



REGULAMENTO
DO PREMIUM
SÃO PAULO
PATROCINADO
CEMIG SAÚDE
PÓS-ESTABELECIDO



SUMÁRIO

CAPÍTULO I – DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	3
CAPÍTULO II – DO OBJETO DO REGULAMENTO.....	3
CAPÍTULO III – DA NATUREZA DO REGULAMENTO.....	4
CAPÍTULO IV – TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	4
CAPÍTULO V – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA.....	4
CAPÍTULO VI – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	4
CAPÍTULO VII – DAS PATROCINADORAS	4
CAPÍTULO VIII – DOS BENEFICIÁRIOS	7
SEÇÃO I – DA CATEGORIA DE BENEFICIÁRIOS.....	7
SEÇÃO II – DAS CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE	7
SEÇÃO III – DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS	9
SEÇÃO IV – DO RECÉM-NASCIDO	12
SEÇÃO V – DOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA, APOSENTADOS E ASSISTIDOS.....	12
SEÇÃO VI – DA EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR.....	15
SEÇÃO VII – DOS CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO	15
SEÇÃO VIII – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO	18
SEÇÃO IX – DOS DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS.....	19
CAPÍTULO IX – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	22
SEÇÃO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....	22
SEÇÃO II – DAS CONDIÇÕES DE COBERTURA	23
SEÇÃO III - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	30
SEÇÃO IV – DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	30
SEÇÃO V – DA REMOÇÃO	32
SEÇÃO VI – DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA	34
SEÇÃO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	35
CAPÍTULO X – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA	35
CAPÍTULO XI – DA DURAÇÃO DO REGULAMENTO	38
CAPÍTULO XII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA	38
CAPÍTULO XIII – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	40
SEÇÃO I - DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE	40
SEÇÃO II - DA EXCLUSÃO POR FRAUDE	42
CAPÍTULO XIV – DO REEMBOLSO	43
SEÇÃO I – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO PARA OS CASOS DE LIVRE ESCOLHA.....	43
SEÇÃO II - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	48

CAPÍTULO XV - DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS	50
CAPÍTULO XVI – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	52
SEÇÃO I – DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	52
SEÇÃO II – DA AVALIAÇÃO MÉDICA PRÉVIA.....	54
SEÇÃO III - DA COPARTICIPAÇÃO	54
SEÇÃO IV - DA COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	56
SEÇÃO V – DA ALTERAÇÃO E REDIMENSIONAMENTO DE REDE	56
SEÇÃO VI – DOS MECANISMOS DE PORTA DE ENTRADA.....	57
SEÇÃO VII – DA DIVERGÊNCIA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA.....	57
CAPÍTULO XVII – DO CUSTEIO DO PLANO	57
SEÇÃO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....	57
CAPÍTULO XVIII – DO REAJUSTE	58
CAPÍTULO XIX – DA RESCISÃO/SUSPENSÃO	58
CAPÍTULO XX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	59
CAPÍTULO XXI - DOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DE PENALIDADES A BENEFICIÁRIOS	62
CAPÍTULO XXII - DAS DEFINIÇÕES	65
CAPÍTULO XXIII – DA ELEIÇÃO DE FORO.....	72

REGULAMENTO DO PREMIUM SÃO PAULO PATROCINADO CEMIG SAÚDE PÓS-ESTABELECIDO

DADOS GERAIS

Registro do Produto n.º: 507.754/26-1

Contratação: Coletivo empresarial

Abrangência Geográfica: Estadual

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Formação do Preço: Pós-estabelecido por custo operacional

Padrão de Acomodação: Apartamento

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

CAPÍTULO I – DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 A Cemig Saúde, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, devidamente inscrita perante o CNPJ/MF n.º 12.055.813/0001-68, com registro junto à ANS sob n.º 41.750-5, é operadora classificada na modalidade de autogestão, na forma do que dispõe a Resolução Normativa n.º 137, de 2006 e suas alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com sede à Av. arbacena, n.º 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.

CAPÍTULO II – DO OBJETO DO REGULAMENTO

2.1 O objeto deste Regulamento é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 03.06.1998 (Lei dos Planos de Saúde), com as alterações introduzidas pela Medida Provisória n.º 2.177-44/01 e pela Lei n.º 10.223/01, visando à cobertura para as despesas de assistência médica, hospitalar e odontológica (segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia), listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

2.2 Trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato coletivo empresarial.

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

CAPÍTULO III – DA NATUREZA DO REGULAMENTO

3.1 Trata-se de Regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, em caráter aleatório, de natureza bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes.

CAPÍTULO IV – TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 Contrato coletivo empresarial.

CAPÍTULO V – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

5.1 Estadual, compreendendo o Estado de São Paulo/SP.

CAPÍTULO VI – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

6.1 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

CAPÍTULO VII – DAS PATROCINADORAS

7.1 Considera-se patrocinadora a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração, em virtude de vínculo empregatício ou estatutário. São Patrocinadoras da Cemig Saúde para fins do disposto neste Regulamento:

- I. Companhia Energética de Minas Gerais – Cemig, nome fantasia EST UNIF, inscrita no CNPJ sob o n.º 17.155.730/0001-64, localizada na Av. Barbacena, n.º 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 n.º 06.981.176/0001-58, localizada na Av. Barbacena, n.º 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 n.º 06.981.180/0001-16, localizada na Av. Barbacena, n.º 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 n.º 22.261.473/0001-85, localizada na Av. do Contorno, n.º 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 n.º 16.539.926/0001-90, localizada na Av. do Contorno, n.º 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 n.º 03.907.799/0001-92, localizada na Av. Barbacena, n.º 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 n.º 04.881.791/0001-67, localizada na Av. Barbacena, n.º 1.200, 14º andar – Ala A 1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-924.

7.2 O Conselho Deliberativo da Cemig Saúde poderá admitir novas Patrocinadoras na forma da Lei, bem como deliberar a retirada daquelas que deixarem de cumprir os requisitos para se manterem nessa condição.

7.3 Considera-se Patrocinadora de um determinado grupo familiar a empresa com a qual o beneficiário mantém vínculo empregatício ou estatutário.

7.4 O grupo familiar será considerado patrocinado até que a Patrocinadora envie a comunicação à Cemig Saúde sobre o falecimento do beneficiário titular e a opção expressa de permanência do grupo familiar no plano de saúde, inclusive com assunção da responsabilidade financeira integral das contribuições. A partir dessa informação, a Cemig Saúde providenciará, no prazo de até 3 (três) horas dias úteis, a migração do grupo familiar para a categoria dos autopatrocinados em plano próprio.

7.5 São obrigações das Patrocinadoras:

- I. Efetuar o pagamento dos custos decorrentes da utilização do plano de saúde, compreendendo consultas, exames, internações e demais procedimentos cobertos, bem como pela taxa de administração cobrada;

- II. Realizar o desconto, em folha de pagamento de seus empregados inscritos no plano de saúde e respectivos dependentes diretos, das coparticipações devidas, repassando-as à Cemig Saúde, conforme disposto neste Regulamento.
- III. Acompanhar, junto à Cemig Saúde, o desempenho do plano de saúde.
- IV. Fornecer a relação dos beneficiários e realizar a inscrição junto à Cemig Saúde informando os dados cadastrais e funcionais dos beneficiários titulares e respectivos dependentes, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela Cemig Saúde, bem como os comprovantes de vinculação do beneficiário titular com a Patrocinadora contratante, atendendo aos requisitos de segurança e proteção dos dados exigidos pela Cemig Saúde.
- V. Enviar as atualizações relacionadas ao cadastro dos seus empregados e respectivos dependentes, e-mails dos beneficiários, assim como endereços residenciais e demais dados, nos moldes requeridos pela Cemig Saúde, sempre que houver alteração ou quando solicitado pela Operadora.
- VI. Comunicar à Cemig Saúde formalmente, por meio físico ou eletrônico, as exclusões de beneficiários para os efeitos deste Regulamento, especialmente quando do falecimento dos referidos beneficiários.
- VII. Diligenciar, junto à Cemig Saúde, para a obtenção de todo consentimento, quando por esta solicitado, do beneficiário, necessário para a execução deste Regulamento, quando a Cemig Saúde exercer atividade de CONTROLADORA DE DADOS PESSOAIS.
- VIII. Comunicar, imediatamente à Cemig Saúde, a perda da elegibilidade para figurar como Patrocinadora.

Parágrafo Único. As informações mencionadas nos incisos IV e V acima, deverão ser acompanhadas dos respectivos documentos comprobatórios, sob pena de não serem efetivadas as atualizações cadastrais pela Cemig Saúde.

7.6 São direitos das Patrocinadoras:

- I. Receber, sempre que solicitado, todos os relatórios de utilização emitidos pela Cemig Saúde, dos beneficiários patrocinados e respectivos dependentes, com base no direito da Patrocinadora de gerir o Regulamento;
- II. Conferir os valores pagos;

- III. Elaborar programas de atenção à saúde, em especial os ocupacionais;
- IV. Conferir os resultados assistenciais e financeiros do plano para fins de acompanhamento e eventual definição de medidas de gestão, sendo a Patrocinadora integralmente responsável pelo custeio das despesas efetivamente incorridas, nos termos deste Regulamento e Convênio Pactuado.

Parágrafo Único. Os dados constantes nos relatórios mencionados no inciso I acima serão anonimizados, sem que haja qualquer identificação do titular do dado, visando aderência a Lei 13.709/2018.

CAPÍTULO VIII – DOS BENEFICIÁRIOS

SEÇÃO I – DA CATEGORIA DE BENEFICIÁRIOS

8.1 Para fins do presente Regulamento, os beneficiários são classificados nas seguintes categorias:

- a) beneficiário titular (patrocinado) - empregado em atividade em uma das Patrocinadoras, bem como diretor de Patrocinadora e seus respectivos dependentes, cuja contribuição será custeada pela Patrocinadora, conforme produto escolhido por esta.
- b) beneficiário dependente direto – beneficiário vinculado ao beneficiário patrocinado que se enquadra na condição de cônjuge ou companheiro, 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, menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular, até que complete 18 (dezoito) anos de idade e ex-cônjuge/companheiro, até que seja incluído novo cônjuge/companheiro, observados os critérios previstos no presente Regulamento.

SEÇÃO II – DAS CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

8.2 Podem ser beneficiários titulares (patrocinados) os:

- a) empregados em atividade ou diretor de Patrocinadora;
- b) empregados em gozo de auxílio-doença;
- c) empregados licenciados ou cedidos, com remuneração, pela respectiva Patrocinadora por interesse desta;
- d) respectivos dependentes diretos daqueles listados nas alíneas anteriores.

8.2.1 O beneficiário previamente vinculado a uma das Patrocinadoras listadas na cláusula 7.1 deste Regulamento e que perder uma das características dispostas no caput, caso tenha interesse em permanecer como beneficiário da Cemig Saúde, poderá fazê-lo desde que na qualidade de beneficiário autopatrocinado, devendo seguir o disposto em Regulamento e Produto próprio disponibilizado pela Operadora.

8.2.1.1 Os beneficiários autopatrocinados serão integralmente responsáveis pelo custeio do plano de saúde, podendo ingressar em plano específico para esta categoria, desde que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos naquele Regulamento e respectivo produto disponibilizado pela Operadora.

8.2.1.2 O beneficiário patrocinado que se encontrar licenciado a pedido, sem percepção de remuneração, poderá optar pelo ingresso em outro plano desta Operadora na condição de autopatrocinado, no prazo de até 60 (sessenta) dias, juntamente com seu grupo familiar, desde que observadas as disposições dos Regulamentos e dos produtos específicos disponibilizados pela Operadora para esta categoria.

8.3 Podem ser beneficiários dependentes diretos aqueles que possuam vínculo devidamente comprovado com o beneficiário titular ativo no plano, sendo, exclusivamente:

- a) cônjuge ou companheiro (no caso de união estável, devidamente comprovada);
- b) 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;
- c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular, até que complete 18 (dezoito) anos de idade; e
- d) ex-cônjuge/companheiro, até que seja incluído novo cônjuge/companheiro.

8.3.1 Considera-se companheira a pessoa que mantém união estável com o(a) beneficiário(a), de acordo com a legislação vigente, sendo os critérios de comprovação:

- a) decisão judicial proferida em ação de reconhecimento de união estável;

- b) declaração pública de união estável, firmada em cartório competente;
- c) declaração privada, com firma reconhecida em cartório.

8.3.1.1 Não será admitida a inscrição de mais de um dependente na categoria cônjuge ou companheiro, bem como a inscrição de cônjuge e companheiro de forma concomitante.

8.3.2 Equiparam-se aos filhos, nas condições estabelecidas na cláusula 8.2 e mediante declaração escrita do beneficiário titular:

- a) enteado, enquanto o seu progenitor (a) permanecer inscrito no plano de saúde;
- b) menor que, por determinação judicial, se ache sob sua guarda ou tutela;
- c) menor que se ache sob sua tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

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

SEÇÃO III – DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

8.4 Poderá inscrever-se como beneficiário do plano de saúde todo aquele que se enquadrar nas condições previstas neste Regulamento, sendo que, a inscrição prévia como beneficiário é requisito indispensável para o direito à percepção de qualquer benefício do plano de saúde.

8.4.1 O beneficiário patrocinado terá a contribuição parcial ou integralmente custeada pela Patrocinadora, conforme definido pela Patrocinadora.

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

8.5.1 Toda inscrição implica na aceitação irrestrita, por parte dos beneficiários (titulares e dependentes), das disposições contidas neste Regulamento.

8.5.2 A inscrição dos beneficiários poderá ocorrer, ainda, mediante processo de migração entre planos, conforme definição das Patrocinadoras, observadas as normas internas da Cemig Saúde.

8.5.3 Os beneficiários migrados, declaram, para todos os fins de direito, ter plena ciência e expressa anuência quanto às informações constantes do Formulário de Inscrição, o qual integra, para todos os efeitos, o presente Regulamento, encontrando-se disponível para consulta no site da Cemig Saúde.

8.6 O beneficiário titular, que esteja ativo no plano de saúde, poderá inscrever dependentes diretos, desde que realize a comprovação documental do vínculo existente, conforme critérios taxativos definidos na seção II deste capítulo.

8.7 A inscrição dos dependentes diretos neste Regulamento fica condicionada à participação do beneficiário titular, ressalvados os casos de direito de manutenção na qualidade de autopatrocinado, em caso de óbito do titular, devendo seguir o disposto nos Regulamentos e planos próprios disponibilizados pela Operadora para essa categoria.

8.8 O dependente direto, inscrito na forma deste Regulamento, no momento do falecimento do beneficiário titular, poderá manter sua inscrição em outro plano desta Operadora, na condição de autopatrocinado, desde que formalize o interesse em manter-se como beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias, e assuma integralmente a responsabilidade pelo pagamento da contribuição, cabendo ao responsável legal, nos casos de menor de idade ou incapaz, a formalização do interesse e a responsabilidade financeira.

8.9 O grupo familiar será mantido neste plano até que a Patrocinadora envie a comunicação à Cemig Saúde sobre o falecimento do beneficiário titular e a opção expressa de permanência do grupo familiar em plano autopatrocinado, inclusive com assunção da responsabilidade financeira integral das contribuições. A partir dessa informação, a Cemig Saúde providenciará, no prazo de até 3 (três) dias úteis, a migração do grupo familiar para o plano autopatrocinado.

8.9.1. Na hipótese de mora entre o falecimento do beneficiário titular e a comunicação à Cemig Saúde, permanecerão devidas as mensalidades relativas ao período entre os atos.

8.10 Para definição do novo beneficiário titular, deverá ser observada a seguinte prioridade:

- a) cônjuge ou companheiro.
- b) dependente mais velho, exceto inválido.

8.10.1 O dependente incapaz e/ou menor assumirá excepcionalmente a titularidade na ausência de um membro capaz no grupo familiar, desde que devidamente assistido por um representante legal.

8.10.2 O dependente é obrigado a apresentar, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, o termo disponibilizado pela Cemig Saúde assinado assumindo a responsabilidade financeira e obrigações contratuais sob pena de ser efetivada a exclusão do grupo familiar.

8.11 O beneficiário titular poderá alterar a relação de dependentes por ele inscritos, não podendo haver mais de um dependente na categoria cônjuge/companheiro.

8.11.1 O beneficiário titular poderá manter o ex-cônjuge/companheiro até inscrição de novo cônjuge ou companheiro, na qualidade de seu dependente direto.

8.11.2 Quando houver o pedido para a inclusão de novo cônjuge/companheiro, o (a) ex-cônjuge poderá manter-se no plano, desde que na qualidade de autopatrocinado, arcando integralmente com a contribuição.

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

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

SEÇÃO IV – DO RECÉM-NASCIDO

8.14 O plano oferece cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, observadas as seguintes condições:

- a) Fica assegurada a inscrição do filho natural ou adotivo do beneficiário, que possa ser incluído no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, e que o beneficiário ao qual seja vinculado não esteja cumprindo carências;
- b) Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário;
- c) A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- d) A inscrição independe de o parto ter sido coberto pelo plano ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência;
- e) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano;
- f) O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda;
- g) A inscrição do recém-nascido pelo dependente do plano observará as condições de elegibilidade previstas neste Regulamento;
- h) O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário do plano, ou sob guarda ou tutela, pode ser inscrito em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
- i) O filho menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, pode ser inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
- j) A inscrição de dependente (recém-nascido, menor, adotado e menor sob guarda ou tutela) observará as condições de elegibilidade previstas neste Regulamento.

SEÇÃO V – DOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA, APOSENTADOS E ASSISTIDOS

8.15 O beneficiário patrocinado que perder o vínculo com a Patrocinadora por motivo de aposentadoria concedida pela previdência social, que seja beneficiário de plano complementar junto à Forluz, ou que tenha sido demitido ou exonerado sem justa causa, poderá ingressar em outro produto oferecido por esta Operadora, na condição de beneficiário autopatrocinado, conforme valores definidos em Regulamento e plano próprio para essa categoria.

8.16 Além do direito de ingresso no plano de saúde autopatrocinado, é assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado/assistido e seus respectivos dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências, em outras operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

8.17 O beneficiário que perder o vínculo com a respectiva Patrocinadora, em virtude de demissão ou exoneração por justa causa, não poderá ingressar em plano de saúde da Cemig Saúde, na qualidade de autopatrocinado.

8.18 O direito de ingressar em plano na categoria de autopatrocinado dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à Patrocinadora, quando o beneficiário até então patrocinado se manifestar expressamente no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados:

- a) Da comunicação da Patrocinadora sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da rescisão do contrato de trabalho, para o demitido ou exonerado sem justa causa; ou
- b) Do início da cessão ou da licença, para o cedido ou licenciado, que deverá ser comunicado formalmente pela Patrocinadora.

8.18.1 Mesmo que o beneficiário ex-empregado não tenha contribuído para o plano de saúde, a Patrocinadora, por liberalidade, poderá assegurar o ingresso em novo plano desde que este assuma integralmente a responsabilidade financeira pela contribuição, enquadrando-se na modalidade de beneficiário autopatrocinado, conforme planos e Regulamentos próprios da Operadora.

8.18.2 Caso ingresse em plano autopatrocinado, o período de manutenção da condição de beneficiário será indeterminado.

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

8.19.1 Independentemente do prazo que o beneficiário permanecer ativo no plano de saúde como patrocinado, a Patrocinadora poderá, por liberalidade, assegurar a permanência dos beneficiários por prazo indeterminado desde que este assuma integralmente a responsabilidade financeira pela contribuição, enquadrando-se na modalidade de beneficiário autopatrocinado em plano próprio da categoria.

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

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

8.20.1 O cancelamento também acarretará, imediata e automaticamente, independentemente de qualquer notificação, a caducidade dos direitos relativos aos seus dependentes diretos, ressalvada a hipótese de cancelamento por motivo de falecimento, em que haverá direito de permanecerem no plano de saúde como autopatrocinado, nos termos estabelecidos no presente Regulamento.

8.20.2 Não caberá devolução de quaisquer quantias pagas pelo beneficiário autopatrocinado a título de contribuição ao plano de saúde em data anterior ao cancelamento de sua inscrição.

SEÇÃO VI – DA EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

8.21 A manutenção em plano autopatrocinado de beneficiário ex-empregado demitido ou aposentado prevista neste Regulamento é extensiva ao seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

8.21.1 O direito de permanência dos beneficiários dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular está restrito às mesmas condições pactuadas para a permanência do beneficiário ex-empregado.

8.21.2 O ex-empregado, na condição de beneficiário titular, assumirá a responsabilidade pelo pagamento do valor integral das mensalidades de todo o seu grupo familiar em plano autopatrocinado.

8.21.3 Durante a permanência de que trata esta cláusula, o beneficiário ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos, respeitados os trâmites de inclusão de beneficiários e os prazos de carência estipulados no presente Regulamento.

8.21.4 Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência em plano autopatrocinado é assegurado aos beneficiários dependentes que já estiverem inscritos, quando da extinção do contrato de trabalho, nos termos dispostos neste Regulamento, devendo a Patrocinadora com o qual aquele tenha vínculo apresentar à Cemig Saúde o termo de opção do beneficiário ex-empregado que discrimine a relação dos dependentes que serão mantidos nessa condição.

SEÇÃO VII – DOS CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO

8.22 Caso o beneficiário titular deseje excluir algum dos seus dependentes, deverá ser observado o seguinte critério:

- a) Caso exista ex-cônjuge ou ex-companheiro na categoria de dependente, que não seja beneficiário da Previdência/ Forluz, este poderá permanecer no plano de saúde próprio para autopatrocinado;
- b) A exclusão de dependente direto somente poderá ser solicitada por beneficiário titular, podendo ser realizada presencialmente, por meio de atendimento telefônico ou ainda por meio da página da Operadora na internet, e será formalizada pela Cemig Saúde em e-mail a ser enviado ao solicitante.

8.23 Após o óbito do beneficiário titular, poderão ser incluídos novos dependentes nos produtos autopatrocinados de acordo com as condições estabelecidas em Regulamento próprio.

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

- a) perda do vínculo do beneficiário titular com a Patrocinadora;
- b) falecimento do beneficiário patrocinado, após a comunicação do fato à Cemig Saúde pela Patrocinadora;
- c) perda da qualidade de beneficiário dependente direto, conforme requisitos do presente Regulamento;
- d) no caso de inadimplência, observadas as regras neste Regulamento.
- e) quando ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano de saúde;
- f) a prática de fraude, omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da ficha de inscrição;
- g) prática de infrações pelo beneficiário com a finalidade de obter vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- h) casos de faltas ou mau comportamento, definidos como assédio moral, sexual, discriminação, agressão física, agressão verbal, roubo e furto.

8.24.1 A comunicação de que trata a alínea “b” acima, deve ocorrer em, no máximo, 3 (três) dias do óbito, sob pena de serem apurados eventuais prejuízos à Operadora e cobrados do responsável (grupo familiar ou Patrocinadora).

8.24.2 Nas hipóteses previstas na alínea “c” acima, os dependentes serão automaticamente excluídos do plano de saúde.

8.24.3 A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s), mas estes podem optar pela permanência em plano autopatrocinado caso manifestem esta intenção no prazo máximo de 30 (trinta) dias diretamente à Cemig Saúde.

8.24.4 Nas hipóteses previstas na alínea “e” a “h” os beneficiários serão excluídos do plano de saúde, sendo assegurado o direito a ampla defesa e devido processo legal ao beneficiário, nos termos do estabelecido no Capítulo XXI deste Regulamento que trata dos critérios de aplicação de penalidades a beneficiários.

8.24.5 A comunicação para a Cemig Saúde sobre o falecimento do beneficiário é obrigação da Patrocinadora com a qual o beneficiário mantinha vínculo e, até que o faça formalmente, esta permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde e de seus dependentes diretos.

8.25 A Patrocinadora deverá informar ao (s) beneficiário(s) sobre sua (s) obrigação(os) de deixar de utilizar imediatamente o cartão digital, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes, sob pena de arcar integralmente com quaisquer débitos então existentes com o plano de saúde e com as despesas decorrentes do uso indevido realizado após o cancelamento.

8.26 A Patrocinadora deverá, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido efetuado pelo beneficiário titular para a sua exclusão ou a de seu(s) dependente(s), comunicar formalmente a Cemig Saúde o recebimento da aludida solicitação. Somente após ultrapassados o prazo de 30 (trinta) dias é que o beneficiário poderá requerer a sua exclusão ou de seus dependentes diretamente na Cemig Saúde.

8.27 A exclusão do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s) terá efeito imediato a partir da ciência pela Cemig Saúde, nos termos do que dispõe a Resolução Normativa n.º 412/2016 da ANS, e suas eventuais posteriores modificações, cujas disposições deverão ser cumpridas na execução do presente Regulamento.

8.28 Para proceder com a solicitação de exclusão de um beneficiário patrocinado que esteja ativo do plano de saúde, caberá à Patrocinadora, obrigatória e expressamente, informar à Cemig Saúde:

- a) Se o beneficiário foi excluído a pedido, por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o beneficiário demitido sem justa causa se trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na Patrocinadora após a aposentadoria;
- c) Se o ex-empregado optou formalmente pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição;
- d) Se o ex-empregado manterá seus dependentes inscritos no plano de saúde.

8.29 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários do plano de saúde, mediante comprovação de que o beneficiário foi comprovadamente comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN n.º 488/2022, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

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

SEÇÃO VIII – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

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

8.31.1 O cartão de identificação é PESSOAL e INTRANSFERÍVEL, podendo somente utilizar os serviços credenciados por meio dele o beneficiário nele

identificado, sendo este responsabilizado por todo uso em desacordo com o presente Regulamento.

8.31.2 Cada um dos beneficiários se obriga, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Regulamento, ou ainda de exclusão do beneficiário titular ou dependente, a não mais utilizar os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela Cemig Saúde, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos. Nessas hipóteses, a Cemig Saúde está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário.

8.31.3 Considera-se uso indevido, por exemplo, a comprovada utilização desses documentos para obter atendimento por aqueles que perderam a condição de beneficiário, por qualquer motivo, ou, em qualquer hipótese, por terceiro, que não seja beneficiário, com ou sem o conhecimento deste.

8.31.4 As utilizações indevidas para obtenção de atendimento após a rescisão, resolução, resilição ou exclusão de beneficiário, serão faturadas ao beneficiário ou à Patrocinadora, conforme o caso, em custo operacional.

SEÇÃO IX – DOS DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS

8.32 São obrigações de cada um dos beneficiários, dentre outras:

- a) Manter-se informado sobre o Regulamento do plano de saúde disponível no portal da Operadora, zelando por sua correta aplicação;
- b) Comunicar formalmente à Patrocinadora sobre a exclusão do plano, enquanto titular e também como responsável pelos seus dependentes diretos. Este cancelamento poderá ocorrer por liberalidade do titular ou quando ocorrer qualquer alteração na situação do titular ou de seus dependentes, que altere requisitos estabelecidos neste Regulamento como, por exemplo, estado civil, união estável, emancipação, renda, mudança de categoria;
- c) Deixar de utilizar imediatamente o cartão digital, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o plano de saúde, bem como se

- responsabilizando pelo pagamento das despesas decorrentes do uso indevido realizado após o cancelamento;
- d) Prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a avaliação médica ou exames, quando solicitados pela Cemig Saúde, respeitadas as diretrizes regulatórias;
 - e) Efetuar a atualização dos dados pessoais do titular e todos os seus dependentes inscritos, apresentando todas as informações e documentos necessários para cumprimento das legislações específicas em vigor. Comunicar, nos canais oficiais da Cemig Saúde, versões mais recentes dos dados para contato, a fim de viabilizar uma comunicação eficiente;
 - f) Consultar, regularmente, todas as informações do seu plano, por meio do portal ou outros canais disponibilizados pela Cemig Saúde;
 - g) Efetuar inscrições no plano como titular bem como de seus dependentes, responsabilizando-se por informar à Cemig Saúde os dados cadastrais e fornecer os documentos obrigatórios para efetivar a (s) inclusão (ões), informando ainda os dados do responsável financeiro, quando se tratar de inscrição de dependentes especiais, observadas as Regras dos Regulamentos aplicáveis;
 - h) Informar os dados do representante legal, no caso de menores de idade/incapaz, condição essa imprescindível para que seja executada a inclusão deste dependente no plano de saúde;
 - i) Disponibilizar toda documentação solicitada pela Operadora, quando necessário realizar alguma comprovação que consubstancie algum pedido feito à Cemig Saúde.

8.32.1 No caso do disposto na alínea “c”, a patrocinadora ou o beneficiário, conforme responsabilidade apurada, deverá repassar/pagar os valores de contribuições e coparticipações, juntamente com o grupo familiar, ou seja, incluindo os valores dos dependentes diretos.

8.32.2 Será restrito ao titular do dado 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.

8.33 A Cemig Saúde poderá acionar qualquer beneficiário, por meio dos contatos registrados no sistema da Operadora, sobre a necessidade de atualização cadastral.

8.34 Caso o beneficiário não efetue a atualização cadastral e, mesmo após acionado pela Cemig Saúde, em 3 (três) tentativas de contato sem sucesso para este fim, será considerada ausência da atualização necessária e, portanto, omissão do beneficiário.

8.34.1 Além da omissão ou recusa em prestar informações solicitadas pela Operadora, conforme tratado na cláusula 8.40, são consideradas faltas por parte do beneficiário:

- a) Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento, respeitadas as diretrizes regulatórias;
- b) Não apresentar documentação solicitada pela Operadora, nos prazos estipulados por esta, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos;
- c) Ser conivente com documentação para adiantamento ou para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- d) Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes;
- e) Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros, ficando sujeito à responsabilização por todas as consequências e, comprovada a fraude, a exclusão do respectivo beneficiário;
- f) Falsificar ou adulterar documentos e/ou dados.

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

8.36 São direitos dos beneficiários:

- a) Acompanhar o desempenho do plano de saúde, por meio das publicações realizadas pela Operadora e informações divulgadas em seus canais oficiais;

- b) Recorrer, formalmente, a todos os canais disponibilizados pela Cemig Saúde para apresentar questões relativas ao seu plano de saúde, apresentando suas razões de forma clara e fundamentada;
- c) Obter informações relativas aos seus processos e às despesas realizadas com sua assistência, conforme determinado pela ANS;
- d) Encaminhar sugestões, denúncias e críticas à Cemig Saúde através da Ouvidoria e demais canais próprios da Operadora.

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

CAPÍTULO IX – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

SEÇÃO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

SEÇÃO II – DAS CONDIÇÕES DE COBERTURA

9.4 A Cemig Saúde arcará com os custos das coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9.656/98), do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e cobertura adicional a ser definida pela Diretoria Executiva, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidos neste Regulamento.

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

- I. cobertura de consultas médicas presenciais, em clínicas básicas e especializadas, e não presenciais (teleconsulta), em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, “a”, da Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- II. garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/98);
- III. cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (artigo 7º da Resolução CONSU 13/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- IV. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista

- devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, “b”, da Lei 9.656/98, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/07);
- V. cobertura de consulta/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapia, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões, mediante indicação do médico assistente e de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- VI. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- VII. cobertura para os seguintes procedimentos:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal, listados no Rol de Procedimentos da ANS – CAPD;
 - b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
 - c) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - e) hemoterapia ambulatorial, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- VIII. Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

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

- I. cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- II. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, “b”, da Lei 9.656/98);
- III. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, conforme legislação vigente;

- IV. cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada conforme necessidade do paciente, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- V. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou administrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, “d”, da Lei 9.656/98);
- VI. cobertura de taxas, materiais e medicamentos utilizados vinculados aos procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Cemig Saúde e os prestadores de serviço de saúde credenciados;
- VII. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e devidamente registradas na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- VIII. cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária atestada por médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Regulamento, em território brasileiro (artigo 12, II, “e” da Lei 9.656/98);
- IX. cobertura para remoção do beneficiário de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, não referenciado e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital referenciado, credenciado, e da rede própria da Cemig Saúde, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na regulamentação da ANS.
- X. cobertura de despesas relativas ao acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo

contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente (artigo 12, II, “f”, da Lei 9.656/98 c/c artigo 16 da Lei 10.741/03 – Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento) e também as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

- XI. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- XII. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação administrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observado os seguintes critérios:
 - a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento da segmentação odontológica ou ambulatorial requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente;
 - b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

- c) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura deste plano.
- XIII. cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal– CAPD;
 - b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Definem-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
 - c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - k) acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, dos pacientes submetidos a transplantes, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

- XIV. cobertura de cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9.656/98, incluído pela Lei 10.223/01);
- XV. cobertura de cirurgia reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XVI. custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de Regulamento, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. Após superado o prazo citado, o custeio do tratamento fica sujeito à participação financeira do beneficiário ou Patrocinadora, conforme informado no Formulário de inclusão.
- XVII. regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XVIII. transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:
 - a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS.
- XIX. por imperativo clínico, havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esses se darão a critério do médico assistente.

9.7 Cobertura obstétrica: compreende toda cobertura definida na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela Cemig Saúde, conforme o guia da rede credenciada do plano adquirido (disponibilizado

no site www.cemigsaude.org.br e aplicativos, periodicamente atualizados), desde que cumpridas as carências previstas neste Regulamento, observadas as seguintes exigências:

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

SEÇÃO III - DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

9.8 O padrão de acomodação em regime de internação disponibilizado por este produto será na modalidade Apartamento.

SEÇÃO IV – DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.9 Para efeito da cobertura assistencial prevista neste Regulamento, considera-se:

- a) Urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

- b) Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico.
- c) Emergência é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

9.10 Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitadas às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, em regime ambulatorial. O atendimento de urgência e emergência, durante o período de carência, será garantido até as primeiras 12 (doze) horas, em ambulatório, sendo que:

- a) No caso de necessidade de internação (mesmo em tempo menor do que 12 (doze) horas ou se a permanência em ambiente ambulatorial superar esse período, cessará o ônus da Cemig Saúde, passando a responsabilidade financeira ao beneficiário ou seu representante legal;
- b) Caso não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário ou seu representante legal e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Cemig Saúde, desse ônus;
- c) Despesas com remoção, em ambulância, com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida do beneficiário para outro estabelecimento de saúde credenciado ou para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- d) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

9.11 A Cemig Saúde garantirá ainda o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, 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 (PAC) relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.12 O atendimento decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridos 24 (vinte e quatro) horas da data de inscrição no plano, inclusive para os casos que evoluírem para internação.

SEÇÃO V – DA REMOÇÃO

9.13 O plano oferece cobertura de remoção terrestre em ambulância, na área de abrangência do produto, para os casos de internação hospitalar ou em decorrência desta, quando devidamente comprovada a impossibilidade real de locomoção do paciente, documentada em relatório médico.

9.14 As modalidades de remoção cobertas pelo plano são as seguintes:

- a) Remoção em ambulância terrestre com suporte básico, com acompanhamento de profissional de enfermagem; e
- b) Remoção em ambulância terrestre de suporte avançado, com acompanhamento médico.

9.14.1. A modalidade de remoção será definida conforme a indicação do médico assistente e avaliação da auditoria da peradora, observada a necessidade assistencial do beneficiário.

9.15 As remoções poderão ocorrer:

- a) Entre hospitais ou clínicas credenciadas, nos casos de realização de exames complementares e/ou outros procedimentos não disponíveis no estabelecimento de origem ou para transferir definitivamente o paciente para outra clínica/hospital, por falta de condições técnicas e deficiências de serviços;
- b) De serviços não credenciados para a rede credenciada, desde que mantida a internação;
- c) Para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade da prestação de assistência, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a permanência do paciente, só cessando a responsabilidade do plano sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

9.16 Nos casos previstos anteriormente em que a remoção terrestre em ambulância não for possível em decorrência da distância e da ausência de capacidade de dar continuidade ao atendimento, naquela localidade, devido às condições clínicas do paciente, o plano garantirá a transferência intra-hospitalar aérea para o município mais próximo com capacidade de atendimento, por meio da contratação direta de prestadores, desde que atenda as seguintes condições:

- a) Não exista possibilidade de prestar o atendimento no município em que ocorreu a doença ou agravo à saúde;
- b) Que a transferência seja de um hospital de menor recurso para um com capacidade de atendimento;
- c) Que existam condições técnicas, definidas em legislação específica, para o transporte aeromédico;
- d) Que exista autorização expressa para a transferência emitida pelo médico assistente; e
- e) Que exista vaga garantida para a internação no hospital de destino.

9.17 Será garantida a remoção intra-hospitalar do paciente dentro dos limites do território nacional, via terrestre, comprovadamente necessária e mediante manifestação do médico assistente, e prévia autorização da Cemig Saúde, exceto para os casos de urgência e emergência.

9.18 Será garantida remoção terrestre para hospital credenciado ou conveniado da rede do SUS (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel) e o transporte entre estabelecimentos hospitalares, dentro do território nacional, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de beneficiário que esteja cumprindo período de carência para internação.

9.19 A cobertura de remoção será garantida para continuidade do atendimento ao paciente ou pela necessidade de internação, para os beneficiários que estiverem cumprindo carência.

9.20 Quando não puder haver remoção por risco de morte ou que o beneficiário esteja cumprindo período de carência, ele ou seu representante legal e o prestador do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Cemig Saúde desse ônus.

9.21 Caberá a Cemig Saúde o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para a unidade do SUS, que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

9.22 A Cemig Saúde disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário, quando efetuado o registro na unidade SUS.

9.23 Quando o beneficiário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a Cemig Saúde estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

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

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

SEÇÃO VI – DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

9.25 O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência em leito hospitalar por até 12 (doze) horas, independentemente da acomodação contratada, sendo que, o regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico, será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.

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

9.26 Os valores de coparticipação serão cobrados do beneficiário nos casos de regime de internação em hospital-dia, salvo nos casos em que se exija a

manutenção do paciente no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os valores previstos no Formulário de Inclusão para internações em regime hospitalar.

SEÇÃO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.27 Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e as internações, previstos neste Regulamento, pela Cemig Saúde, por meio dos médicos credenciados e rede credenciada, na área de atuação do produto, conforme constante do guia da rede credenciada do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, em todo território brasileiro, respeitada a estrutura física do prestador de atendimento, conforme a rede contratada fora da área de abrangência.

9.28 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento, sendo que, a Cemig Saúde não se responsabilizará por qualquer acordo particularmente ajustado pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

CAPÍTULO X – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1 Não são passíveis de cobertura:

- I. consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- II. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou, ainda, que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- III. exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- IV. cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

- V. Procedimentos transexualizador ou de afirmação de gênero, que estiverem fora das diretrizes regulatórias;
- VI. atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VII. aplicação de vacinas preventivas;
- VIII. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- IX. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas; transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;
- X. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- XI. cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- XII. tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XIII. tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;
- XIV. fornecimento de medicamento e demais insumos para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais, medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico, constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XV. exames médicos para a prática de natação ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI. aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XVII. órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- XVIII. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XIX. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- XX. implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- XXI. tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XXII. procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;
- XXIII. procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado;
- XXIV. procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados e entidades não contratadas;
- XXV. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXVI. identificação de cadáveres ou restos mortais;
- XXVII. solicitação de exames e prescrição de medicamentos por profissionais não médicos, exceto solicitações de cirurgião-dentista para procedimentos relacionados com a especialidade de acordo com o rol de procedimentos da ANS;
- XXVIII. medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- XXIX. despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contraindicação do médico assistente;
- XXX. produtos de toalete e higiene pessoal;
- XXXI. serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto como também qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Rol em curso;
- XXXII. despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não credenciados ou entidades não credenciadas;
- XXXIII. serviços realizados em desacordo com o disposto neste Regulamento;
- XXXIV. exames médicos admissional periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional;
- XXXV. qualquer atendimento fora da rede credenciada, notadamente em hospital que não faça parte da referida rede, independentemente da situação ou justificativa, notadamente que possua tabela própria de negociação ou hospital considerado de alto custo em relação à rede credenciada e referenciada.

CAPÍTULO XI – DA DURAÇÃO DO REGULAMENTO

11.1 O prazo de vigência é indeterminado.

11.2 Considerar-se-á, para início do prazo de vigência, a data de aprovação do presente Regulamento.

CAPÍTULO XII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

12.1 Não será exigido o cumprimento de carências se:

- a) A inscrição do beneficiário titular ou de seus dependentes ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao presente plano (vigência inicial, casamento, nascimento, aposentadoria, demissão ou exoneração sem justa causa).
- b) O beneficiário e seus dependentes se vincularem à CONTRATANTE após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

12.2 Para os casos restantes, a prestação de assistência à saúde somente será disponibilizada após o vencimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

12.3 Os prazos de carência são contados a partir da data da confirmação da inscrição do beneficiário no plano.

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

12.4 Na assistência médico-hospitalar, os prazos de carência são:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, nos termos da Lei;
- b) 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;
- c) 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais e procedimentos;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para internações em geral; e
- e) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

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

12.6 Na hipótese de a Patrocinadora realizar a inclusão de beneficiários em plano com rede (profissionais e entidades) e serviços não constantes no plano em que anteriormente se encontravam vinculados, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da rede ou serviços acrescidos, exclusivamente.

12.7 O beneficiário que aderir a plano de saúde com características menos abrangentes ou queira migrar para outro produto com características mais amplas, deverá respeitar o período de carência determinado na legislação regulatória e o disposto neste Regulamento.

12.7.1 Na hipótese de o beneficiário optar pela mudança para outro plano, dentro da Cemig Saúde, deverá ser observado o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data da última alteração de plano, para usufruir das coberturas do novo plano de saúde, exceto se houver alteração para acomodação superior cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta) dias, conforme disposto neste Regulamento.

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

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

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

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

CAPÍTULO XIII – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

SEÇÃO I - DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

13.1 O beneficiário (titular, dependente ou agregado familiar) informará a Cemig Saúde, quando expressamente solicitado, por meio de Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes no momento da adesão ao plano, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei n.º 9.656/1998.

13.2 Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9656/1998, o inciso IX do art. 4º. da Lei n.º 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela Resolução Normativa ANS n.º 558/2022.

13.3 Entende-se por Cobertura Parcial Temporária (CPT) a suspensão parcial ou integral, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

13.4 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária (CPT), A Cemig Saúde somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente.

13.5 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, disponível no sítio eletrônico www.ans.gov.br.

13.6 Decorridos 24 (vinte e quatro) meses de adesão ao plano, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

13.7 É vedada alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Cemig Saúde, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

13.8 Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias na hipótese de recém-nascido, menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento da paternidade.

13.9 Na hipótese da não inscrição no prazo previsto no item 13.10, poderá ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

13.10 A Cemig Saúde disponibilizará os formulários de Declaração de Saúde, atendendo ao disposto na Resolução Normativa ANS n.º 558, de 2022, a fim de que o titular possa relacionar, no momento da adesão ao plano, por si, seus dependentes e agregado familiares, todas as doenças e lesões preexistentes de que sabia serem portadores, sob pena de sua omissão ser caracterizada como fraude.

13.10.1 O beneficiário ou representante legal é obrigado a informar a Cemig Saúde, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura da proposta de inscrição, sob pena de imputação de fraude sujeito à suspensão ou exclusão do plano, e indenização por eventuais prejuízos.

13.10.2 É facultado a Cemig Saúde o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.

13.10.3 A Cemig Saúde reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente plano.

13.10.4 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário ou do representante legal, a existência de doença ou lesão que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Cemig Saúde oferecerá ao beneficiário Cobertura Parcial Temporária (CPT).

13.10.5 Caso a Cemig Saúde não ofereça Cobertura Parcial Temporária (CPT) no momento da adesão ao plano, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

SEÇÃO II - DA EXCLUSÃO POR FRAUDE

13.11 Identificado indício de fraude por parte de beneficiário referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da adesão ao plano, a Cemig Saúde comunicará o fato imediatamente por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS para julgamento de informação de omissão na Declaração de Saúde ou após recusa do beneficiário às opções de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

13.12 Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da Cemig Saúde no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação a fim de que a Cemig Saúde possa encaminhar toda documentação à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que fará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

13.13 Instaurado o processo administrativo na ANS, à Cemig Saúde caberá o ônus da prova.

13.14 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 ou lesão preexistente.

13.15 Até a publicação, no Diário Oficial da União, pela ANS do encerramento do processo administrativo, não será permitida negativa do atendimento ao beneficiário, assim como a sua suspensão ou mesmo exclusão do plano.

13.15.1 A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

13.15.2 Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

13.16 Após o julgamento, e acolhida, pela ANS, a alegação da Cemig Saúde o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente.

13.17 Sendo o julgamento final favorável a Cemig Saúde, apenas o beneficiário que foi parte no respectivo processo será excluído do plano. No caso de excluído ser o titular, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do plano.

CAPÍTULO XIV – DO REEMBOLSO

SEÇÃO I – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO PARA OS CASOS DE LIVRE ESCOLHA

14.1 Além dos atendimentos na rede credenciada poderá o beneficiário:

- a) Utilizar o sistema de livre escolha para atendimento das coberturas previstas neste Regulamento, dentro da área de abrangência do plano, com base nos preços pactuados pela Cemig Saúde com sua própria rede credenciada de serviços.
- b) Utilizar a rede estabelecida nos convênios de reciprocidade pactuados pela Cemig Saúde, observada a regulamentação vigente da ANS;
- c) Utilizar a rede credenciada 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.

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

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

I. Honorários Médicos, internações cirúrgicas ou clínicas:

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

II. Exames:

- a) Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), que contenham chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, contendo obrigatoriamente a descrição e/ou o código TUSS da ANS correspondente às despesas realizadas, valores

detalhados e individualizados, data de realização, nome do beneficiário, nome do prestador e/ou do profissional responsável, com número de inscrição no conselho profissional e assinatura;

- b) Pedido e Relatório médico assinado e detalhado com indicação clínica, nome do beneficiário, data, nome/CRM válido e ativo do médico e sua assinatura.

III. Medicamentos:

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

IV. Materiais:

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

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

- a) Relatório médico, assinado pelo profissional, contendo CRM, data, nome do beneficiário, indicação clínica, número de consultas/sessões a serem realizadas, de acordo com os limites e condições estabelecidos neste

Regulamento. Em caso de continuidade do tratamento, o relatório deverá ser atualizado a cada 180 dias;

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

VI. Consulta médica:

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

VII. Remoções em ambulância conforme critérios estabelecidos neste Regulamento:

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

14.4 O pedido de reembolso, acompanhado da documentação exigida, deverá ser realizado pelo beneficiário, no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a realização do procedimento, sendo considerado para fins da análise da solicitação se, na data do atendimento prestado ao beneficiário, o mesmo faria jus ao reembolso.

14.4.1 O valor de reembolso observará a tabela vigente na data do atendimento realizado pelo beneficiário.

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

14.6 Não haverá reembolso de quaisquer despesas realizadas pelo beneficiário durante o período de carência.

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

14.8 Pelo sistema de livre escolha, haverá o reembolso das despesas, nos limites de coberturas previstas neste Regulamento, sendo descontados os percentuais de coparticipação limitados aos valores/percentuais definidos neste Regulamento, considerados caso a assistência fosse prestada na rede credenciada da Operadora.

14.8.1 Todos os benefícios de reembolso 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 de procedimentos e preços terapêuticos – LPPT da Cemig Saúde;
- III. Lista Referencial de Preços de Diárias e Taxas – LRPDT da Cemig Saúde;
- IV. Lista de Preço por Pacotes – LPPP da Cemig Saúde;

V. Lista de Preços para Remoção – LPR da Cemig Saúde.

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

14.8.3 O valor do reembolso será apurado com base no valor efetivamente pago pelo beneficiário ou nos valores previstos nas tabelas citadas, prevalecendo, para fins de cálculo, o menor valor.

14.9 Em nenhuma hipótese haverá o reembolso acima do valor pago pelo beneficiário e, necessariamente, o reembolso será realizado somente nos casos em que comprovadamente ocorrer o desembolso prévio do beneficiário.

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

SEÇÃO II - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.11 A Cemig Saúde assegurará o reembolso nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, nos limites das obrigações deste Regulamento e da legislação em vigor, destacando-se tratar de produto com opção de livre escolha nos casos previstos na legislação em vigor respeitadas a área de abrangência e atuação deste plano de saúde e demais condições deste Regulamento.

14.12 O reembolso será calculado de acordo com as tabelas de referência do plano com os preços vigentes, disponível para consulta no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br), e ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário específico disponível no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br);
- b) Relatório do médico assistente no qual constarão nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado e justificativa, data do atendimento e,

- quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações, quando for o caso, e relatório de alta (assinado, datado e carimbado);
- c) Conta e prontuário hospitalar contendo a discriminação dos exames realizados, taxas cobradas, prescrição de materiais e medicamentos utilizados, acompanhados das respectivas Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), todos com chave de acesso por QR Code, código de barras ou código de verificação. Os documentos fiscais deverão conter, obrigatoriamente, a descrição dos itens e/ou o código TUSS da ANS correspondente às despesas realizadas, valores detalhados, data a que se referem, nome do beneficiário, dados do prestador e dos profissionais envolvidos, incluindo número de inscrição ativo no respectivo Conselho Profissional, bem como assinatura e carimbo dos responsáveis;
 - d) Recibos eletrônicos no modelo Receita Saúde ou Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica(s) (NFSe), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s) (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico(s) (NFC-e), desde que contenham chave de acesso por QR Code, código de barras ou código de verificação, deverão ser apresentados para comprovação das despesas com honorários de médicos assistentes, auxiliares e demais profissionais envolvidos. Os referidos documentos devem conter, obrigatoriamente, a descrição dos serviços prestados e/ou o código TUSS da ANS correspondente, os valores detalhados, a data à qual se referem, o nome do beneficiário, os dados do prestador, o nome dos profissionais com o respectivo número de inscrição válido e ativo no Conselho Profissional competente, bem como a assinatura e o carimbo dos responsáveis;
 - e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e laudo.

14.12.1 No caso de materiais especiais, órteses e próteses – OPME, o beneficiário deve informar marca, modelo, fabricante e registro ANVISA.

14.13 Será facultado à Cemig Saúde o direcionamento ao prestador por ela indicado ou quaisquer outras providências com vistas a garantir o atendimento ao beneficiário, nos termos da Resolução Normativa RN nº 566/2022, e suas

atualizações, bem como as demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

14.14.1 O não envio dos documentos solicitados acarretarão a negativa do reembolso pretendido, devendo o beneficiário abrir novo pedido de reembolso junto à Cemig Saúde contendo a documentação completa prevista neste Regulamento.

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

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

CAPÍTULO XV - DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

15.1 A Cemig Saúde prezarà pela privacidade dos titulares de dados e a confidencialidade dos dados pessoais que trata em decorrência do presente instrumento, sempre em conformidade com a legislação aplicável vigente.

15.2 São bases legais que fundamentam o tratamento de dados realizado em decorrência do presente instrumento, sem prejuízo de outras normas, a Constituição Federal, o Código Civil, a Lei do Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965, de 2014), seu Decreto Regulamentador (Decreto n. 8.771, de 2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n. 13.709, de 2018), a Lei n.º 9.656, de 1998 e normas setoriais ou gerais sobre o tema.

15.3 A Cemig Saúde adota e continuará a adotar todas as medidas necessárias para manter a segurança das informações pessoais do beneficiário, contudo, este declara estar ciente de que não há risco zero no que concerne a segurança da informação, sendo impossível garantir que, em qualquer hipótese, eventuais informações não possam ser acessadas de forma inadequada ou ilegal por

peças mal-intencionadas, sendo dever do beneficiário adotar medidas preventivas para tutelar seus dados pessoais.

15.4 A Política de Privacidade da Cemig Saúde, que constitui parte integrante do presente contrato e se encontra disponível para consulta no sítio eletrônico da Cemig Saúde, devendo sempre que existirem dúvidas acerca do tratamento de seus dados pessoais, o beneficiário, consultar o referido documento para fins de melhor esclarecimento.

15.5 No que concerne aos seus dados pessoais, o beneficiário poderá exercer os seguintes direitos junto à Cemig Saúde:

- I. confirmação de existência e acesso aos dados;
- II. correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- III. anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei n.º 13.709, de 2018;
- IV. portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, conforme regulamentado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD;
- V. eliminação dos dados pessoais tratados com o fundamento no consentimento do titular, nos moldes da Lei.
- VI. informação das entidades públicas e privadas com as quais a Cemig Saúde realizou uso compartilhado de dados;
- VII. informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;
- VIII. revogação do consentimento, se o caso.

15.6 O exercício dos direitos acima estipulados dar-se-á em conformidade com as legislação e regulação específica vigente à época da solicitação, através dos canais de comunicação constantes na Política de Privacidade da Cemig Saúde para esse fim.

15.7 Caso após a leitura da Política de Privacidade, o beneficiário necessite de esclarecimentos acerca do tratamento aplicado a seus dados, deverá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados Pessoais da Cemig Saúde, através dos meios de comunicação disponíveis na Política de Privacidade.

15.8 O beneficiário declara ciência de que a Cemig Saúde irá compartilhar seus dados pessoais com Patrocinadoras, terceiros, prepostos e prestadores de serviços a ela vinculados, nos moldes da Lei n.º . 13.709, de 2018, quando necessário para prestação de serviços de saúde.

CAPÍTULO XVI – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I – DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

16.1 A autorização prévia para a realização de procedimentos médicos é mecanismo de regulação permitido pela ANS e utilizado pela Cemig Saúde, pelo que deve ser apresentada pelo prestador credenciado contendo a solicitação médica, em meio físico ou eletrônico (via Sistema), a depender do atendimento de que necessitou o beneficiário, sendo que, dependerão de prévia autorização da Cemig Saúde, para fazer jus aos benefícios do plano de saúde:

- a) Os atendimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da Cemig Saúde e submetidas à autorização prévia, nos termos da regulamentação da ANS; e
- b) Os atendimentos do segmento ambulatorial.

16.2 Nos casos de comprovada urgência ou emergência, o atendimento poderá ser feito sem prévia autorização, ficando o prestador de serviço obrigado a comunicar o fato à Cemig Saúde e providenciar a autorização no prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data de internação, sob pena de Cemig Saúde não se responsabilizar por quaisquer despesas.

16.3 A solicitação prévia de autorização de atendimento será obrigatoriamente instruída com documentos que justifiquem a concessão das coberturas necessárias, tais como, laudo médico, diagnóstico, resultado de exames complementares etc., a critério da Cemig Saúde.

16.4 As internações hospitalares e demais procedimentos, a critério da Operadora, serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da Cemig Saúde e submetidas a autorização prévia, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.

16.4.1 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.

16.4.2 Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.

16.5 A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.

16.6 Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da senha de autorização (no caso de cirurgias eletivas), a Cemig Saúde poderá solicitar ao beneficiário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser realizado.

16.7 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar a Cemig Saúde laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para exame e deliberação da correspondente cobertura.

16.8 Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta hospitalar, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

16.9 A Cemig Saúde poderá solicitar ao beneficiário que solicite ao médico assistente maiores subsídios técnicos acerca da indicação para os procedimentos requisitados.

16.10 A Cemig Saúde não autorizará a realização de internações, quando requisitadas na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim o exigir.

16.11 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede credenciada.

16.12 No caso de implante, a prótese ou a órtese somente poderá ser incluída na fatura mediante prévia solicitação e autorização.

SEÇÃO II – DA AVALIAÇÃO MÉDICA PRÉVIA

16.13 A Cemig Saúde poderá, com base em critérios técnicos, condicionar a autorização à recomendação de avaliação médica da auditoria da Operadora ou quem ela referenciar, sendo que, neste caso, fica 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.

16.13.1 A avaliação prévia também poderá ser realizada em situações nas quais exista a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento, de acordo com os benefícios oferecidos pelo plano.

SEÇÃO III - DA COPARTICIPAÇÃO

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

16.14.1 As coparticipações compõem as obrigações financeiras deste Regulamento e seu inadimplemento pode acarretar a suspensão dos serviços aqui previstos, bem como a rescisão do plano de saúde.

16.15 Estão sujeitos à cobrança de coparticipação:

- a) Consultas virtuais ou presenciais, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial (consultório médico ou pronto-atendimento);
- b) Exames de diagnóstico e terapias;
- c) Procedimentos;
- d) Internações hospitalares;
- e) Internações em hospital-dia;
- f) Internações psiquiátricas, a partir do 31º dia;
- g) Tratamentos.

16.16 As coparticipações, como fator de moderação da utilização do plano previsto neste Regulamento, são estabelecidas com base em cálculo atuarial levando-se

em consideração o custo médio dos procedimentos, a frequência média de realização dos exames e sua complexidade.

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

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

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

16.19 Serão isentos de coparticipação:

- a) Atendimentos, presenciais e virtuais do Conexão Saúde e suas linhas de cuidado;
- b) Consultas médicas realizadas por meio de pronto atendimento online, caracterizado como atendimento de urgências de forma virtual; e
- c) Procedimentos médicos ambulatoriais relacionados à neoplasia maligna (quimioterapia e radioterapia), bem como hemodiálise e transplante.

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

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

SEÇÃO IV - DA COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

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

16.22.1 Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito no Formulário de Inclusão sobre os valores faturados pelo prestador de serviços onde se deu a internação, em conformidade com a rede do plano de saúde deste Regulamento.

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

SEÇÃO V – DA ALTERAÇÃO E REDIMENSIONAMENTO DE REDE

16.23 A Cemig Saúde reserva-se o direito de alterar a rede credenciada, obedecidos os trâmites legais e contratuais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei n.º 9.656/1998.

16.23.1 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.

16.23.2 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 continuidade da assistência.

16.23.3 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

SEÇÃO VI – DOS MECANISMOS DE PORTA DE ENTRADA

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

SEÇÃO VII – DA DIVERGÊNCIA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

16.25 As divergências de natureza médica ou odontológica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidos por junta médica ou odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo beneficiário, outro pela Cemig Saúde e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, realizada em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN n. 424, de 26 de junho de 2017, e suas alterações, da ANS.

CAPÍTULO XVII – DO CUSTEIO DO PLANO

SEÇÃO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 O plano será custeado em regime de preço pós-estabelecido, na forma de custo operacional, nos termos da Resolução Normativa n.º 543/2022 da ANS (Anexo II, item 11, subitem 11.1.2.2) e alterações posteriores.

17.2 A Patrocinadora obriga-se a custear integralmente o plano, mediante o ressarcimento à Cemig Saúde da totalidade das despesas assistenciais efetivamente realizadas, acrescidas das despesas administrativas e operacionais necessárias à sua gestão, conforme regras e condições pactuadas no Convênio de Adesão.

17.2.1 Consideram-se despesas assistenciais aquelas decorrentes de consultas, exames, terapias, internações e demais procedimentos cobertos, nos termos deste Regulamento.

17.2.2 O custeio dar-se-á sob a forma de pós-pagamento, compreendendo o reembolso integral de todos os custos, gastos e despesas incorridos na operação do plano, inclusive aqueles relativos a pessoal, serviços de terceiros, infraestrutura, tributos e contingências.

17.3 A Cemig Saúde disponibilizará mensalmente demonstrativo discriminado das despesas, sendo o pagamento devido pela Patrocinadora no prazo contratualmente estabelecido.

17.3.1 Eventuais divergências deverão ser formalmente comunicadas no prazo de até 30 (trinta) dias do recebimento da fatura, sem prejuízo do pagamento da parcela incontroversa.

17.4 A Patrocinadora assume obrigação irrestrita de aporte para cobertura integral dos custos operacionais, vedada a utilização de recursos assistenciais ou patrimoniais do plano para custeio administrativo.

17.5 Eventual insuficiência de recursos será suprida pela Patrocinadora, nos termos do instrumento de custeio, de modo a assegurar o equilíbrio econômico-financeiro e a solvência do plano.

CAPÍTULO XVIII – DO REAJUSTE

18.1 O reajuste da tabela praticada entre a Cemig Saúde e seus prestadores de serviços assistenciais à saúde será aplicado anualmente na data de aniversário dos contratos, considerando a forma de reajuste eleita pelas partes no respectivo instrumento.

18.2 O reajuste das despesas administrativas e operacionais do plano será realizado de acordo com as regras e condições estabelecidas no Convênio de Adesão.

CAPÍTULO XIX – DA RESCISÃO/SUSPENSÃO

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

19.2 Na hipótese de rescisão do contrato do plano de assistência à saúde a Patrocinadora permanecerá responsável pelo pagamento integral de todas as despesas assistenciais relativas a atendimentos realizados durante a vigência do contrato, ainda que tais despesas não tenham sido faturadas ou comunicadas pela Operadora até a data de seu encerramento.

CAPÍTULO XX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 Fazem parte deste Regulamento, a ficha de inscrição e anexos, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, que são disponibilizados aos beneficiários titulares, devendo estes dar conhecimento aos seus dependentes e agregados.

20.2 Sempre que solicitado pelo beneficiário titular será fornecido exemplar deste Regulamento.

20.3 Nenhuma responsabilidade caberá a Cemig Saúde por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem danos à saúde do beneficiário provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes à rede credenciada.

20.4 A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Regulamento segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

20.5 O beneficiário que optar por internação hospitalar em acomodação superior ao do plano, tornar-se-á responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o hospital e os médicos assistentes.

20.6 Conforme o disposto pela Resolução Normativa n.º 255, de 18 de maio de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o envio de informações relativas à assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde são de responsabilidade da Cemig Saúde, por meio de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais, responde pela

omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia do sigilo médico das informações dos beneficiários.

20.7 As comunicações levadas a efeito pelas partes serão feitas por meio de correio eletrônico e aplicativos de comunicação em dispositivos móveis, portal da Cemig Saúde e por meio do boleto disponibilizado para pagamento das contribuições pecuniárias, quando for o caso, nos termos da regulamentação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

20.8 A informação sobre o endereço de correio eletrônico e os telefones de dispositivos móveis deverão ser fornecidos pelas Patrocinadoras, quando o beneficiário for patrocinado, ou pelos próprios beneficiários, nos respectivos Formulários de Inclusão, no qual autorizam desde já o tratamento dos dados pela Cemig Saúde para comunicações sobre quaisquer informações a respeito do plano de saúde.

20.8.1 Todos os dados dos beneficiários, inclusive os mencionados no item anterior, devem ser inseridos no Formulário de Inclusão pelas Patrocinadoras ou pelos próprios beneficiários, quando aplicável.

20.8.2 Com relação aos dados referenciados no item 20.8 serão considerados os padrões para comunicação, até manifestação em sentido contrário, mediante substituição por outro endereço eletrônico. Todas as atualizações poderão ser realizadas no portal do beneficiário, ou demais canais de atendimento, disponibilizado pela Cemig Saúde, que poderá ser acessado por meio de endereço eletrônico fornecido por esta.

20.9 As Patrocinadoras, os beneficiários e a Operadora de planos de saúde reconhecem, como manifestações de consentimento, em substituição ao signo tradicionalmente manuscrito, inserido nos instrumentos, os seguintes:

- a) Uso de assinatura por meio de certificação digital;
- b) Assinatura em dispositivos que, por meios tecnológicos, possam reproduzi-la em documento;
- c) Plataformas ou dispositivos móveis, dos quais derivem comprovações múltiplas de acesso, tais como logs, identificação de IP, localização geográfica e outros assemelhados;
- d) Reprodução da assinatura digitalizada;

- e) Aposição de “li e concordo”, por meio de plataforma ou site, obedecidos requisitos de segurança e controle, em área logada, quanto a determinado documento.

20.10 As despesas extraordinárias não previstas neste Regulamento e não sujeitas à cobertura assistencial, tais como, todavia, não limitadas a estas: telefonemas, frigobar, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós- morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente pelo beneficiário, não sendo passíveis de reembolso pela Cemig Saúde.

20.11 Os atendimentos realizados por profissionais ou estabelecimentos credenciados serão pagos diretamente pela Cemig Saúde, que cobrará do beneficiário, preferencialmente, por meio de desconto em folha de pagamento pela respectiva Patrocinadora, os valores devidos a título de coparticipação.

20.11.1 Os beneficiários não serão ressarcidos por pagamentos feitos diretamente a estabelecimentos e profissionais credenciados.

20.11.2 Cobranças indevidas por parte de profissionais e estabelecimentos credenciados não serão repassadas pela Cemig Saúde aos beneficiários.

20.11.3 A Cemig Saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

20.14 As diretrizes tratadas neste Regulamento foram elaboradas pela Cemig Saúde, à luz das regulamentações da ANS e submetidas à aprovação no órgão estatutário competente.

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

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

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

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

20.19 Integram este Regulamento para todos os efeitos de direito:

- a) Formulário de inclusão contendo o termo de consentimento do aplicativo e da Lei Geral de Proteção de Dados aplicados aos beneficiários;
- b) Rol de Eventos e Procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, localizado no site www.ans.gov.br, acesso “Planos e Operadoras”, “Espaço do Consumidor”;
- c) Convênio de Adesão, que é o documento que formaliza o ingresso das Patrocinadoras ao polo contratual respectivo;
- d) Quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, como o formulário de inclusão, declaração de saúde, guia do beneficiário, dentre outros.

CAPÍTULO XXI - DOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DE PENALIDADES A BENEFICIÁRIOS

21.1 Em observância ao disposto nas cláusulas 8.24 e 8.37 do presente Regulamento, o beneficiário estará sujeito às seguintes penalidades cometidas por ele próprio ou por qualquer de seus dependentes ou dependentes especiais:

- I. Advertência escrita, nos casos de menor gravidade;
- II. Suspensão da inscrição pelo prazo máximo de 12 (doze) meses;
- III. Cancelamento definitivo da inscrição.

21.2 São consideradas faltas passíveis de penalidade as seguintes condutas e procedimentos por parte dos beneficiários, dependentes e dependentes especiais:

- I. a prática de fraude, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da ficha de inscrição;
- II. prática de infrações pelo beneficiário com a finalidade de obter vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- III. casos de faltas ou mau comportamento, definidos como:

- a) assédio moral;
- b) assédio sexual;
- c) discriminação;
- d) agressão física;
- e) agressão verbal
- f) fraude;
- g) roubo ou furto;
- h) fraudes em reembolsos.

21.3 Sem prejuízo das hipóteses legais e regulatórias quanto a exclusão dos beneficiários por fraude na Declaração de Saúde e Inadimplência, quando recepcionada pela Cemig Saúde, por qualquer canal de comunicação, denúncia prevista nas hipóteses estabelecidas nos incisos I, II, e III do item 21.2, será iniciada uma Sindicância para apuração das condutas e procedimentos dos beneficiários no prazo de até 30 (trinta) dias a partir do respectivo recebimento.

21.4 A Sindicância será instaurada, por decisão da Diretoria Executiva, a pedido de qualquer de seus membros ou da Cemig Saúde, sendo assegurado ao beneficiário o direito a ampla defesa e devido processo legal de acordo com as regras abaixo:

- I. iniciada a Sindicância, o beneficiário será notificado para a apresentação de resposta em até 30 (trinta) dias corridos, ocasião em que deverá juntar toda a documentação pertinente ao caso;
- II. a resposta deverá ser encaminhada para o canal informado na notificação;
- III. 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;
- IV. após avaliação, será registrado em ata a decisão da Diretoria Executiva acolhendo ou não a denúncia;
- V. em caso de acolhimento da denúncia, a Diretoria Executiva decidirá pela aplicação das penalidades de advertência, suspensão ou cancelamento definitivo da inscrição do plano de saúde;
- VI. nos casos de suspensão ou cancelamento definitivo da inscrição, o beneficiário poderá apresentar recurso para o Comitê Gestor, como última instância administrativa, em até 15 (quinze) dias corridos;
- VII. a decisão será fundamentada de acordo com os fatos, alegações e provas colhidas na análise da Sindicância;

VIII. as penalidades serão comunicadas ao beneficiário pela Diretoria Executiva, através de notificação por escrito, com cópia para a respectiva Patrocinadora.

21.4.1 Outros atos ou fatos não relacionados que configurem infração aos Regulamentos ou à legislação, a tentativa ou consumação de fraude, ou a reincidência de condutas penalizadas com advertência serão, a critério da Diretoria Executiva, passíveis das penalidades estatuídas na cláusula 21.1, incisos I, II e III.

21.5 O tempo de duração das penalidades de suspensão será estabelecido pela Diretoria Executiva, conforme a gravidade do caso.

21.6 Havendo decisão final quanto a penalidade de cancelamento definitivo da inscrição ou de suspensão por período superior à 6 (seis) meses, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) realizar a devolução dos eventuais cartões de identificação que tiverem posse.

21.7 Havendo suspensão por período superior à 6 (seis) meses, o beneficiário, seus dependentes e dependentes especiais estarão sujeitos, findada a suspensão, ao cumprimento de novas carências previstas em Regulamento.

21.8 Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços disponibilizados pela Operadora de Planos de Saúde durante o período de suspensão ou exclusão, implica no dever de o beneficiário restituir à Cemig Saúde o respectivo custo operacional, incluído todas as despesas com a assistência, sem prejuízo do direito de cobrança das contribuições em aberto.

21.9 Os beneficiários estão cientes e concordam com o fato de que, em caso de suspensão ou cancelamento definitivo da inscrição, poderão receber faturas de utilização referentes ao custo operacional, 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.

21.10 Caso seja determinada a exclusão do beneficiário, 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.

21.11 Na hipótese de exclusão do beneficiário antes da conclusão da Sindicância, inclusive por solicitação unilateral do próprio beneficiário e haja parecer final indicando que os atos praticados enquadram nas situações previstas no presente capítulo, o cancelamento da inscrição será definitivo e não permitirá retorno do beneficiário e/ou do seu grupo familiar ao plano.

CAPÍTULO XXII - DAS DEFINIÇÕES

22.1 Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

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

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

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

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

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

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

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste Regulamento, os beneficiários de planos de saúde. A Cemig Saúde trata, no mínimo, os seguintes dados pessoais: nome; nome social; sexo; gênero; identidade (todos os tipos de documentos de identificação); DNV (Declaração de Nascido Vivo); título de eleitor; certidões; CPF; endereços (físicos e eletrônicos); filiação; estado civil; telefones; naturalidade; nacionalidade; número

do cartão nacional de saúde; dados bancários; CCO (número da carteirinha do plano de saúde). Pode haver necessidade de dado pessoal adicional para a prestação de serviços aqui disposta.

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

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

DATA DE VENCIMENTO: data limite de cada mês para pagamento da contribuição e da coparticipação pelos beneficiários deste Regulamento.

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

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

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

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

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

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

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

EXAMES SIMPLES e ESPECIAIS: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência e coparticipação. A lista completa dos exames com a classificação dos exames está disponível no portal da Cemig Saúde.

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

EX-EMPREGADO: é aquele beneficiário titular que possuía relação empregatícia com uma Patrocinadora e que tenha sido demitido ou exonerado ou se aposentado.

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

GUIA DA REDE CREDENCIADA: é a relação de prestadores de serviços de saúde disponibilizados aos beneficiários do plano de saúde - que deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado - que está publicada no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) e por meio do aplicativo desta Operadora, ambos atualizados periodicamente.

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

HOSPITAL-DIA: recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

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

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: modalidade de internação que requer permanência na instituição mediante as necessidades do quadro clínico do beneficiário quanto ao tratamento proposto pelo médico assistente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PATROCINADORA: Empresa com a qual o beneficiário titular manteve vínculo antes de se aposentar ou ser demitido/exonerado.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC): constituído pelos procedimentos assim identificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que podem ser objeto de Cobertura Parcial Temporária - CPT nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes - DLP. A lista completa dos procedimentos de alta complexidade (PAC) está disponível no portal da Cemig Saúde.

PROSAÚDE INTEGRADO DA CEMIG – PSI: Produto ofertado pela Cemig Saúde registrado na ANS sob o n.º . 479.508/17-3.

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

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

REPRESENTANTE LEGAL: pessoa física autorizada por lei ou contrato (como o contrato social) a agir oficialmente em nome de um beneficiário.

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: pessoa física que assume o compromisso de custear as contraprestações ou contribuições do plano de saúde junto à Cemig Saúde, podendo ser o BENEFICIÁRIO ASSISTIDO, o BENEFICIÁRIO DEPENDENTE ESPECIAL, ou o REPRESENTANTE LEGAL em que atue em nome deles.

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

SERVIÇOS OPCIONAIS: referem-se a outros serviços que possam eventualmente ser contratados, por definição da Cemig Saúde.

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

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como complemento ou não ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que podem ser subdivididas em sessões, as quais estão sujeitas a exigência de coparticipação.

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

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

TRATAMENTO DE DADOS: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso,

reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

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

CAPÍTULO XXIII – DA ELEIÇÃO DE FORO

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

NOTA

1. Regulamento aprovado pela Diretoria Executiva da Cemig Saúde em 30/04/2026 com vigência a partir de 01/05/2026, nos termos do deliberado na Assembleia Geral realizada em 18/12/2025.