parágrafo primeiro deste artigo, sendo certo que a parcela do aporte adicional devida em janeiro será paga junto com a de fevereiro, por questões operacionais.
- b) Excepcionalmente, em 2010, as parcelas do aporte adicional referentes a janeiro, fevereiro e março serão pagas em abril de 2010.

Art. 31 – O plano de custeio do PSI será previsto em Ato Normativo deverá conter todas as especificações, incluindo a tabela de custo por faixa etária exigida pela ANS e o critério para determinação dos valores, ainda que apurados por outra metodologia, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

§1º – As receitas e despesas do PSI serão apuradas mensalmente pela Cemig Saúde, que as informará periodicamente aos Conselhos Deliberativo e Fiscal, devendo, a cada 12 (doze) meses, ser feita avaliação atuarial por profissional ou

empresa qualificada, a fim de determinar a necessidade de alteração em seu custeio.

§2º – Independentemente da data de adesão dos beneficiários, os valores de suas contribuições mensais terão o primeiro reajuste integral no mês de janeiro de cada ano, entendendo esta como data base única.

§3º – Toda revisão no custeio e reajuste das contribuições serão comunicadas à ANS, na forma prevista na legislação.

§4º – Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada eventuais alçadas de deliberações nos termos do Estatuto Social da Cemig Saúde para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas nos convênios de adesão.

Art. 32 - As contribuições estabelecidas no Ato Normativo e o Valor Complementar poderão ser alteradas, em período não inferior a 12 (doze) meses, por recomendação do atuário contratado pela Cemig Saúde, com aprovação do órgão estatutário competente.

1º – Caso o órgão estatutário competente não aprove recomendação atuarial, a Cemig Saúde aplicará a nova tabela recomendada pelo atuário se o resultado do PSI tornar-se inferior as exigências do capital regulatório da ANS, conforme legislação vigente.

§2º – As contribuições dos beneficiários, inclusive os referentes aos respectivos dependentes especiais, serão descontadas em folha de pagamento de salários, pelas Patrocinadoras ou de benefícios previdenciários pagos pela Forluz, ou, ainda, por meio de boleto bancário.

§3º – Não havendo proventos suficientes para o desconto em folha, a Cemig Saúde determinará outra forma de cobrança.

§4º – As contribuições relativas aos beneficiários com ou sem dependentes compreenderão não só a própria como, também, as de seus dependentes especiais regularmente inscritos.

§5º – Quando empregado de Patrocinadora ou assistido de plano previdenciário da Forluz for inscrito como dependente, a contribuição do grupo familiar será o maior entre os valores calculados, aplicando-se as tabelas de contribuição, respectivamente, sobre a renda do titular e sobre a renda do dependente.

Art. 33 – As contribuições mensais dos beneficiários e o repasse pelas Patrocinadoras vencem no primeiro dia útil do mês seguinte ao de competência, data até a qual devem ser pagas ou repassadas à Cemig Saúde.

§1º 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.

§2º 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.

§3º 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.

§4º O inadimplemento das obrigações financeiras acarretará a inclusão dos dados do inadimplente nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados).

§5º A Cemig Saúde se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados pelos beneficiários ou não repassados pelas patrocinadoras 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 à critério da Operadora, visando incentivar a recuperação de crédito.

Art. 34 - 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 Os beneficiários estão cientes e concordam com o fato de que em caso de 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, 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.

Art. 35 – Serão destinados 1,5% (um e meio por cento) da receita anual do PSI a fundo específico para programas de prevenção, podendo o órgão estatutário competente, remanejar esses recursos por recomendação atuarial e técnica.
Parágrafo Único – A Política de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças será aprovada pelo órgão competente conforme previsão do Estatuto Social.

CAPÍTULO VII - Das coberturas assistenciais – PRAS

Art. 36 – O Programa Referência de Assistência à Saúde – PRAS destina-se a cobrir despesas com assistência à saúde de seus beneficiários e dependentes regularmente inscritos, conforme disposições deste Regulamento e Atos Normativos que o complementarem.

Seção I - Das tabelas de preços

Art. 37 – Os benefícios do PRAS serão calculados com base nas seguintes tabelas de preços, também utilizadas como referência para negociação e pagamento da rede prestadora de serviços e reembolsos:

- I. Lista de Procedimentos e Preços – LPP da Cemig Saúde.
- II. Lista Referencial de Preços de Diárias e Taxas – LRPDT da Cemig Saúde.
- III. Lista de Preço por Pacotes – LPPP da Cemig Saúde.
- IV. Lista Referencial de Preços de Materiais – LRPM da Cemig Saúde.
- V. Lista de Preços do Brasíndice - ABCFarma.
- VI. Lista de Preços para Remoção – LPR da Cemig Saúde.

§1 – As listas relacionadas acima estão registradas no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Belo Horizonte sob o nº 1.312.878, estando também disponível na sede da Cemig Saúde e no site (www.cemigsaude.org.br).

§2º – O beneficiário poderá ainda consultar o valor do reembolso para determinado procedimento pelo telefone (0800 030 9009).

§3º – Qualquer exclusão de procedimento da LPP deverá ser submetida pela Cemig Saúde à aprovação pelo órgão estatutário competente, mediante justificativa técnica.

§4º – Nos atendimentos feitos por estabelecimentos e profissionais conveniados com a Cemig Saúde, será utilizada, como base de cálculo, a lista de procedimentos e preços constantes do contrato específico.

§5º – Os materiais, inclusive órteses e próteses, que não constarem da LRPM serão cobertos de acordo com os preços médios de mercado, mediante apresentação de nota fiscal de aquisição e condicionados a avaliação prévia de sua correta indicação pela consultoria médica da Cemig Saúde.

Seção II - Da cobertura legal

Art. 38 – Os benefícios do PRAS são constituídos pela cobertura dos custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, conveniada ou referenciada da Cemig Saúde, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PSI e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Art. 39 – A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial.
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente.

- d) Consultas/sessões com fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, solicitadas pelo médico assistente, conforme regras e limites descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- e) Consultas/sessões de psicoterapia, solicitadas pelo médico assistente, conforme regras e limites descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde:
 - 1. Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- i) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.
- j) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.
- k) Hemoterapia ambulatorial.

- l) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Art. 40 – A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente.
- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI. Taxas hospitalares e materiais utilizados durante o período da internação e relacionados com o evento médico.
- VII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, será conforme legislação específica definida pelo órgão regulador.
- VIII. Órteses e próteses registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento:
 - a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

- b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha da Cemig Saúde.
 - c) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a Cemig Saúde, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Cemig Saúde.
- IX. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.
- X. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.
- a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - 1. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
 - 2. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.
- XI. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal– CAPD.
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial.
 - c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos 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 da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- XII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- XIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- XIV. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e despesas com os procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor.
 - b) Medicamentos utilizados durante a internação.
 - c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
 - e) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.
 - f) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT.
 - g) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XVI. Paramentação, conforme legislação vigente e limitada àquela fornecida pelo hospital, relativa a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, desde que haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI ou similares;
- XVII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

§1º – A menção de cobertura da internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, refere-se ao atendimento garantido pela Cemig Saúde na rede conveniada. Caso o atendimento seja feito pelo sistema de livre escolha, deverão ser observados os valores constantes nas listas referenciais, como valor máximo para o reembolso, bem como a área geográfica de abrangência do PSI, nos atendimentos eletivos. Em ambos os casos, deverão ser atentadas as regras de coparticipação previstas neste Regulamento.

§2º – Haverá cobertura para manutenção, ajuste ou aluguel de órteses e próteses, quando a relação custo/benefício, apurada em avaliação realizada pela Cemig Saúde, for vantajosa comparativamente à aquisição ou substituição.

Art. 41 – Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente.
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- III. Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento:
 - a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Parágrafo Único – Haverá coparticipação incidente sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época, quando ultrapassados 60 (sessenta) dias de internação, por ano civil, contínuos ou não, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização e para portadores de transtornos psiquiátricos, que obedecerá aos seguintes percentuais:

- a) 25%, (vinte e cinco por cento), entre o 61º (sexagésimo primeiro) e o 90º (nonagésimo) dia de internação.
- b) 50% (cinquenta por cento), a partir do 91º (nonagésimo primeiro).

Art. 42 – O presente Regulamento garante, ainda:

- I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem

de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.

- III. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.
- IV. Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III - Da cobertura adicional

Art. 43 – 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, será coberto através do PRAS, sob avaliação de relatório médico minucioso com a patologia que justifique cada etapa do tratamento, seus medicamentos e doses a serem administradas. Ressaltando que todo processo será analisado pela auditoria técnica e os medicamentos liberados pela ANVISA, para os de:

- I. Procedimentos decorrentes de uma única tentativa de inseminação artificial (estimulação ovariana, preparo seminal e inseminação) ou fertilização in vitro (estimulação ovariana e indução da ovulação, punção folicular e coleta de sêmen, fecundação, cultivo embrionário e transferência dos embriões) ou reversão contraceptiva (reversão da vasectomia ou reversão de laqueadura). Cobertura adicional para o (a) beneficiário (a) titular e seu (sua) dependente cônjuge ou companheira (o), todos devidamente inscritos no Prosaúde Integrado da Cemig (PSI). O reembolso do procedimento é pautado pela LPPP - Lista de Procedimentos e Preços por Pacotes e os medicamentos para as fases prévias da inseminação artificial ou fertilização in vitro será coberto através do PRAS conforme, lista interna de medicamentos utilizados no tratamento de infertilidade.
- II. Transplante: além dos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina.
- III. Cirurgias plásticas reparadoras, em decorrência de anomalias congênitas graves que possam ser consideradas como desvios aberrantes dos padrões de normalidade causando déficit de função do órgão acometido.
- IV. Oxigenoterapia domiciliar, mediante avaliação médica prévia e indicação da Cemig Saúde, após a qual poderá ser fornecido o

concentrador e/ou cilindro convencional através de empresa contratada diretamente pela Operadora, às suas expensas, com direito a duas recargas de cilindro de oxigênio de 1 m³ por mês.

- V. Medicamentos específicos para o tratamento de hepatites B e C, doenças renais crônicas e transplantados para os beneficiários portadores dessas patologias, conforme critério estabelecido pela Cemig Saúde.
- VI. Instrumentador quando este substituir um dos auxiliares previstos no procedimento, limitado a 10% do honorário do procedimento principal.

§1º – As coberturas adicionais para oxigenoterapia domiciliar e medicamentos previstas nos incisos IV e V do presente artigo serão garantidas pelo PSI exclusivamente nos casos em que não sejam fornecidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a apresentação pelo beneficiário de declaração de não fornecimento emitida pelo órgão competente.

§2º – O beneficiário ou responsável assinará termo de responsabilidade sobre a utilização dos equipamentos eventualmente fornecidos na forma do inciso IV acima.

§3º – Quando não for possível o fornecimento da cobertura tratada no inciso IV por meio de empresas contratadas pela Cemig Saúde, a Operadora reembolsará integralmente as despesas arcadas pelo beneficiário com a locação do concentrador e/ou cilindro convencional, mediante apresentação prévia de pelo menos 2 (dois) orçamentos e verificação pela Cemig Saúde do valor de mercado.

Art. 44 – A assistência domiciliar aos beneficiários da Cemig Saúde obedecerá ao disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e será de acordo com o Regulamento do Programa de Assistência Domiciliar.

Art. 45 – Os tratamentos realizados em comunidades terapêuticas (fazendas de recuperação) terão cobertura integral, independentemente de sua duração, até o custo equivalente ao tratamento hospitalar durante 60 (sessenta) dias nos casos de transtornos psiquiátricos e de dependência química. Atingido esse valor, haverá coparticipação do beneficiário, na forma prevista neste Regulamento para os transtornos psiquiátricos, considerando os dias de internação.

Art. 46 – A Cemig Saúde poderá ainda arcar com os custos de procedimentos de cobertura adicional a ser definida pela Diretoria Executiva, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidos neste Regulamento.

Seção IV - Dos atendimentos de urgência e emergência

Art. 47 – Considera-se:

- I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- II. Atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 48 – Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando que:

- I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao PSI.
- II. Durante o cumprimento do período de carência para internação (180 dias), serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, inclusive os referentes ao processo gestacional, limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.
- III. Depois de cumprida a carência para internação (180 dias), haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, bem como dos atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Parágrafo Único – Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Art. 49 – Será garantido o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, dos atendimentos de urgência e emergência não realizados na rede conveniada da Cemig Saúde, conforme regras de reembolso estabelecidas no presente Regulamento.

Seção V - Da remoção legal

Art. 50 – Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do PSI e conforme regras previstas nesta seção.

§1º – Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do PSI, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

§2º – É garantido o direito de remoção depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar em cumprimento do período de carência para internação, bem como nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

§3º – No caso de remoção para uma unidade do SUS, deverão ser observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;
- b) caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Seção VI - Da remoção adicional

Art. 51 – O PRAS dará cobertura, no âmbito do território nacional, às despesas de remoção de seus beneficiários, em ambulância terrestre comum ou tipo UTI, conforme a gravidade do caso, observados os seguintes critérios:

- I. A remoção a partir do domicílio somente poderá ser liberada nos casos de urgência ou emergência, nos termos definidos neste Regulamento.
- II. A remoção a partir do estabelecimento médico-hospitalar para o domicílio somente poderá ser liberada nos casos de pacientes

politraumatizados ou comprovadamente impossibilitados de se locomoverem por outros meios.

Seção VII - Das disposições comuns à cobertura de remoção

Art. 52 – Na concessão da cobertura de remoção prevista nesse 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. Se utilizada ambulância aérea, a cobertura das despesas limitar-se-á ao valor que seria reembolsado com ambulância terrestre.
- III. Os valores de cobertura constarão da LPR.
- IV. A utilização de ambulância sem a autorização prévia da Cemig Saúde estará sujeita a comprovação dos critérios para atendimento descritos acima.
- V. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

Seção VIII - Das carências

Art. 53 – Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas, para procedimentos de urgência e emergência, observados os termos definidos neste Regulamento.
- II. 60 (sessenta) dias, para atendimento ambulatorial.
- III. 300 (trezentos) dias, para parto a termo.
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos previstos neste Regulamento.

§1º – O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do beneficiário ao PSI.

§2º – No caso de reinscrição do beneficiário do PSI as carências serão contadas da data da nova vinculação.

Art. 54 – É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a realização do parto ou adoção.
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, cabendo a exigência de cobertura parcial temporária, nos casos das doenças e lesões preexistentes.

Parágrafo Único – A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 55 – É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. O beneficiário que solicitar sua inscrição no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou do início de seu vínculo empregatício com uma das patrocinadoras.
- II. O beneficiário dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data em que tornar elegível para o PSI.
- III. Os enteados, tutelados ou filhos do beneficiário, menores de 12 (doze) anos, desde que o beneficiário titular já tenha cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias.

Parágrafo único – Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data de casamento, para inscrição de cônjuge, a data de nascimento, para inscrição de filhos recém-nascidos, etc.

Art. 56 – Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

Seção IX - Das exclusões

Art. 57 – Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas nestes normativos e neste Regulamento, estão excluídos da cobertura do PSI os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não

descritos expressamente neste instrumento, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

- I. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento.
- II. Exames, tratamentos e medicamentos sem prescrição médica, observadas as disposições do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- IV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, bem como as condutas não admitidas no Código Brasileiro de Ética.
- V. Procedimentos e especialidades não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou demais conselhos em suas respectivas áreas de competência.
- VI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- VII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, tais como órteses, próteses, materiais etc. importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.
- VIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC.
- IX. Fornecimento de medicamentos cuja prescrição não esteja de acordo com critérios de indicação baseados em evidências científicas, exceto aqueles expressamente autorizados pela Cemig Saúde, com base em parecer técnico.
- X. Aquisição de medicamentos, ressalvados os casos previstos neste Regulamento.
- XI. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, condicionamento físico ou musculação, inclusive medicamentos, bem

como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

- XII. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza.
- XIII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- XIV. Inseminação artificial, fertilização in vitro e reversão contraceptiva quando extrapolar o limite previsto na cobertura adicional, descrita no artigo 43 e quaisquer procedimentos não citados, como exemplo: congelamento de embriões, ovoduação, bancos de sêmen, exames e testes genéticos, dentre outros.
- XV. Atendimento em domicílio, ressalvados os casos de pacientes em assistência domiciliar expressamente previstos no regulamento específico.
- XVI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- XVII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
- XVIII. Fornecimento e manutenção de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou que não sejam diretamente decorrentes de má formação congênita, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico, ressalvados os procedimentos previstos na cobertura adicional nos termos e condições estabelecidas no presente Regulamento.
- XIX. Procedimentos decorrentes ou relacionados a desastres com gases e produtos radioativos ou ionizantes ou acidentes decorridos de atos de guerras, revoluções, cataclismos, comoções internas ou outras perturbações de ordem pública ou delas provenientes, quando formalmente reconhecidos por autoridade competente, e que impossibilitem ao PSI o cumprimento de seus objetivos.

- XX. Procedimentos decorrentes ou relacionados a casos de calamidade pública e sinistros de massa, tais como, epidemias, envenenamentos de caráter coletivo, ou outra forma que atinja maciçamente a população ou parte dela, quando formalmente reconhecidos por autoridade competente, e que impossibilitem ao PSI o cumprimento de seus objetivos.
- XXI. Aquisição, manutenção, ajuste e aluguel de aparelhos ortopédicos, colchões especiais, cadeiras especiais, inclusive de rodas, óculos, lentes de contato e aparelhos para surdez, ressalvados os casos previstos neste Regulamento.
- XXII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, ressalvados os procedimentos previstos na cobertura adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento.
- XXIII. Paramentação relativa a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto) ou por até no máximo 10 (dez) dias, nos termos definidos neste Regulamento.
- XXIV. Despesas com serviços eventuais ou extraordinários, prestados, direta ou indiretamente, por hospital ou clínica, mas não estritamente relacionados com a assistência à saúde do beneficiário, tais como, acomodação em nível superior à prevista por este Regulamento, aluguel de aparelhos de televisão e similares, frigobar, telefonemas, telegramas, artigos de toalete e higiene pessoal, alimentação "a la carte", bebidas, lavagem de roupas, lanches, danos a instalações dos estabelecimentos, bem como quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento.
- XXV. Vacinas disponíveis na rede pública ou não reconhecidas pelo Ministério da Saúde, exceto as destinadas a parturientes portadores de sangue do tipo RH negativo e aquelas cuja aplicação for tecnicamente justificada em casos de internação, urgência e emergência.
- XXVI. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
- XXVII. Cirurgias para mudança de sexo.
- XXVIII. Procedimentos destinados ao tratamento do ronco, exceto quando este for acompanhado de apneia obstrutiva do sono comprovada por polissonografia.
- XXIX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exceto se constar expressamente como cobertura adicional neste Regulamento ou se definido pela Diretoria Executiva, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidos neste Regulamento.

- XXX. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.
- XXXI. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos.
- XXXII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares, ressalvado o disposto neste Regulamento.
- XXXIII. Avaliação pedagógica.
- XXXIV. Orientações vocacionais.
- XXXV. Psicoterapia com objetivos profissionais.
- XXXVI. Remoção domiciliar, ressalvado o disposto no presente Regulamento.
- XXXVII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Seção X - Do atendimento na rede conveniada

Art. 58 – Dentro da área de abrangência do PSI haverá a rede conveniada para acesso aos serviços cobertos.

Parágrafo Único – O beneficiário, no momento de sua inclusão ao plano, terá o acesso às informações da rede conveniada, através do portal da Cemig Saúde, contendo o nome, endereço e telefone da rede prestadora de serviços assistenciais à saúde a sua disposição.

Art. 59 – Para utilização da rede conveniada, é indispensável a identificação do beneficiário, mediante apresentação de cartão individual de identificação virtual ou outro meio instituído pela Cemig Saúde, acompanhado de documento oficial de identificação.

§1º – O cartão de identificação é pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o beneficiário por sua utilização indevida.

§2º – A perda, extravio, roubo ou furto do cartão deverá ser, imediatamente, comunicada à Cemig Saúde, sob pena de responder, o beneficiário por valores indevidamente suportados pelo PRAS, acrescidos de juros e encargos.

Art. 60 – Dependerão de prévia autorização da Cemig Saúde, para fazer jus aos benefícios do PRAS:

- I. Os atendimentos do segmento hospitalar com obstetrícia.
- II. Os atendimentos do segmento ambulatorial, constantes de relação específica preparada pela Cemig Saúde.
- III. Os atendimentos previstos no Regulamento da Assistência Domiciliar.

§1º – Nos casos de comprovada urgência ou emergência, o atendimento poderá ser feito sem prévia autorização, ficando o beneficiário obrigado a comunicar o fato à Cemig Saúde e providenciar a autorização no prazo de 02 (dois) dias úteis.

§2º – A solicitação de autorização de atendimento será obrigatoriamente instruída com documentos que justifiquem a concessão dos benefícios, tais como, laudo médico, diagnóstico, resultado de exames complementares, etc., a critério da Cemig Saúde.

§3º – A Cemig Saúde poderá, com base em critérios técnicos, condicionar a autorização à recomendação de avaliação médica.

§4º – 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, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

§5º – 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 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente.

§6º – 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 conveniada da Cemig Saúde.

Art. 61 – Os atendimentos realizados por profissionais ou estabelecimentos conveniados serão pagos diretamente pela Cemig Saúde, que cobrará do beneficiário, preferencialmente através de desconto em folha de pagamento, os valores devidos a título de coparticipação e aqueles que não tiverem cobertura prevista neste Regulamento.

§1º – Os beneficiários não serão ressarcidos por pagamentos feitos diretamente a estabelecimentos e profissionais conveniados, exceto se expressamente autorizados pela Cemig Saúde.

§2º – Cobranças indevidas por parte de profissionais e estabelecimentos conveniados não serão repassadas pela Cemig Saúde aos beneficiários.

Art. 62 – A Cemig Saúde reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, 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. 63 – É permitido à Cemig Saúde o referenciamento a determinados prestadores da rede conveniada, 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.

§1º – Nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador na localidade demandada pelo beneficiário, também será permitido à Cemig Saúde o direcionamento ao prestador por ela indicado, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento previstos nos normativos emanados pela ANS, bem como poderá a Cemig Saúde garantir o atendimento por meio de reembolso, nos termos e condições previstas neste Regulamento.

§2º – O reembolso do atendimento garantido pela Cemig Saúde, previsto no parágrafo anterior, será integral, descontados eventuais valores devidos a título de coparticipação.

Seção XI - Do atendimento fora da rede conveniada

Art. 64 – Além dos atendimentos na rede conveniada poderá o beneficiário:

- I. Utilizar do sistema de livre escolha para atendimento das coberturas previstas neste Regulamento, dentro da área de abrangência geográfica e no exterior, sendo neste último caso mediante conversão

cambial da data da realização da despesa e aos preços pactuados pela Cemig Saúde com sua própria rede conveniada de serviços.

- II. Utilizar da rede estabelecida nos convênios de reciprocidade pactuados pela Cemig Saúde, observada a regulamentação vigente da ANS;
- III. Utilizar da 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.
- IV. Parágrafo único – Caso haja utilização das redes conveniadas parceiras da Cemig Saúde durante os períodos de carência, o beneficiário terá que arcar com o valor total do atendimento.

Art. 65 – 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:

- I. Honorários Médicos, internações cirúrgicas ou clínicas:
 - a) Relatório médico assinado, devidamente discriminado, contendo nome do paciente e o procedimento realizado, se clínico ou cirúrgico;
 - b) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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 com descrição cirúrgica, ambos contendo data, nome do beneficiário, nome, CRM e assinatura dos profissionais;
 - d) Fatura hospitalar detalhada (valores unitário/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 (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou o 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 (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, devidamente discriminado(s) e com valores detalhados e individualizados;
- b) Prescrição médica, ou de profissional legalmente habilitado para realizar prescrição, 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 (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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 do 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 (cento e oitenta) dias;
- b) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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, data de emissão.

VI. Consulta médica:

- a) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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(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 Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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;

VIII. Outras despesas:

- a) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e), Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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(s) no modelo Receita Saúde, ambos contendo a descrição e código TUSS da ANS correspondente às 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 do médico assistente assinado contendo indicação, data, nome do profissional e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional válido e ativo;

§2º – A solicitação de reembolso acompanhada da documentação exigida deverá ser realizada pelo beneficiário, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data da emissão do comprovante de pagamento (nota(s) fiscal(is), cupom(ns) fiscal(is) e/ou recibo(s) eletrônico(s) no modelo Receita Saúde).

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

Art. 66 – 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 as coberturas pelo PRAS e PGE, através 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. 67 – Pelo sistema de livre escolha, haverá o reembolso das despesas, nos limites de coberturas previstas neste regulamento e pelos 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 com o PSI serão compensados com os valores a serem reembolsados pela Cemig Saúde.

Seção XII - Da coparticipação

Art. 68 – Fica prevista coparticipação em procedimentos do PSI, conforme a seguir:

- a) As consultas médicas realizadas por meio de pronto atendimento online, caracterizado como atendimento de urgências de forma virtual, são isentas da cobrança de coparticipação.
- b) As consultas médicas eletivas terão uma coparticipação dos beneficiários de 30% (trinta por cento) do valor pago, limitada a R\$ 153,51 (cento e cinquenta e três reais e cinquenta e um centavos) por consulta desde que realizadas na rede conveniada.
- c) Para as despesas com a realização de exames e outros procedimentos médicos e terapêuticos sob regime ambulatorial, inclusive no pronto atendimento físico, a coparticipação dos beneficiários será também de 30% (trinta por cento) do valor pago, limitada a limitado a R\$ 153,51 (cento e cinquenta e três reais e cinquenta e um centavos) por procedimento, desde que realizadas na rede conveniada. Os procedimentos médicos ambulatoriais relacionados à neoplasia maligna ou à hemodiálise não terão coparticipação.
- d) Nas internações hospitalares será descontado do beneficiário, a título de coparticipação, o valor limite a R\$ 153,51 (cento e cinquenta e três reais e cinquenta e um centavos) por internação.
- e) O somatório dos valores de coparticipações acima mencionados terá o limite mensal de R\$804,12 (oitocentos e quatro reais e doze centavos) por grupo familiar, não cumulativos.
- f) Os valores limites de R\$ 153,51 (cento e cinquenta e três reais e cinquenta e um centavos) e de R\$804,12 (oitocentos e quatro reais e doze centavos), são referidos ao dia primeiro de janeiro de 2025 e serão corrigidos anualmente, a partir do dia primeiro de janeiro de 2026, pela variação positiva acumulada do IGP-M no ano anterior.
- g) Para as despesas realizadas com consultas, exames e procedimentos médicos ambulatoriais fora da rede conveniada, haverá um reembolso de 70% (setenta por cento) do valor pago pelo beneficiário ou de 70% (setenta por cento) do preço constante da Lista de Procedimentos e Preços - LPP, o que for menor.

§1º – Independentemente do preço constante da LPP, não haverá coparticipação, ressalvado o caso de acesso à livre escolha de prestadores, quando o valor a ser reembolsado será o valor pago pelo beneficiário ou do preço constante da LPP, o que for menor, na utilização dos seguintes procedimentos, quando solicitado pelo beneficiário:

- I. Exames de diagnóstico relacionados à neoplasia para ser submetido ao tratamento cirúrgico e exames relacionados ao período de tratamento quimioterápico e/ou de radioterapia.
- II. Exames complementares de imagem e análises clínicas relacionados ao período pós-transplante, para transplantes de rim, fígado, medula, pâncreas e coração, durante o período de 02 (dois) anos pós-transplante.
- III. Psicoterapia, limitada a 12 (doze) sessões por ano civil.
- IV. Medicamentos específicos para o tratamento de hepatites B e C, doenças renais crônicas e transplantados para os beneficiários portadores dessas patologias.

§2º – O reembolso pelo PRAS não poderá, em nenhuma hipótese, ser superior ao valor gasto ou cobrado referente ao procedimento coberto.

§3º – No segmento hospitalar com obstetrícia, haverá coparticipação nos casos de transtornos mentais, na forma estabelecida neste Regulamento. Também nesse segmento, quando da utilização dos serviços fora da rede conveniada, o valor a ser reembolsado será o valor pago pelo beneficiário ou do preço constante da LPP, o que for menor.

§4º – A coparticipação disposta no inciso II será devida sobre todas as consultas médicas eletivas, independentemente se for realizado de forma presencial ou virtual.

§5º – Atendimentos online ou virtuais caracterizam-se por atendimentos a distâncias, desde que sigam as normas em vigor de cada conselho de classe.

§6º – Para os casos em que não houver valor pago em decorrência da negociação realizada com a rede credenciada, será utilizado a LPP – Lista de Procedimentos e Preços como referência para aplicação do disposto nos incisos II e III deste artigo.

CAPÍTULO VIII - Das Garantias Especiais – PGE

Seção I - Das características

Art. 69 – O Programa de Garantias Especiais – PGE, destina-se a cobrir parcialmente despesas relacionadas à assistência à saúde de seus beneficiários e

dependentes, conforme disposições deste Regulamento e Atos Normativos que o complementarem.

Seção II - Dos benefícios

Art. 70 – Os benefícios do PGE são constituídos pelo reembolso parcial de despesas relacionadas à assistência à saúde de seus beneficiários, dentro das condições estabelecidas neste Regulamento.

Art. 71 - As despesas com medicamentos, mediante prescrição médica, serão pagas 80% (oitenta por cento) do valor da compra do medicamento, desde que o valor da compra esteja dentro do limite estabelecido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED. As compras acima do valor de referência da CMED, o reembolso será de 80% do valor desta tabela.

§1º – Os medicamentos cobertos deverão constar na LRM – Lista Referencial de Medicamentos Cemig Saúde, disponível no portal do beneficiário, sendo liberados de acordo com a classificação prioritária disponível para genéricos e similares consecutivamente. Somente para casos de inexistência/indisponibilidade comprovada das versões genérica e/ou similar, os medicamentos de referência serão incluídos na LRM e reembolsados via PGE.

§2º – Não haverá cobertura para medicamentos manipulados.

§3º - O reembolso dos medicamentos, materiais e equipamentos serão limitados a quantidade e periodicidade máxima de compra estabelecida na Lista limitadora divulgada pela Cemig Saúde.

§4º - Os medicamentos que estiverem prescritos como de uso constante/uso contínuo (receita válida para 180 dias), deverão ser adquiridos para, no máximo, 90 (noventa) dias de tratamento, considerando a data da prescrição médica, ou seja:

- a) Periodicidade entre as dispensações de até 90 (noventa) dias (quantidade MÁXIMA de dispensação para 90 (noventa) dias.
- b) A receita médica deverá ser enviada todas as vezes que for solicitar um reembolso.

§5º- Os medicamentos que estiverem prescritos com a especificação das quantidades (de dias de tratamento e/ou quantidade do medicamento), deverão ser adquiridos conforme a receita médica, não sendo cobertas quantidades superiores ao prescrito e observando a quantidade máxima especificada no § 4º.

§6º - Os medicamentos adquiridos nas farmácias conveniadas somente serão reembolsados quando não forem comprados via benefício convênio, sendo

válidos as solicitações de reembolso apenas para as notas ou cupons fiscais apresentados que contenham a descrição da forma de pagamento: pix, dinheiro, cartão de crédito ou débito.

§7º – O reembolso está sujeito à entrega da cópia dos seguintes documentos:

I. Medicamentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (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 do profissional habilitado para prescrever o medicamento, contendo nome do beneficiário, data, nome/CRM do médico ou do profissional habilitado para prescrever o medicamento, com o respectivo número válido e ativo do Conselho Profissional e sua assinatura.

II. Materiais:

- a) Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, devidamente discriminado(s) e com valores detalhados e individualizados;
- b) Prescrição médica ou do profissional habilitado para prescrever o material, contendo nome do beneficiário, data, nome/CRM válido e ativo do médico ou do profissional habilitado para prescrever o material, com o respectivo número do Conselho Profissional e sua assinatura.

§8º - Não serão cobertos medicamentos comprados em desacordo com as legislações sanitárias vigentes e que regulam a validade das receitas, a compra e venda dos medicamentos.

§9º - Nos meses de janeiro e julho de cada ano ou conforme demanda da operadora será atualizada e publicada no Portal da Cemig Saúde, para consulta dos beneficiários a lista de medicamentos reembolsados, LRM - Lista Referencial de Medicamentos, via PGE, constando os medicamentos ativos e excluídos, assim como a respectiva data de exclusão da listagem.

§10º - A inclusão e exclusão dos medicamentos na LRM - Lista Referencial de Medicamentos quanto a sua categoria regulatória na ANVISA, serão definidas pela operadora de acordo com as Diretrizes de Utilização internas da Cemig Saúde.

Art. 72 – Serão reembolsadas em 50% (cinquenta por cento) do valor gasto pelo beneficiário as despesas não cobertas pelo Programa Referência de Assistência à Saúde – PRAS, mediante prescrição médica com:

- I. Lentes de grau para óculos, limitado a 1 (um) par por beneficiário a cada 12 (doze) meses, contados da data de emissão do comprovante de pagamento apresentado na última solicitação de reembolso.
- II. Materiais e equipamentos auxiliares de cuidados terapêuticos, conforme lista abaixo:
 - a) Materiais de curativo: compressas, gazes, esparadrapos e curativos especiais;
 - b) Materiais para aplicação de medicamentos (seringas e agulhas) e para aferição de glicemia capilar serão liberados conforme via de administração estipulada na prescrição médica e tabela dos kits de aplicação divulgada no portal da Cemig Saúde;
 - c) Sondas uretrais, sondas de aspiração, cateter de oxigênio.
 - d) Lubrificantes oculares, nasais, soro fisiológico para curativos e nebulização;
 - e) Glicosímetro (medidor de glicemia capilar), aparelho de pressão arterial, micronebulizador, espaçador, cadeiras de banho e de rodas e colchão caixa de ovo.
- III. Filtro solar conforme doenças listadas abaixo:
 - a) História pregressa de câncer de pele: confirmado por anatomia patológica;
 - b) Pacientes com ceratose solar (actínica – lesão pré-maligna);
 - c) História de uso de drogas fototóxicas ou fotoalergênicas;
 - d) Distúrbios metabólicos: porfiria;
 - e) Doenças genéticas: Albinismo, xeroderma pigmentoso;
 - f) Lupus.
- IV. Aparelhos para ventilação não invasiva (CPAP, EPAP e BIPAP) e próteses auditivas;
- V. Vacinas.

Art. 73 – O total dos benefícios previstos no PGE, concedidos a um grupo familiar, no período de um ano, não poderá ser superior ao valor do teto anual de benefícios.

Parágrafo Único – As despesas que não forem reembolsadas, por haver sido atingido o valor do teto, poderão ser ressarcidas no exercício subsequente, desde que não seja ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de emissão do comprovante de pagamento (nota(s) fiscal(is), cupom(ns) fiscal(is) e/ou recibo(s) eletrônico(s) no modelo Receita Saúde) e considerando a data da solicitação de reembolso.

Art. 74 – O PGE terá teto anual por grupo familiar, que inclui o beneficiário titular, seus dependentes e dependentes especiais de R\$ 100,00 (cem reais) custeados pelos beneficiários.

§1º – Os valores previstos acima se referenciam à data 01/01/2026 e serão corrigidos anualmente a partir do primeiro dia de janeiro do Índice Geral de Preços do Mercado IGP-M da Fundação Getúlio Vargas – FGV, apurados entre 01/01/2026 e 31/12/2026.

§2º – O valor do teto será corrigido anualmente, a partir do dia primeiro de janeiro, pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços do Mercado IGP-M no ano anterior.

§3º – Os valores residuais do teto anual não poderão ser acrescidos ao valor do teto do ano seguinte.

Art. 75 – O beneficiário portador de uma ou mais de uma das doenças entre as relacionadas a seguir terá direito a um teto anual adicional, de valor equivalente R\$ 100,00 (cem reais), para cobertura das despesas com medicamentos destinados ao tratamento dessa doença, nos mesmos percentuais e condições estabelecidos no PGE:

- I. Doença mental incapacitante.
- II. Glaucoma.
- III. Cardiopatia grave em estágio avançado.
- IV. Doença de Parkinson.
- V. Espondilite anquilosante.
- VI. Nefropatia grave.
- VII. Doença de Paget (osteíte deformante).
- VIII. Hepatopatia grave, não suscetíveis de tratamento cirúrgico.
- IX. Diabetes mellitus.
- X. Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- XI. Paralisia irreversível e incapacitante.
- XII. Insuficiência cardíaca congestiva.

XIII. Insuficiência coronariana.

XIV. Hipertensão Arterial Sistêmica.

§1º – O valor previsto no caput deste artigo se referênciava à data 01/01/2026 e será corrigido pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços do Mercado IGP-M da Fundação Getúlio Vargas – FGV, apurada entre 01/01/2026 e 31/12/2026.

§2º – O valor do teto adicional será corrigido anualmente, a partir do dia primeiro de janeiro, pela variação positiva acumulada do IGP-M no ano anterior.

§3º – A concessão do teto adicional depende de:

- a) avaliação médica e autorização expressa da Cemig Saúde.
- b) beneficiário estar vinculado a um dos programas de coordenação do cuidado da Cemig Saúde no momento da aquisição da medicação e da solicitação de reembolso.

§4º – O teto adicional destina-se unicamente a cobertura de medicamentos relacionados à doença que motivou a concessão, prescritos para o beneficiário portador, desde que não constantes da relação de medicamentos fornecidos pelo SUS e/ou pela farmácia popular.

- a) Para os medicamentos fornecidos pelo SUS deverá ser considerada a tabela RENAME e 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”.
- c) Os medicamentos cobertos deverão constar na LRM – Lista Referencial de Medicamentos da Cemig Saúde no momento do cadastro do teto adicional, na data de cada compra e solicitação de reembolso.

§5º – Os medicamentos liberados pela SES ou SMS (pela farmácia de dispensação de medicamentos especiais, tais como para demência, doença de Parkinson, câncer), serão reembolsados devido à dificuldade de obtenção, desde que seja comprovada a indisponibilidade do medicamento.

Art. 76 – Observadas às coberturas previstas no PGE, e sem prejuízo das exclusões específicas estabelecidas neste Regulamento, estão excluídas de qualquer cobertura do PGE:

- I. Despesas realizadas antes da data de inscrição do beneficiário no PSI.
- II. Despesas cobertas pelo PRAS – Plano Referência de Assistência à Saúde.

- III. Procedimentos experimentais, procedimentos não reconhecidos pelo conselho profissional competente, procedimentos não éticos ou ilícitos, bem como despesas deles decorrentes.
- IV. Medicamentos que não estejam devidamente registrados nem tenham autorização para comercialização concedida pela Autoridade Sanitária Federal ou cuja prescrição não esteja de acordo com critérios de indicação baseados em evidências científicas, exceto aqueles expressamente autorizados pela Cemig Saúde, com base em parecer técnico.
- V. Despesas com serviços eventuais ou extraordinários, prestados, direta ou indiretamente, por hospital ou clínica, mas não estritamente relacionados com a assistência à saúde do beneficiário, tais como, acomodação em nível superior à prevista pelo Regulamento do PRAS, aluguel de aparelhos de televisão e similares, frigobar, telefonemas, telegramas, artigos de toalete, alimentação "a la carte", bebidas, lavagem de roupas, lanches, danos a instalações dos estabelecimentos.
- VI. Comprovante de pagamento com data de emissão superior a 90 (noventa) dias antes da data de registro de entrada da solicitação de reembolso ou da data de entrada da fatura do prestador conveniado, na Cemig Saúde.
- VII. Excedente de despesas ou coparticipações do PRAS e FCAS.
- VIII. Vacinas contempladas no calendário nacional de vacinação do Ministério da Saúde.

Seção III - Dos reembolsos

Art. 77 – As despesas efetuadas com profissionais ou estabelecimentos conveniados serão pagas diretamente pela Cemig Saúde, que cobrará do beneficiário, preferencialmente através de desconto em folha de pagamento, os valores correspondentes à parte não reembolsável e aqueles que não tiverem cobertura prevista neste Programa.

Art. 78 – O beneficiário solicitará à Cemig Saúde o reembolso das despesas realizadas fora da rede conveniada.

§1º – A Cemig Saúde determinará a forma como serão feitas as solicitações, bem como os documentos necessários.

§2º – A Cemig Saúde efetuará o reembolso das despesas, de acordo com os critérios estabelecidos neste Regulamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias

contados do atendimento, pelo beneficiário, das exigências de documentos e perícia.

§3º – A forma de reembolso será determinada pela Cemig Saúde.

§4º – Para atendimentos que exigirem autorização prévia, deverá ser apresentada documentação comprobatória sujeita à aprovação da Cemig Saúde.

Art. 79 – A Cemig Saúde poderá, a seu critério e a qualquer tempo, baixar em diligência as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo PGE, através 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 médicas.

CAPÍTULO IX - Das doenças e lesões preexistentes

Art. 80 – Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 81 – No momento da adesão ao presente instrumento, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do Plano, conforme na Resolução Normativa – RN nº 593, de 2023, e suas alterações.

Art. 82 – Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao beneficiário.

Art. 83 – 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 de prestadores conveniados pela Cemig Saúde, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Art. 84 – Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Cemig Saúde, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Art. 85 – 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 contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Art. 86 – É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou avaliação médica no beneficiário pela Cemig Saúde, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 87 – Sendo constatada por avaliação médica ou na entrevista qualificada ou através de 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 oferecerá a cobertura parcial temporária.

Art. 88 – A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 89 – A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Art. 90 – As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela Cemig Saúde por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela Cemig Saúde para definição dos eventos que terão cobertura parcial ou temporária.

Art. 91 – Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da Cemig Saúde, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 92 – Exercendo prerrogativa legal, a Cemig Saúde não optará pelo fornecimento do agravo.

Art. 93 – Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Cemig Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de “Termo de Comunicação ao Beneficiário” e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º – Instaurado o processo administrativo na ANS, à Cemig Saúde caberá o ônus da prova.

§2º – A Cemig Saúde poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§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 remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º – Após julgamento, e acolhida a alegação da Cemig Saúde pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Cemig Saúde, bem como será excluído do Plano.

§6º – Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do Plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 94 – O presente capítulo não vigorará:

- I. Para o beneficiário titular e dependentes que tiverem suas inscrições solicitadas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da vinculação do titular à patrocinadora.

- II. Para o beneficiário dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data em que tornar elegível para o Plano.

CAPÍTULO X - Das disposições gerais e transitórias

Art. 95 – Os critérios de que trata este Regulamento foram elaborados pela Cemig Saúde e submetidos à aprovação do órgão estatutário competente.

Art. 96 – Os dependentes inscritos no PAS e Prosaúde, na data de 31/12/2002, que não se enquadrarem nas condições estabelecidas neste Regulamento para inscrição como dependentes são considerados automaticamente inscritos no PSI, 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.

Art. 97 – Os casos omissos serão resolvidos pelo órgão estatutário competente.

Art. 98 – 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.

Art. 99 – Fica eleito o foro do domicílio do beneficiário para resolver qualquer impasse oriundo do presente Regulamento.

Art. 100 – Até que seja implantado, no âmbito do PSI, um programa de assistência odontológica, o PGE reembolsará 50% (cinquenta por cento) das despesas com consultas, tratamentos e radiografias odontológicos, observando-se que:

- I. O total de benefícios previstos no PGE, concedidos a um grupo familiar, no período de um ano, não poderá ser superior ao valor do teto anual de benefícios.
- II. As despesas que não forem reembolsadas, por haver atingido o valor do teto anual de benefícios do PGE, poderão ser ressarcidas no exercício subsequente, desde que não seja ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de emissão do comprovante de pagamento (nota(s) fiscal(is), cupom(ns) fiscal(is) e/ou recibo(s) eletrônico(s) no modelo Receita Saúde) e considerando a data da solicitação de reembolso.
- III. O reembolso de despesas odontológicas está sujeito à entrega da cópia dos seguintes documentos:
 - a) Relatório do profissional assinado, devidamente discriminado, contendo indicação clínica do procedimento e/ou exames odontológicos, orçamento das despesas, nome do beneficiário, data, assinatura, número do conselho profissional, descrição e código TUSS da ANS correspondente as despesas realizadas;
 - b) 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), contendo chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação ou ainda, recibo(s) eletrônico(s) no modelo Receita Saúde. Ambos os documentos devem apresentar a data do atendimento e da emissão, nome do beneficiário, descrição e/ou código TUSS da ANS com a discriminação detalhada dos serviços prestados e valores pagos, além do nome, CPF e número de inscrição no conselho profissional válido e ativo, e/ou CNPJ do estabelecimento onde o procedimento foi realizado, com a discriminação dos valores detalhados;
 - c) Guia e/ou Pedido do profissional assinado contendo o código e discriminação do procedimento e/ou exames odontológicos, nome do beneficiário, data, assinatura, número do conselho profissional;
 - d) Exames complementares de diagnóstico, bem como serviços auxiliares, destinados a complementar o pedido do profissional.

Art. 101 – O encerramento da operação do PSI se dará de acordo com o Estatuto Social da Cemig Saúde e normativos e regulamentações vigentes respeitando as regras nele estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 102 – Faz parte do presente Regulamento quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao PSI, como a proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, dentre outros.

NOTA EXPLICATIVA

Este Regulamento foi aprovado pelo Conselho Deliberativo da Cemig Saúde na sua 32ª reunião em 29.05.2013. Contempla as seguintes alterações realizadas posteriormente:

1 – Na 33ª reunião do Conselho Deliberativo de 28.06.2013:

- a) Aprovação do Ato Normativo nº 15, revogando o Ato Normativo nº 12 que dispõe sobre a manutenção do dependente e dependente especial no PSI após o falecimento do beneficiário titular. (Alteração de dependente mais novo para dependente mais velho).
- b) Alteração no §3º art. 20 e exclusão do inciso II do art. 21 do regulamento, prevendo a equiparação do menor sob guarda a filho de beneficiário do PSI, passando a compor o grupo familiar do beneficiário titular.

2 – Na 34ª reunião do Conselho Deliberativo de 09.08.2013 foram aprovadas alterações nos critérios para inscrição de filhos inválidos, modificando o art. 20, inciso III e incluindo o inciso IV e parágrafos 6º e 7º, renumerando o atual § 6º para § 8º, e no art. 25, incluiu os parágrafos 1º, 2º e 3º e renumerou os demais. Em virtude desta alteração foram adequadas as remissões do Ato Normativo nº 15, art. 4º, inciso II de “...no art. 21 incisos I e IV...” para “... art. 21 incisos I e III...”; e no inciso III de “...art. 21 inciso II e III...” para “...art. 21 inciso II...”.

3 – Na 36ª reunião do Conselho Deliberativo de 01.11.2013 foi aprovada a inclusão do parágrafo 2º no art. 21 para prever a equiparação de filho de enteado a neto de beneficiário titular.

4 – Na 38ª reunião do Conselho Deliberativo de 13.12.2013:

- a) Aprovação do Ato Normativo nº 16, revogando o Ato Normativo nº 15 que dispõe sobre a manutenção do dependente e dependente especial no PSI após o falecimento do beneficiário titular. A alteração prevê que a titularidade pelo grupo familiar somente poderá ser assumida por um filho inválido, na ausência de um membro capaz no grupo familiar, desde que devidamente assistido por um representante legal. Foi inserido também texto para destacar que a permanência do dependente ou dependente especial deve respeitar os limites de idade previstos no Regulamento.

- b) Aprovação do Ato Normativo nº 17, revogando o Ato Normativo nº 13 que dispõe sobre os critérios de comprovação de união estável. A alteração prevê que a união estável, para fins de inscrição de dependente no PSI, deve ser comprovada por decisão judicial ou declaração pública firmada em cartório competente. Deixa de ser necessário comprovar a existência de convivência por pelo menos dois anos.

5 – Na 39ª reunião do Conselho Deliberativo de 31.01.2014 aprovada a criação do Art. 103, que permite a manutenção do beneficiário titular e grupo familiar no PSI, em decorrência de readmissão na patrocinadora devido a aprovação em concurso público, caso tenham permanecido no plano na condição de “outros elegíveis” durante o período compreendido entre a data de desligamento do beneficiário titular e sua readmissão na Patrocinadora.

6 – Na 46ª reunião do Conselho Deliberativo de 30.05.2014:

- a) Alterações nos artigos 4º, 7º, 64 para atendimento ao ofício ANS nº 0926/2014/GGEOP/DIPRO/ANS – Assunto: Alteração do produto, que deferiu a ampliação da abrangência geográfica do PSI (produto 443.959/03-7), de estadual para nacional;
- b) Alteração do inciso IV, art. 43 e inclusão dos parágrafos 2º e 3º, referente à cobertura de oxigenoterapia domiciliar;
- c) Inclusão do inciso V no art. 40 para Adequação à RN nº 347 que dispõe sobre a obrigatoriedade de remoção de beneficiários de planos de saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

7 – Na 48ª reunião do Conselho Deliberativo de 27.06.2014:

- a) melhoria no texto do inciso I, art. 43, da previsão de cobertura do procedimento de inseminação artificial para o beneficiário titular;
- b) adequação nos incisos V, art. 43 e inciso IV, art. 68; exclusão do inciso II, art. 68, referente a cobertura de procedimentos específicos para o tratamento de patologias de HIV, neoplasias e aplasias da medula óssea, em virtude de regulamentação estabelecida pelo Ministério da Saúde e ANS;
- c) Criação do Ato Normativo nº 18 – para prever critérios de inscrição, manutenção e exclusão de filho inválido no PSI;
- d) Alteração no artigo 75, para esclarecer quanto à disponibilização dos medicamentos fornecidos pelo SUS e Farmácia Popular.
- e) Melhoria no texto do art. 46, quanto a critérios de cobertura estabelecidos pela Cemig Saúde e não pelo Conselho Deliberativo.

8 – Na 49ª reunião do Conselho Deliberativo de 08.08.2014: Incluído o inciso III no art. 20, e inciso II no art. 21. Excluído o parágrafo 3º do art. 20. As alterações

preveem a permanência do menor sob guarda ou tutela até que complete 18 (dezoito) anos de idade inscrito no grupo familiar como dependente direto do titular e após completar 18 (dezoito) anos de idade e até que complete 30 (trinta) anos de idade, na condição de dependente especial.

9 – Na 52ª reunião do Conselho Deliberativo de 21.11.2014: Aprovado a inclusão do §8º no Art. 24 do Regulamento do PSI para prever a exclusão do plano de saúde do beneficiário que perder o vínculo com a patrocinadora por motivo de desligamento voluntário (a pedido). Será assegurado o direito de retorno ao plano, desde que manifeste formalmente seu interesse no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de seu desligamento.

10 – Na 56ª reunião do Conselho Deliberativo de 27.02.2015: Aprovada as alterações no Art. 20, inciso IV do Regulamento do PSI e criado o Ato Normativo nº 19, revogando e substituindo o Ato Normativo nº 18. A alteração regulamentar prevê que para a inscrição/manutenção de filho na categoria de inválido, a condição de invalidez deverá ser comprovada mediante apresentação de comunicado de decisão ou carta de concessão, emitidos pelo INSS.

11 – Na 57ª reunião do Conselho Deliberativo de 24.03.2015: Aprovada as alterações nos Artigos 50 e 52, em adequação à RN nº 347 que dispõe sobre a obrigatoriedade de remoção de beneficiários de planos de saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

12 – Na 58ª reunião do Conselho Deliberativo de 24.04.2015:

- a) Incluído o parágrafo único no Art. 6º do Regulamento do PSI para prever a cobrança pro rata: com o seguinte texto: "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".
- b) Aprovadas as alterações no Regulamento do PSI nos Arts. 27: alterada os critérios para cadastramento de dependente universitário; Art. 45: coparticipação a partir do 61ª dia para internação por tratamentos para transtornos psiquiátricos e de dependência química; Art. 64: incluída previsão que o beneficiário deverá arcar com o valor de atendimento caso utilize a rede conveniada durante período de carência; Criou o Ato Normativo nº 20 e revogou o Ato Normativo nº 16: após o falecimento do titular a até que recebam o benefício previdenciário, incluída a previsão dos dependentes e dependentes especiais permanecerem numa categoria transitória, por 60 dias, e somente a partir deste prazo, seja efetiva a transferência para "outros elegíveis", sem devolução de valores.

13 – Na 59ª reunião do Conselho Deliberativo de 29.05.2015:

- a) Aprovada a criação do Ato Normativo nº 21, que dispõe sobre os critérios de aplicação de penalidades a beneficiários, revogando o Ato Normativo

nº 9 do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig - PSI. O Ato Normativo nº 21 passou a prever o cancelamento definitivo da inscrição do beneficiário e seu grupo familiar em situações de fraude ou ocorrência do disposto nos incisos IV, V, VI e VII, desde que comprovados os fatos.

- b) Aprovada a alteração no Art. 33 do Regulamento do PSI, incluindo o parágrafo 2º para prever a modalidade de cobrança judicial ou extrajudicial a ser adotada pela Cemig Saúde em face dos beneficiários inadimplentes para recebimento dos valores não quitados, sendo facultada ainda à Operadora a inscrição do nome do beneficiário nos (respectivos) órgãos de proteção ao crédito.

14 – Na 68ª reunião do Conselho Deliberativo de 20.11.2015:

- c) Aprovada a alteração do Art. 72, inciso IX do Regulamento, incluindo nos critérios do PGE o reembolso de despesas com aquisição de aparelhos para ventilação não invasiva CPAP, EPAP e BIPAP, mediante prescrição médica.
- d) Aprovada a alteração do Art. 20, inciso IV do Regulamento e o Ato Normativo nº 22, revogando o Ato Normativo nº 19. As alterações preveem que na impossibilidade de emissão de comunicado emitido pelo INSS, nos casos em que o beneficiário nunca tenha exercido atividade laborativa e não tenha direito ao benefício BPC/LOAS, caberá à Cemig Saúde a realização de avaliação médica documental e presencial visando atestar a condição de invalidez do beneficiário. E ainda, caso esta avaliação não ateste a invalidez, será designada avaliação médica externa específica com especialista indicado pela Operadora.

15 – Na 81ª reunião do Conselho Deliberativo de 19.08.2016: Aprovada a criação do Ato Normativo nº 23, revogando e substituindo o Ato Normativo nº 11. O Ato Normativo nº 23 entrará em vigor a partir de 01/01/2017. A alteração do Ato Normativo prevê mudanças na emissão dos boletos, que passará a ser não cumulativa e a data de vencimento do boleto será no último dia do mês. Além disso, será enviado ao beneficiário somente uma correspondência com AR comunicando sobre a exclusão do plano de saúde quando completados 60 dias de inadimplência.

16 – Na 82ª reunião do Conselho Deliberativo de 30.09.2016: Aprovada as alterações no Art. 10, Art. 68, incisos I a V, Art. 74, §1º, Art. 75 do Regulamento do PSI e a criação do Ato Normativo nº 24, revogando o Ato Normativo nº 14. As alterações promoveram a inclusão da patrocinadora Efficientia S.A., e atualizou as tabelas de contribuição, valores e percentuais, limites de coparticipação e do teto de reembolso.

17 – Na 87ª Reunião do Conselho Deliberativo de 10.02.2017 foram homologadas as alterações no Art. 68, incisos I a V, Art. 74, §§1º e 2º, Art. 75, §1º do Regulamento do PSI e a criação do Ato Normativo nº 25, revogando o Ato Normativo nº 24. As

alterações atualizaram as tabelas de contribuição, valores e percentuais, limites de coparticipação e do teto de reembolso expressos no regulamento, devido ao reajuste regulamentar com a aplicação do índice de 8,5%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da Cemig, conforme previsões regulamentares.

18 – Na 91ª Reunião do Conselho Deliberativo de 28.04.2017:

- a) Aprovada a criação do Ato Normativo nº 26, revogando e substituindo o Ato Normativo nº 21, que dispõe sobre os critérios de aplicação de penalidades a beneficiários. O Ato Normativo nº 26 entrou em vigor na data da sua aprovação. O Ato Normativo foi alterado para constar a previsão que das penalidades aplicadas pelo Conselho Deliberativo, o beneficiário poderá apresentar recurso no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da sua ciência.
- b) Aprovada a criação do Ato Normativo nº 27, revogando e substituindo o Ato Normativo nº 25, que dispõe sobre o Plano de Custeio do Plano PSI, conforme a categoria de beneficiários. O Ato Normativo nº 27 entrou em vigor na data da sua aprovação. A alteração do Ato Normativo prevê a obrigatoriedade do beneficiário apresentar os documentos atualizados quando da aposentadoria pela Previdência Social; a adoção do teto máximo do benefício do INSS para aqueles beneficiários que não apresentarem a informação atualizada do valor de recebimento do benefício; e a emissão de declaração caso o beneficiário ainda não receba benefício pela Previdência Social. O Ato Normativo nº 27 entrará em vigor a partir da sua aprovação.

19 – Na 93ª Reunião do Conselho Deliberativo de 07.07.2017 foram aprovadas as alterações no Art. 26 do Regulamento do PSI e criado o Ato Normativo nº 28, que revogou e substituiu o Ato Normativo nº 23. As alterações aprovadas têm por objetivo a adequação das regras de exclusão ou suspensão da assistência à saúde dos beneficiários na hipótese de interrupção do pagamento das contribuições, prevendo o bloqueio de compra faturada em farmácias após 30 (trinta) dias de inadimplência.

20 – Na 94ª Reunião do Conselho Deliberativo de 18.08.2017:

- a) Aprovada a alteração da redação do inciso III do Artigo 43 do Regulamento do PSI, que dispõe sobre a cobertura adicional de cirurgias plásticas reparadoras. A alteração proposta evita interpretações subjetivas e individualizadas que acarretam possíveis autorizações indevidas em solicitações de procedimentos cirúrgicos não previstos na cobertura do PSI. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- b) Aprovada a alteração da redação do inciso I do Artigo 55, do Regulamento do PSI, que dispõe sobre isenção de cumprimento de período de carência quando da inclusão de beneficiários no PSI. A alteração tem o objetivo de

estabelecer, de forma expressa, que o vínculo à patrocinadora é exclusivamente empregatício. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.

- c) Aprovada a alteração da redação do §5º do Artigo 60, do Regulamento do PSI que dispõe sobre os procedimentos para a instauração de junta médica. A alteração tem o objetivo de adequar as previsões regulamentares à RN nº 424/2017, que dispõe sobre os procedimentos para a instauração de junta médica. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- d) Aprovada a alteração da redação nos incisos I, II e III do Artigo 21 do Regulamento do PSI e criado o Ato Normativo nº 29, que revogou e substituiu o Ato Normativo nº 27. As alterações aprovadas contemplam a ampliação da idade limite para permanência de filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e netos para 38 anos, 11 meses e 29 dias e a aplicação de nova tabela de custeio para a categoria de Dependentes Especiais. Essas alterações entrarão em vigor a partir de 01/01/2018.

21 – Na 95ª Reunião do Conselho Deliberativo de 29.09.2017 foi aprovada alteração no Art. 19 do Regulamento do PSI. A alteração dará respaldo à conduta da Operadora em alterar automaticamente a categoria do beneficiário que vier a se tornar assistido de plano previdenciário da Forluz, independentemente de requerimento de inscrição.

22 – Na 96ª Reunião do Conselho Deliberativo de 20.10.2017 foi aprovada alteração no Art. 18 do Regulamento do PSI. A alteração tem por objetivo não permitir que haja a possibilidade de inscrição ou manutenção de ex-empregados no plano de saúde, que tenham sido desligados de suas respectivas patrocinadoras por motivo de justa causa.

23 – Na 97ª Reunião do Conselho Deliberativo de 24.11.2017 foi aprovada a criação do Ato Normativo nº 29, revogando o Ato Normativo nº 20 do Regulamento do PSI, que dispõe sobre a manutenção do dependente e dependente especial no PSI após o falecimento do beneficiário titular. As alterações aprovadas têm por objetivo deixar o regulamento aderente a RN nº 412 da ANS, a fim de prever a possibilidade de exclusão do dependente menor de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos de idade ou do dependente especial, diante da manifestação do pensionista titular sem necessidade de seu consentimento ou de seu representante legal e para dispor que o titular poderá utilizar qualquer um dos canais de atendimento da Cemig Saúde para enviar a sua solicitação.

24 – Na 99ª Reunião do Conselho Deliberativo de 02.02.2018:

- a) Foram homologadas as alterações no Art. 68 incisos I a V, Art. 74 e seus parágrafos 1º e 2º, Art. 75 e seu parágrafo 1º, e alínea “a” do parágrafo 4º do Art. 75, bem como a criação do Ato Normativo nº 30, revogando o Ato

Normativo nº 27. As alterações promovem a atualização dos valores expressos no documento, considerando: i) o reajuste regulamentar anual nas tabelas de contribuição, com a aplicação do índice de 1,83%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da Cemig, conforme previsões regulamentares; ii) a manutenção dos valores praticados no ano de 2017 referente à coparticipação e tetos do PGE familiar e adicional, uma vez que a variação anual do IGP-M do ano anterior foi negativa, portanto, não coube reajuste, conforme prevê o regulamento. Os valores são vigentes para o ano de 2018;

- b) Aprovada a alteração no Art. 23 §2º, que dispõe sobre a inscrição de novos dependentes e dependentes especiais após o falecimento do beneficiário titular. A alteração no regulamento irá permitir que o responsável pelo grupo familiar constituído após o falecimento do beneficiário titular possa inscrever no plano de saúde, na condição de dependente especial, o neto até que complete 38 anos, 11 meses e 29 dias, desde que comprovada a relação de parentesco com o titular falecido. A alteração entra em vigor a partir da sua aprovação;
- c) Aprovada a inclusão do parágrafo único no Art. 15 do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI. A alteração tem por objetivo estabelecer que qualquer beneficiário ou ex-beneficiário titular poderá recorrer em todas as instâncias, quando se sentir prejudicado no seu relacionamento com a Cemig Saúde, garantindo, portanto, o direito de defesa a todos.

25 – Na 101ª Reunião do Conselho Deliberativo de 16.03.2018:

- a) Aprovada a alteração no Art. 65, § 1º e incisos II e V, que dispõe sobre a exigência da apresentação de documentos originais para a concessão de reembolso pelo sistema de livre escolha. As alterações aprovadas têm por objetivo adequar o Regulamento do PSI à prática atual, que já admite a entrega de documentos digitalizados pelo beneficiário em sua solicitação de reembolso.
- b) Aprovada a exclusão do inciso V do Art. 10 do Regulamento do PSI, uma vez que a partir de 31/03/2018, a CEMIG Telecom foi extinta e, portanto, deixou de ser patrocinadora da Cemig Saúde. Os seus empregados foram incorporados pela patrocinadora Cemig.

26 – Na 119ª Reunião do Conselho Deliberativo de 01.02.2019 foram aprovadas as alterações no Regulamento do PSI no Art. 68 incisos I a V, Art. 74 e seus parágrafos 1º e 2º, Art. 75 e seu parágrafo 1º, bem como a criação do Ato Normativo nº 31, revogando o Ato Normativo nº 30. As alterações promovem a atualização dos valores expressos no documento, considerando: a) o reajuste regulamentar anual nas tabelas de contribuição, com a aplicação do índice de 4,00%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da

Cemig, conforme previsões regulamentares; b) atualização dos valores praticados no ano de 2018 referente à coparticipação e tetos do PGE familiar e adicional, uma vez que a variação anual do IGP-M do ano anterior foi de 7,54%, conforme prevê o regulamento. Os valores são vigentes para o ano de 2019.

27 – Na 125ª Reunião do Conselho Deliberativo de 12.06.2019, foram aprovadas as alterações no Regulamento do PSI, nos artigos 65, 73 e 76, estabelecendo o prazo de validade dos comprovantes de reembolso tanto para o PRAS quanto para o PGE para 90 (noventa) dias, com vigência a partir de 01/07/2019.

28 – Na 130ª Reunião do Conselho Deliberativo de 30.10.2019:

- a) Aprovada a criação do Ato Normativo nº 32 revogando o Ato Normativo nº 28, que dispõe sobre o cancelamento da inscrição do beneficiário inadimplente. A alteração exclui do processo de inadimplência o envio de carta registrada por AR, permanecendo o envio de carta comercial e também promoveu melhorias no texto referente ao bloqueio do cartão para compra de medicamentos nas farmácias conveniadas com a Cemig Saúde. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- b) Aprovada a alteração da redação em seus Art. 20 inciso II, e Art. 27 parágrafos 3º a 5º, excluindo a previsão de devolução dos valores cobrados por dependente especial nos casos em que o beneficiário deixar de apresentar os documentos para comprovação do dependente universitário nos prazos regulamentares e apresentá-los posteriormente e criado o Ato Normativo nº 33, para dispor as regras de cadastramento de dependente universitário. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- c) Aprovada a alteração da redação do §1º do Art. 26º e criação do Ato Normativo nº 34 revogando o Ato Normativo nº 26, para prever de forma clara a observância da Operadora quanto aos princípios do contraditório, ampla defesa e devido processo legal durante um processo de sindicância, bem como a possibilidade de continuidade do processo de sindicância mesmo após a exclusão de um beneficiário por sua própria solicitação. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- d) Aprovada alteração em seu Art. 40, inciso VII, que prevê a cobertura de acomodação e alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares, adequando à Resolução Normativa RN nº 428/2017, que estabelece as coberturas obrigatórias, no que se refere ao custeio de alimentação de acompanhante, determinando a cobertura para acompanhante de gestante em trabalho de parto, parto ou pós parto (entendido como período que abrange 10 (dez) dias salvo intercorrência, a critério médico), crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade e pessoas com deficiência. Se mantém a previsão

regulamentar atual para os casos em que o fato gerador foi anterior a vigência na nova regra. A alteração entrou em vigor a partir 01/01/2020.

- e) Aprovada a mudança da metodologia do cuidado com os beneficiários portadores de condições crônicas, criando a linha de cuidado de condições crônicas dentro do Conexão Saúde, extinguindo o regulamento do Programa Gerenciamento de Condições Crônicas (PGC), assim como o teto vinculado a adesão ao Programa Gerenciamento de Condições Crônicas (PGC). Aprovada também a inclusão no Art. 75, da cobertura do Teto Adicional as doenças: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Insuficiência Coronariana e Hipertensão Arterial Sistêmica. A alteração entrou em vigor a partir de 01/01/2020.
- f) Aprovada a implantação da Lista Referencial de medicamentos genéricos (excetuando-se os casos em que não houver a opção do genérico), adequando assim a cobertura do benefício medicamento. Tal mudança promove alterações nos regulamentos do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI) - Artigos 71 e 75; Fundo Complementar de Assistência à Saúde (FCAS) – Artigo 22. A lista terá vigência a partir de 01/07/2020, conforme plano de migração apreciado.
- g) Foi aprovada a adequação das despesas cobertas pelo PGE. Tal mudança promove alterações nos Regulamentos do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI) - Artigos 7, 64, 71, 72, 76 e 100; Fundo Complementar de Assistência à Saúde (FCAS) – Artigo 13. Conforme plano de migração apresentado, essa alteração entrará em vigor a partir de 01/03/2020.

29 – Na 133ª Reunião do Conselho Deliberativo de 04.02.2020:

Foram aprovadas as alterações no Regulamento do PSI no Art. 68 incisos I a V, Art. 74 e seus parágrafos 1º e 2º, Art. 75 e seu parágrafo 1º; bem como criar o Ato Normativo nº 35, revogando o Ato Normativo nº 31. As alterações promovem a atualização dos valores expressos no documento, considerando: a) o reajuste regulamentar anual nas tabelas de contribuição, com a aplicação do índice de 2,55%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da Cemig, conforme previsões regulamentares; b) atualização dos valores praticados no ano de 2019 referente à coparticipação e tetos do PGE familiar e adicional, uma vez que a variação anual do IGP-M do ano anterior foi de 7,30%, conforme prevê o regulamento. Os valores são vigentes para o ano de 2020.

30 – Na 136ª Reunião do Conselho Deliberativo de 25.03.2020, foi aprovada a alteração da denominação social da patrocinadora Efficientia S.A para Cemig Soluções Inteligentes em Energia S.A – CEMIG SIM no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, no Estatuto da Cemig Saúde, no Portal Institucional e demais documentos que contemple a denominação anterior, bem como a assinatura do Termo Aditivo ao Convênio de Adesão ao PSI, adequando a denominação social.

31 – Na 139ª Reunião do Conselho Deliberativo de 20.05.2020 foi aprovado o adiamento da entrada em vigor da nova lista referencial para cobertura de medicamentos pelo Prosaúde Integrado da Cemig – PSI para entrada a partir de 01/09/2020. O assunto foi aprovado pelo Conselho Deliberativo em sua 130ª Reunião Ordinária de 30/10/2019 com data inicialmente para a vigência em 01/07/2020, entretanto, considerando o crescente volume de informações que a população da qual fazem parte os beneficiários do plano estão recebendo, seja da grande imprensa ou da própria Cemig Saúde no contexto atual de pandemia do COVID-19, foi deliberado pela prorrogação.

32– Na 149ª Reunião do Conselho Deliberativo de 21.10.2020 foi aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, em seus artigos 1º, 12, 14 e no Ato Normativo nº 34, artigos 1º, 2º e 4º promovendo adequações no texto do documento para aderência à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, com a vigência da aplicação de penalidades a partir de julho de 2021. Na 165ª Reunião do Conselho Deliberativo de 23/06/2021 foi aprovado estender a carência quanto a aplicação de penalidades até 31/01/2022.

33 – Na 158ª Reunião do Conselho Deliberativo de 24.03.2021:

- a) Aprovada as alterações no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig - PSI no Art. 68 incisos I a V, Art. 85 Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI 74 e seus parágrafos 1º e 2º, Art. 75 e seu parágrafo 1º; bem como criar o Ato Normativo nº 36, revogando o Ato Normativo nº 35. As alterações promovem a atualização dos valores expressos no documento, considerando: a) o reajuste regulamentar anual nas tabelas de contribuição, com a aplicação do índice de 4,77%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da Cemig, conforme previsões regulamentares; b) atualização dos valores praticados no ano de 2020 referente à coparticipação e tetos do PGE familiar e adicional, uma vez que a variação anual do IGP-M do ano anterior foi de 23,14%, conforme prevê o regulamento. Os valores são vigentes para o ano de 2021.
- b) Aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig - PSI, em seu Art. 40 inciso VII a fim de trazer aderência literal ao que estabelece a RN 428/2017, com relação à cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, eis que na prática isso já ocorre. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- c) Aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig - PSI, em seu Art. 41 parágrafo único a fim de promover atualização do texto em relação à assistência à saúde prestada aos portadores de transtornos mentais adequando o texto à Resolução Normativa 465/2021 da Agência

Nacional de Saúde Suplementar. A alteração terá vigência a partir de 01/04/2021.

34 – Na 161ª Reunião do Conselho Deliberativo de 19.05.2021, foi aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI excluindo o inciso VIII do Art. 10, em conformidade com a Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.

35 – Na 169ª Reunião do Conselho Deliberativo de 04.08.2021, foi aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, no Art. 68, para prever a isenção de coparticipação das consultas realizadas no pronto atendimento - PA Online. A isenção deverá vigorar até 31 de março de 2022, como um estímulo a mudança de comportamento por parte dos beneficiários. As coparticipações deixaram de ser cobradas em julho de 2021 considerando a CRCDD 009/2021 e PD 051/2021.

36 – Na 174ª Reunião do Conselho Deliberativo de 16.11.2021, foi aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, nos Arts. 7º e 64, ajustando às diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar garantindo aderência regulatória quanto a cobertura de assistência internacional. A alteração tem vigência a partir de 16/11/2021

37 – Na 183ª Reunião do Conselho Deliberativo de 04.02.2022:

Foram aprovadas as alterações no Regulamento do PSI no Art. 68 incisos I a V, Art. 74 e seus §§ 1º e 2º, Art. 75 e seu § 1º; bem como a criação do Ato Normativo nº 37, revogando o Ato Normativo nº 36. As alterações promovem a atualização dos valores expressos no documento, considerando:

- a) o reajuste regulamentar anual nas tabelas de contribuição, com a aplicação do índice de 11,08%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da Cemig, conforme previsões regulamentares;
- b) atualização dos valores praticados no ano de 2021 referente à coparticipação e tetos do PGE familiar e adicional, uma vez que a variação anual do IGP-M do ano anterior foi de 17,78%, conforme prevê o regulamento. E ainda, homologar a alteração no Regulamento FCAS no Art.33, § 2º, Seção VIII – Do Reembolso de despesas com aquisição de fraldas descartáveis, atualizando o valor expresso no documento para o reembolso de fralda descartável, com a aplicação do índice de 10,16%. Os valores são vigentes para o ano de 2022.

38 – Na 190ª Reunião do Conselho Deliberativo de 25.03.2022, foi aprovada a prorrogação da isenção da coparticipação para consultas realizadas através do Pronto Atendimento Online no Regulamento do PSI até 31/03/2023.

39 – Na 195ª Reunião do Conselho Deliberativo de 30.05.2022, foi aprovada a alteração no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig - PSI em seu Art. 68,

nos incisos III e VII para atender as regulamentações da ANS em relação à coparticipação cobrada em materiais e medicamentos. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.

40 – Na 198ª Reunião do Conselho Deliberativo de 30.06.2022:

- a) Aprovada as alterações nos Artigos 6º, 14, 27 e Ato Normativo nº 34 permitindo: i) a inclusão do acerto de cobrança pro rata die referente ao cancelamento do beneficiário no plano, quando este não ocorrer no último dia do mês; ii) a realização da cobrança integral de coparticipação, custo operacional, para as situações de utilização indevida do beneficiário no plano; e iii) a execução de todos os acertos e ajustes regulamentares necessários ao cumprimento da deliberação. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação.
- b) Aprovada as alterações no Art. 24 e criação do Ato Normativo nº 38, revogando o Ato Normativo nº 32, permitindo a possibilidade do autopatrocinado retornar ao Prosaúde Integrado da Cemig, sem limite de permanência no plano, nas mesmas condições do beneficiário patrocinado. Essa alteração entrou em vigor a partir da sua aprovação e permite o retorno do autopatrocinado, independente do período que foi excluído.

41 – Na 206ª Reunião do Conselho Deliberativo de 29.09.2022, foi aprovada a alteração nos incisos I, II e III do art. 21 do Regulamento do PSI, permitindo a permanência dos dependentes especiais na idade de 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

42 – Na 214ª reunião do Conselho Deliberativo de 02/02/2023 foram aprovadas:

- a) A homologação das alterações no Regulamento do PSI no art. 68 incisos I a VI, art. 74 e seus §§ 1º e 2º, art. 75 e seu § 1º; bem como atualizar o Ato Normativo nº 37, conforme de/para anexo a esta PD. As alterações promovem a atualização dos valores expressos no documento, considerando: (i) o reajuste regulamentar anual nas tabelas de contribuição, com a aplicação do índice de 6,46%, mesmo índice que corrigiu coletivamente os salários dos empregados da Cemig, conforme previsões regulamentares; (ii) atualização dos valores praticados no ano de 2022 referente à coparticipação e tetos do PGE familiar e adicional, uma vez que a variação anual do IGP-M do ano anterior foi de 5,45%, conforme prevê o regulamento;
- b) Não revogar o Ato Normativo nº 37, promovendo apenas a adequações dos valores conforme item acima;
- c) Homologação da alteração no Regulamento FCAS no Art.33, § 2º, Seção VIII – Do Reembolso de despesas com aquisição de fraldas descartáveis, atualizando o valor expresso no documento para o reembolso de fralda

descartável, com a aplicação do índice de 5,93%. Todos os valores são vigentes para o ano de 2023;

43 – Na 215ª reunião do Conselho Deliberativo de 23/03/2023 foram aprovadas:

- a) A alteração do Art.33, §2º do Regulamento do PSI;
- b) A alteração do Art.11, do Regulamento do PSI, com a inclusão do parágrafo único.

43 – Na 219ª reunião do Conselho Deliberativo de 04/05/2023 foram aprovadas:

- a) A alteração no art.68 do Regulamento do PSI, com a inclusão do §6º;
- b) A alteração no art. 26 e no Ato Normativo 38;
- c) A inclusão do art. 46-A e alteração do art. 57, XXIX.

44 – Na 549ª reunião da Diretoria Executiva de 26/07/2023 foram aprovadas as alterações nos artigos 65, 72, 73, 76 e 100 com o objetivo de trazer maior clareza sobre o processo de reembolso, mitigando os riscos de dupla interpretação ou dúvida quanto a documentação necessária. As alterações passam a vigorar a partir de 01/08/2023.

45 - Na 549ª reunião da Diretoria Executiva de 26/07/2023 foram aprovadas as alterações nos artigos 10, §1º, 15 inciso II e Parágrafo Único, 35 e no Ato Normativo nº 34 com o objetivo de adequar às alterações estatutárias. As alterações retroagem a data de aprovação do Estatuto Social da Cemig Saúde, ou seja, passam a vigorar a partir de 27 de junho de 2023.

46 – Na 566ª reunião da Diretoria Executiva de 18/12/2023 foram aprovadas as alterações:

- a) A alteração do art. 59 do Regulamento do PSI com relação a forma de identificação do beneficiário para utilização da rede conveniada, possibilitando que a Cemig Saúde adote, 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.
- b) A alteração na Seção III – Da cobertura adicional art. 43, I e art. 57 do Regulamento do PSI com a finalidade de descrever as etapas cobertas pela Cemig Saúde para os procedimentos de inseminação artificial, fertilização in vitro e reversão contraceptiva.

47 – Na 569ª reunião da Diretoria Executiva de 15/01/2024 foram aprovadas as alterações:

- a) As alterações nos artigos 7º, 11, 16, 17 e 18 do Regulamento do Fundo Complementar de Assistência à Saúde – FCAS para adequação às disposições estatutárias e consonância entre normativos. As alterações

entram em vigor a partir da data da aprovação do Estatuto Social da Cemig Saúde, ou seja, retroagem a 27 de junho de 2023.

- b) A homologação da alteração do art. 33, §2º, do Regulamento do Fundo Complementar de Assistência à Saúde – FCAS, atualizando o valor expresso no documento para o reembolso de fralda descartável, com a aplicação do índice de 3,71%.

48 – Na 225ª reunião do Conselho Deliberativo de 08/02/2024 foram aprovadas as alterações para:

- a) a aplicação de reajuste negativo em -10% a partir do mês de fevereiro retroativo a janeiro de 2024: (i) para os beneficiários titulares patrocinados e autopatrocinados, o reajuste negativo incidirá nos valores dos limites máximos e mínimos das contribuições no plano de saúde Prosaúde Integrado da Cemig – PSI e para o Programa Odontológico da Cemig – POD Ômega; (ii) para os beneficiários dependentes especiais, o reajuste negativo incidirá nas tabelas de contribuições no plano de saúde Prosaúde Integrado da Cemig – PSI e para o Programa Odontológico da Cemig – POD Ômega; (iii) para as patrocinadoras, o reajuste negativo incidirá nos valores das contribuições patronais no plano de saúde Prosaúde Integrado da Cemig – PSI e no Programa Odontológico da Cemig – POD Ômega; (iv) a manutenção dos valores expressos previstos nos artigos art. 68, alíneas 'a' a 'f', art. 74 e seus §§ 1º e 2º, art. 75 e seu § 1º do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI em razão da ausência de variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços do Mercado IGP-M da Fundação Getúlio Vargas – FGV, apurada entre 01/01/2023 e 31/12/2023.
- b) A deliberação da aplicação do reajuste negativo em -10% (dez por cento) incidirá após a aplicação dos reajustes regulamentares.
- c) Por não revogar o Ato Normativo nº 37 do Regulamento do PSI, promovendo apenas as adequações dos valores.
- d) Todos os valores são vigentes para o ano de 2024.

49 – Nas reuniões da Diretoria Executiva nº 580, de 13/05/2024, 584, de 16/07/2024, 589, de 12/08/2024, 591, de 29/08/2024 e 594, de 18/09/2024, foram aprovadas as alterações nos artigos 43, 65, 71, 72 e 75 referentes ao processo de reembolso. As alterações passam a vigorar a partir de 21/10/2024.

50 - Na reunião da Diretoria Executiva nº 615ª, de 11/02/2025, foram corrigidos os valores expressos no art. 68, alíneas 'b' a 'f', no caput e §§1º e 2º do art. 74, bem como no caput e §1º do art. 75 do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, em razão da variação positiva acumulada de 6,54% no ano anterior,

do Índice Geral de Preços do Mercado/ IGP-M da Fundação Getúlio Vargas – FGV. Os valores são vigentes para o ano de 2025.

51 – Na Assembleia Geral das Patrocinadoras de 21/02/2025, foram aprovados:

- a) a alteração do Regulamento do Prosaúde Integrado – PSI com objetivo de adequar a assistência e o custeio do plano às disposições do Segundo Aditamento ao Convênio de Adesão firmado entre a Cemig Saúde e as empresas CEMIG, CEMIG D, CEMIG GT e Sá Carvalho S.A.. As alterações entraram em vigor em 21/02/2025. A principal mudança, com efeitos a partir de março de 2025, na qual os beneficiários inscritos no PSI serão responsáveis pelo custeio integral das contribuições.
- b) aplicação do reajuste técnico e regulamentar de 60,5% a partir do mês de março de 2025, nos seguintes termos: a) Para os beneficiários titulares ativos, assistidos e outros elegíveis, o reajuste incidirá nos percentuais e nos valores dos limites máximos e mínimos das contribuições no plano de saúde Prosaúde Integrado da Cemig – PSI; b) Para os beneficiários dependentes especiais, o reajuste incidirá na tabela de contribuição e percentual limitador no plano de saúde Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, passando de 9% para 14,4%; c) A aplicação de reajuste de 7,13% a partir do mês de março de 2025, para o valor complementar que era denominado como valor patronal, o reajuste incidirá nos valores das contribuições complementares no plano de saúde Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, corresponde a R\$ 1.051,73 (um mil e cinquenta e um reais e setenta e três centavos); d) A aplicação dos reajustes acima a partir do mês de março não será retroativo a janeiro de 2025; e) Atualização e adequação dos valores das tabelas do Ato Normativo nº 37 do Regulamento do PSI, sem a sua revogação. Ficou registrado que o reajuste e os valores acima estarão vigentes a partir de março de 2025, mantendo-se a data base do reajuste em janeiro.

53- Na 632ª reunião da Diretoria Executiva de 04/08/2025 foram aprovadas as alterações nos artigos 65, parágrafos §1º, incisos I, alíneas a, b, c, d, f e g, II, alínea a, III, alínea b, IV alínea b, V alínea a e b, VI alínea a, VII a, b e c, e o parágrafo §2º; Artigo 66; Artigo 73, parágrafo único; Artigo 100, incisos II e acréscimo do inciso III, 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.

54 – Na Assembleia Geral das Patrocinadoras de 18/12/2025, foram aprovadas a redução do teto anual por grupo familiar e do teto anual adicional do

Programa de Garantias Especiais - PGE para o valor de R\$ 100,00 (cem reais) cada, conforme previsão constante no Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, com vigência a partir de 01/01/2026.

ATO NORMATIVO Nº 3

Dispõe sobre as contribuições dos beneficiários desligados por motivo de aposentadoria, sem benefício previdenciário da Forluz

Considerando o disposto no inciso I, alínea “c” do artigo 11, do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o órgão competente decide:

Art. 1º – O beneficiário aposentado por invalidez, que mantenha vínculo empregatício com sua patrocinadora e que não tenha benefício previdenciário da Forluz, contribuirá para o PSI, nos termos do Capítulo VI – Das Receitas e Atos Normativos.

Art. 2º – O beneficiário que perder o vínculo com a Patrocinadora por motivo de aposentadoria, e com direito a benefício complementar pago pela Forluz, contribuirá para o PSI, nos termos do Capítulo VI – Das Receitas e Atos Normativos.

Art. 3º – A base de cálculo para aplicação da tabela referida nos artigos anteriores será a última remuneração recebida por um mês de pagamento integral, pelo empregado, e que serviu de base para cálculo de contribuição ao PSI, atualizada pelo mesmo índice adotado em relação à totalidade de seus empregados.

Art. 4º – Este Ato entrará em vigor em 01/10/2010. Última alteração aprovada em 21/02/2025 entra em vigor em 21/02/2025.

ATO NORMATIVO Nº 17

Dispõe sobre os critérios de comprovação de união estável

Considerando o disposto no parágrafo 2º do artigo 20 do regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o Conselho Deliberativo decide:

Art. 1º – A união estável para fins de inscrição de companheiro como dependente no PSI será comprovada de uma das seguintes formas:

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

Art. 2º – Este Ato entrará em vigor em 13/12/2013, revogando o Ato Normativo nº 13.

ATO NORMATIVO Nº 22

Dispõe sobre as condições de inscrição e de manutenção, no PSI, de dependentes enquadrados na categoria de filho inválido.

Considerando o disposto no artigo 20 do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o Conselho Deliberativo decide:

Art. 1º – A inscrição e a manutenção de filhos inválidos no PSI, na qualidade de dependentes do titular, estão sujeitas às condições tratadas neste ato normativo e ao disposto no Regulamento do PSI.

Art. 2º – Será exigida, para fins de inscrição dos filhos inválidos no PSI, a apresentação de comunicado de decisão ou carta de concessão emitidos pelo INSS, que ateste a condição da invalidez.

Art. 3º – Na impossibilidade de emissão do documento mencionado no artigo anterior, nos casos em que o beneficiário nunca tenha exercido atividade laborativa, a avaliação médica visando atestar a condição de invalidez será realizada pela própria Cemig Saúde. Contudo, caso esta avaliação não ateste a invalidez, será designada avaliação médica externa específica com especialista indicado pela Operadora.

Art. 4º – A Cemig Saúde poderá exigir, como condição para manutenção dos filhos inválidos no PSI, a apresentação de novos documentos, especialmente quando os documentos apresentados para fins de inscrição tenham prazos de vigência expirados.

Art. 5º – A Cemig Saúde, para fins da certificação da condição de invalidez, implementará procedimentos administrativos de recadastramento, que incluirão avaliações médicas específicas com o objetivo de atestar a permanência da referida condição.

Art. 6º – O não comparecimento do beneficiário convocado ao procedimento de recadastramento ou nos casos de perda da condição de invalidez, o dependente será excluído em 180 (cento e oitenta) dias, salvo hipótese de enquadramento/elegibilidade do beneficiário em outra categoria de dependente. Caso ocorra a exclusão, deverá ser informado a respeito do direito à portabilidade especial de carências para outras operadoras previsto na regulamentação vigente da ANS.

Art. 7º – Este Ato entrará em vigor em 20/11/2015, revogando o Ato Normativo nº 19.

ATO NORMATIVO Nº 29

Manutenção do dependente e dependente especial no PSI após o falecimento do beneficiário titular

Considerando o disposto no artigo 23 do regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o órgão estatutário competente decide:

Art. 1º – Em caso do falecimento do beneficiário titular, os seus dependentes e/ou dependentes especiais manterão automaticamente a sua inscrição no PSI como um único grupo familiar.

Parágrafo Único – Até que recebam benefício previdenciário da Forluz, os dependentes e dependentes especiais manterão a sua inscrição no PSI em categoria transitória por até 60 (sessenta) dias da data do óbito, contribuindo mensalmente com base no último salário do titular falecido. Após o prazo de 60 (sessenta) dias, o grupo se enquadrará nos termos previstos no artigo 12, inciso II alínea “b” não tendo direito à devolução de valores.

Art. 2º – Ficará responsável pelo pagamento das contribuições do PSI, o dependente que for classificado como pensionista titular, ficando os demais como dependentes ou dependentes especiais de acordo com os artigos 20 e 21 com os termos previstos neste regulamento, respeitando-se os limites de idade estabelecidos.

§1º – Somente poderá ser classificado como pensionista titular aquele dependente que estiver recebendo benefício previdenciário da Forluz.

§2º – Para definição do pensionista titular deverá ser observada a seguinte prioridade:

- I. Cônjuge ou companheiro.
- II. Dependente mais velho, exceto inválido.
- III. Dependente especial mais velho.

Art. 3º – O dependente inválido somente assumirá a titularidade na ausência de um membro capaz no grupo familiar, e desde que devidamente assistido por um representante legal.

Art. 4º – Se o grupo familiar optar por ter mais de um pensionista titular, a contribuição de cada pensionista titular será calculada com base no somatório dos benefícios recebidos por cada membro do grupo formado, conforme tabela de contribuição em vigor.

Parágrafo Único – O teto do PGE será também dividido entre os beneficiários titulares proporcionalmente ao número de dependentes ou dependentes especiais associados a este.

Art. 5º – Caso o pensionista titular deseje excluir algum dos seus dependentes, deverá ser observado o seguinte critério:

- I – O dependente especial definido no Art. 21 incisos I e III poderá ser excluído, podendo, entretanto, permanecer no plano de saúde, se elegível para outras categorias, respeitando-se os limites de idade estabelecidos no Regulamento do PSI.

§1º – Caso exista ex-cônjuge ou ex-companheiro na categoria de dependente especial, que não seja beneficiário da Previdência, este poderá permanecer no PSI, considerando os critérios previstos neste regulamento.

§2º – A exclusão de dependente ou dependente especial poderá ser feita pelos canais de atendimento da Operadora.

Art. 6º – Este Ato entrará em vigor em 24/11/2017, revogando o Ato Normativo nº 20. Última alteração aprovada em 21/02/2025 entra em vigor em 21/02/2025.

ATO NORMATIVO Nº 34

Dispõe sobre os critérios de aplicação de penalidades a beneficiários

Considerando o disposto no artigo 16 do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o órgão estatutário competente decide:

Art.1º – O beneficiário estará sujeito às seguintes penalidades por faltas cometidas por ele próprio ou por qualquer de seus dependentes ou dependentes especiais, com relação ao PSI:

- I. Advertência escrita, nos casos de menor gravidade.
- II. Suspensão da inscrição pelo prazo máximo de 12 (doze) meses.
- III. Cancelamento definitivo da inscrição.
- IV. Caso a atualização cadastral mencionada no artigo 14 do regulamento não seja efetivada, o beneficiário titular e seu grupo familiar estarão sujeitos às seguintes penalidades:
 - a) Bloqueio para compra de medicamento em farmácias conveniadas;
 - b) Bloqueio da opção de solicitação de reembolso das despesas realizadas fora da nossa rede conveniada cobertas pelo PGE – Programa de Garantias Especiais.
 - c) A utilização dos serviços contratados durante o período de exclusão ou de carência, nesse caso ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever do inadimplente 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.
 - d) Os beneficiários estão cientes e concordam com o fato de que em caso de 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.
 - e) Caso não sejam devolvidos os cartões de identificação conforme requerido neste Regulamento, e haja utilização indevida, os beneficiários, 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.

Parágrafo Único – Havendo suspensão por 6 (seis) meses ou mais, o beneficiário, seus dependentes e dependentes especiais estarão sujeitos, findada a suspensão, ao cumprimento das carências previstas em Regulamento.

Art. 2º – São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos beneficiários, dependentes e dependentes especiais:

- I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento.
- II. Omitir informações solicitadas ou previstas em Regulamento.
- III. Não apresentar documentação, nos prazos estipulados, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos.
- IV. Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado.
- V. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais.
- VI. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros.
- VII. Falsificar ou adulterar documentos.
- VIII. Descumprir o disposto no artigo 14, incisos III, IV, V e VI do presente regulamento.

§1º – Outros atos ou fatos não relacionados no “caput” que configurem infração aos regulamentos ou à legislação, bem como tentativa ou consumação de fraude, serão, também, a critério da Diretoria Executiva, passíveis de penalidade.

§2º – Caso seja determinada a exclusão pelo cometimento de fraude ou em razão das ocorrências dispostas nos incisos III, IV, V e VI, desde que devidamente comprovados os respectivos fatos, o cancelamento da inscrição será definitivo e não permitirá retorno do beneficiário e/ou do seu grupo familiar ao Plano.

§3º – Caso o beneficiário tenha sido excluído do Plano por qualquer motivo, ou caso o mesmo tenha solicitado a sua exclusão, de forma unilateral, antes da conclusão da Sindicância, na hipótese da Sindicância concluir que os atos praticados pelo mesmo se enquadram nas situações previstas nos incisos III, IV, V e VI, do presente artigo, desde que devidamente comprovados os respectivos fatos, o cancelamento da inscrição será definitivo e não permitirá retorno do beneficiário e/ou do seu grupo familiar ao Plano.

Art. 3º – Conforme o tipo de infração, serão aplicadas as seguintes penalidades previstas nos incisos I a III do artigo 1º:

- I. Nos casos descritos nos incisos I a III do artigo 2º, exceto reincidência, advertência.
- II. Nos casos de reincidência de atos descritos nos incisos I a III do artigo 2º, suspensão ou cancelamento definitivo da inscrição.
- III. Nos casos descritos nos incisos IV a VII do artigo 2º, cancelamento definitivo da inscrição.

§1º – O tempo de duração das penalidades de suspensão será estabelecido pela Diretoria Executiva, conforme a gravidade do caso.

§2º – A Diretoria Executiva deverá, com base no relatório do processo administrativo mencionado no artigo 4º, restringir a punição aos usuários infratores desde que este não seja o titular.

Art. 4º – A aplicação das penalidades somente ocorrerá após aprovação pela Diretoria Executiva do relatório de processo administrativo, exceto para descumprimento do inciso VIII do artigo 2º, deste ato normativo.

§1º – O processo administrativo será instaurado, por decisão da Diretoria Executiva, a pedido de qualquer de seus membros ou da Cemig Saúde.

§2º – A Diretoria Executiva comunicará, por escrito, a instauração do processo administrativo ao beneficiário envolvido, que poderá apresentar defesa no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da comunicação.

Art. 5º – Cabe a Diretoria Executiva examinar o processo encaminhado, podendo promover a busca de documentação complementar, provas e depoimentos para julgar a falta e determinar a penalidade a ser aplicada.

Parágrafo único – A Cemig Saúde instruirá o processo com a documentação que considerar pertinente, assim como aquela requisitada pela Diretoria Executiva.

Art. 6º – No caso em que o ato lesivo tenha sido comprovado após a concessão do benefício correspondente, o PSI deverá ser ressarcido, pelo beneficiário, das despesas incorridas, acrescidas de encargos financeiros correspondentes à variação do IGP-M mais juros de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo das penalidades aqui descritas e ações judiciais cabíveis.

Art. 7º – As penalidades serão comunicadas ao beneficiário pela Diretoria Executiva, através de notificação por escrito, com cópia para a respectiva Patrocinadora.

Art. 8º – Das penalidades aplicadas pela Diretoria Executiva, o beneficiário poderá apresentar recurso a este estatutário, no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da sua ciência.

Art. 9º – Este Ato foi alterado em 27/06/2023. Última alteração aprovada em 21/02/2025 entra em vigor em 21/02/2025.

ATO NORMATIVO Nº 37

Dispõe sobre o Plano de Custeio do Plano PSI, conforme a categoria de beneficiários

Considerando o disposto Capítulo VI – Das Receitas do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o órgão estatutário competente decide:

Art. 1º – Os beneficiários ativos, assistidos e “outros elegíveis” efetuarão contribuições mensais para o PSI, calculadas com base nos percentuais previstos na tabela a seguir:

Faixa etária	Beneficiários Ativos, Assistidos e “outros elegíveis”	
	Beneficiários sem dependentes (%)	Beneficiários com dependentes (%)
De 0 a 18 anos	2,31	3,42
De 19 a 23 anos	4,08	5,75
De 24 a 28 anos	4,08	5,75
De 29 a 33 anos	4,08	5,75
De 34 a 38 anos	4,08	5,75
De 39 a 43 anos	4,08	5,75
De 44 a 48 anos	4,64	6,48
De 49 a 53 anos	5,55	7,42
De 54 a 58 anos	8,15	11,11
59 ou mais anos	9,26	12,23

§1º – Os percentuais previstos na tabela acima serão aplicados sobre a remuneração, no caso dos beneficiários ativos ou sobre a renda global, no caso dos beneficiários assistidos.

§2º – Entende-se como remuneração o total percebido pelo beneficiário ativo da respectiva patrocinadora, excluídas as parcelas de natureza variável, tais como horas extras não contratuais, abonos e participações nos lucros e resultados.

§3º – Entende-se como renda global o somatório dos benefícios previdenciários percebidos da Forluz e da Previdência Social pelo beneficiário assistido.

§4º – A contribuição do beneficiário assistido que tiver recebido, à vista, parte de seu benefício previdenciário, será calculada sobre o valor mensal que perceberia, caso não tivesse feito tal opção.

§5º – Caso o beneficiário assistido não perceba benefício da Previdência Social, a Cemig Saúde fará o cálculo de um valor hipotético do INSS para composição da renda global, para efeito de contribuição ao PSI, sendo este o mínimo entre 70% (setenta por cento) da renda de ativo menos o benefício e, 70% (setenta por cento) teto do INSS.

§6º – Caso o beneficiário o assistido (pensionista) não receba benefício da Previdência Social, será calculado um valor hipotético do INSS para composição da renda global, para efeito de contribuição ao PSI, 70% (setenta por cento) do valor do INSS do beneficiário.

§7º – Quando da apresentação da “carta de concessão” pelo beneficiário assistido, o valor será recalculado, sem que haja devolução ou cobranças retroativas de valores.

§8º – A contribuição mensal obedecerá aos limites relacionados na tabela abaixo:

Faixa Etária	Sem dependentes			Com dependentes		
	Percentual	Mínimo	Máximo	Percentual	Mínimo	Máximo
De 0 a 18 anos	2,31%	232,05	765,74	3,42%	308,72	1.466,70
De 19 a 23 anos	4,08%	273,95	903,99	5,75%	364,48	1.731,30
De 24 a 28 anos	4,08%	273,95	903,99	5,75%	364,48	1.731,30
De 29 a 33 anos	4,08%	273,95	903,99	5,75%	364,48	1.731,30
De 34 a 38 anos	4,08%	273,95	903,99	5,75%	364,48	1.731,30
De 39 a 43 anos	4,08%	273,95	903,99	5,75%	364,48	1.731,30
De 44 a 48 anos	4,64%	306,15	1.010,35	6,48%	407,35	1.873,74
De 49 a 53 anos	5,55%	322,29	1.063,50	7,42%	428,63	1.971,69
De 54 a 58 anos	8,15%	370,61	1.223,03	11,11%	493,09	2.130,26
Acima de 59 anos	9,26%	402,87	1.331,00	12,23%	535,96	2.315,26

§9º – Os limites máximos e mínimos de contribuição dos beneficiários ativos assistidos e “outros elegíveis” serão corrigidos anualmente, no mês de janeiro de

cada ano, pela variação positiva acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

§10º – Anualmente, no mês de dezembro, os beneficiários ativos, assistidos “outros elegíveis” efetuarão uma contribuição extraordinária, no mesmo valor da contribuição daquele mês.

Art. 2º – O valor das contribuições mensais a cargo dos beneficiários ativos, assistidos e “outros elegíveis” para si e seus dependentes, é definido conforme percentual previsto na tabela do art. 1º, observados os valores mínimos e máximos previstos no §8º do mesmo artigo, acrescido da parcela complementar conforme estabelecido no artigo 30 do Regulamento do PSI.

§1º – No caso dos “outros elegíveis”, cedido, licenciado ou demitido sem justa causa, os percentuais da tabela prevista no art. 1º incidirão sobre a última remuneração percebida na condição de beneficiário ativo, atualizada anualmente no primeiro dia do mês de janeiro pela variação positiva acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

§2º – No caso dos “outros elegíveis” que deixou de perceber o benefício previdenciário pago pela Forluz, os percentuais previstos na tabela do art. 1º incidirão sobre a renda global, que corresponderá à soma do benefício do INSS com o valor hipotético da complementação, determinado com base na última complementação percebida, atualizada anualmente pelo índice de reajuste dos benefícios previdenciários pagos pela Forluz.

§3º – Os valores mínimos e máximos previstos no §8º do artigo 1º incidem tão somente sobre a parcela vinculada ao percentual da renda, que, uma vez auferida, deve ser acrescida do valor de contribuição complementar para obter o resultado final da contraprestação pecuniária mensal a ser paga.

§4º – Anualmente, no mês de dezembro, os beneficiários ativos, assistidos e “outros elegíveis” efetuarão uma contribuição extraordinária, no mesmo valor da contribuição daquele mês.

Art. 3º – Obriga-se o beneficiário a manter a Cemig Saúde informada sobre o valor do benefício percebido da Previdência Social, quando esse for necessário para auferir o valor da sua contribuição, constituindo falta grave a ocultação de majoração desse valor, exceto os reajustes de natureza coletiva.

§1º – O beneficiário assistido ou pensionista deverá apresentar obrigatoriamente à Cemig Saúde, a carta de concessão e extrato atualizado emitidos pela Previdência Social, no momento em que se tornar assistido pelo INSS, quando

ocorrer alguma alteração de valor, bem como nos períodos de recadastramento previamente informados.

§2º – Na ausência de apresentação dos documentos informados no parágrafo acima, a Cemig Saúde passará a calcular a renda global, considerando o teto máximo do benefício pago pela Previdência Social, não havendo possibilidade de estorno de valores, mesmo após regularização das informações.

§3º – Fica dispensado de atualização da informação relativa ao valor do benefício pago pela Previdência Social quando este tiver sido alterado por aplicação de índice de reajuste anual oficial.

§4º – Caso o beneficiário assistido não receba benefício pela Previdência Social, deverá obrigatoriamente apresentar a Cemig Saúde declaração de não recebimento de benefício pelo INSS.

Art.4º – Anualmente, no mês de dezembro de cada ano, será cobrada dos beneficiários que recebem Resgate de Reserva Matemática (RRM) e Benefício Temporário Antecipado (BTA) uma 13ª contribuição calculada sobre o valor recebido naquele mês.

Art. 5º – Os dependentes especiais farão contribuições individuais em função da idade de cada usuário inscrito no PSI, cujos valores serão obtidos através das tabelas abaixo:

Faixa etária	Dependentes Especiais	
	Valor da mensalidade (R\$)	Percentual de Variação
De 0 a 18 anos	348,69	-
De 19 a 23 anos	404,49	16,0%
De 24 a 28 anos	469,21	16,0%
De 29 a 33 anos	619,37	32,0%
De 34 a 38 anos	743,22	20,0%
De 39 a 43 anos	847,28	14,0%
De 44 a 48 anos	999,78	18,0%
De 49 a 53 anos	1.169,74	17,0%
De 54 a 58 anos	1.473,86	26,0%
59 ou mais anos	1.886,56	28,0%

§1º – A contribuição mensal referente a cada dependente especial não poderá ser superior a 14,4% (quatorze vírgula quatro por cento) da remuneração do

beneficiário patrocinado ativo ou da renda global do beneficiário patrocinado assistido, sendo que a menor contribuição será de R\$ 348,69 (trezentos e quarenta e oito reais e sessenta e nove centavos), valor correspondente à faixa inicial da tabela.

§2º – Caso o beneficiário assistido não perceba benefício da Previdência Social, a Cemig Saúde fará o cálculo de um valor hipotético, conforme Art. 1º parágrafos 4º a 7º.

§3º – Os valores das mensalidades da tabela prevista no caput deste artigo serão corrigidos anualmente no primeiro dia do mês de janeiro pela variação positiva acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

§4º – Anualmente, no mês de dezembro, os dependentes especiais efetuarão uma contribuição extraordinária, no mesmo valor da contribuição daquele mês.

Art. 6º – Levando em conta a massa de beneficiários vinculada ao PSI, a necessidade de receita apurada na avaliação atuarial, a tabela de custo por faixa etária do PSI é:

Faixa etária	Por beneficiário	
	Valor da mensalidade (R\$)	Percentual de Variação
De 0 a 18 anos	308,06	-
De 19 a 23 anos	357,37	16,0%
De 24 a 28 anos	414,55	16,0%
De 29 a 33 anos	547,22	32,0%
De 34 a 38 anos	656,65	20,0%
De 39 a 43 anos	748,59	14,0%
De 44 a 48 anos	883,32	18,0%
De 49 a 53 anos	1.033,48	17,0%
De 54 a 58 anos	1.302,20	26,0%
59 ou mais anos	1.666,80	28,0%

§1º – Referida tabela deverá ser utilizada pelo beneficiário ativo como conhecimento do seu custo por faixa etária para fins de portabilidade para outras operadoras, o que não se confunde com o pagamento devido ao PSI, que está contemplado nos artigos 1º e 2º deste Ato Normativo neste Regulamento.

§2º – Os valores da tabela prevista no caput deste artigo serão atualizados anualmente de acordo com recomendação do atuário, em virtude dos resultados obtidos na avaliação atuarial.

Art. 7º – As tabelas de contribuição previstas no artigo 1º, caput e §8º, e nos artigos 5º e 6º deverão observar os seguintes requisitos:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.
- II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
- III. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§1º – Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, a contraprestação pecuniária mensal será alterada, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário ou do dependente especial, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

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

Art. 8º – Última alteração aprovada em 21/02/2025, entra em vigor em 21/02/2025.

ATO NORMATIVO Nº 38

Dispõe sobre o cancelamento da inscrição do beneficiário inadimplente

Considerando o disposto no inciso IV do artigo 26 do Regulamento do Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), o órgão estatutário competente decide:

Art. 1º – Completados 30 (trinta) dias de inadimplência do vencimento original, a Cemig Saúde enviará por meio de carta comercial:

- I. Opção de negociação do débito de acordo com as regras vigentes;
- II. Informações das consequências da inadimplência e bloqueio do cartão para compra de medicamentos;
- III. Informações sobre o cancelamento da sua inscrição e dos seus dependentes caso o débito pendente não seja quitado até 60 (sessenta) dias do vencimento original.

§1º – Entende-se por vencimento original o último dia do mês de competência da contribuição e coparticipação.

§2º – Não haverá autorização, em nenhuma hipótese, para faturamento de farmácia.

Art. 2º – Completados 60 (sessenta) dias, a Cemig Saúde enviará carta comunicando o cancelamento da sua inscrição e dos seus dependentes.

Art. 3º – Este Ato entrou em vigor em 30/06/2022, revogando o Ato Normativo nº 32. Alterado em 04/05/2023. Última alteração aprovada em 21/02/2025 entra em vigor em 21/02/2025.