

Regulamento Plano Master

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - PREÂMBULO	3
CAPÍTULO II - DAS CARACTERÍSTICAS	5
CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES	6
CAPÍTULO IV - DAS PATROCINADORAS	14
CAPÍTULO V - DA INSCRIÇÃO E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS	15
SEÇÃO I - DA INCLUSÃO E MANUTENÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	15
SUBSEÇÃO I – DAS OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS	19
SEÇÃO II - DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE	22
CAPÍTULO VI - DAS RECEITAS, REAJUSTE E REVISÃO DE VALORES	23
SEÇÃO I – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	23
SUBSEÇÃO I – DO PAGAMENTO PELO BENEFICIÁRIO ASSISTIDO FORLUZ	25
SUBSEÇÃO II – DO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE POR MEIO DE BOLETO	25
SEÇÃO II – REAJUSTE E REVISÃO DE VALORES	26
SEÇÃO III - DAS FAIXAS ETÁRIAS	26
SEÇÃO IV - PENALIDADES PELO ATRASO DOS PAGAMENTOS	27
CAPÍTULO VII - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS	30
SEÇÃO I - DO PLANO DE SAÚDE	30
SEÇÃO II - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO	31
SEÇÃO III - DAS CARÊNCIAS	32
SEÇÃO IV- DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES (DLP)	33
SEÇÃO V - DAS COBERTURAS	36
SEÇÃO VI - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	44
SEÇÃO VII - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	45
SEÇÃO VIII – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO PARA OS CASOS DE LIVRE ESCOLHA	47

SEÇÃO IX - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS À COBERTURA DE REMOÇÃO.....	52
SEÇÃO X- DAS EXCLUSÕES	52
SEÇÃO XI - DO ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA.....	55
SEÇÃO XII - DA COPARTICIPAÇÃO.....	58
SEÇÃO XIII – DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA	59
 CAPÍTULO VIII - DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS	 60
 CAPÍTULO IX - DOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DE PENALIDADES A BENEFICIÁRIOS	 62
 CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS	 65

Regulamento Master – 507.727/26-3

CAPÍTULO I - PREÂMBULO

Art.1º A Cemig Saúde, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.750-5 e classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 12.055.813/0001-68, localizada na Av. Barbacena, nº. 472, 6º 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.

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

Parágrafo Único. Adicionalmente à cobertura estabelecida na Lei nº 9.656/98 para o segmento ambulatorial, hospitalar e obstétrico e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a Cemig Saúde poderá autorizar coberturas adicionais, desde que aprovadas pelo Comitê Gestor instituído pelo Acordo Judicial firmado nos Dissídios Coletivos de Greve nº 0011731-13.2025.5.03.0000 e nº 0011802-15.2025.5.03.0000.

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

Parágrafo Único. A metodologia e critérios para a concessão dos subsídios financeiros destinados ao custeio da cobertura assistencial estipulada no presente Regulamento, em observância às obrigações e regras de transição estabelecidas no referido Acordo Judicial, encontram-se devidamente esclarecidos no

Regulamento de Subsídios aprovado pelo Comitê Gestor que é parte integrante do presente.

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

§1º Por convenção técnica, adota-se neste Regulamento a norma gramatical que utiliza o masculino genérico para se referir a grupos mistos (homens e mulheres) ou conceitos genéricos, prezando pela concisão.

§2º As comunicações direcionadas aos beneficiários serão por meio de correio eletrônico, aplicativos de comunicação em dispositivos móveis, pelo portal da Cemig Saúde na rede mundial de computadores ou por boleto disponibilizado para pagamento das contribuições pecuniárias, quando for o caso, nos termos da regulamentação vigente da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§3º Os dados relativos ao endereço de correio eletrônico e números de telefones de dispositivos móveis deverão ser fornecidos pelos próprios beneficiários nos respectivos Formulários de Adesão e/ou por outros meios que a Cemig Saúde disponibilizar, no qual autorizam desde já o tratamento dos dados pela Cemig Saúde para comunicações sobre quaisquer informações a respeito do plano de saúde.

§4º Todos os dados dos beneficiários, inclusive os mencionados no parágrafo anterior, devem ser inseridos, no Formulário de Adesão e/ou em outros meios que a Cemig Saúde disponibilizar, pelos próprios beneficiários.

§5º Serão utilizados como padrão para comunicação os dados mencionados no parágrafo 3º, até que haja manifestação em sentido contrário pelo beneficiário, mediante sua atualização por outro endereço eletrônico. As atualizações poderão ser realizadas por meio do Portal do Beneficiário ou pelos demais canais de atendimento disponibilizados pela Cemig Saúde, acessíveis por meio de endereço eletrônico por ela fornecido.

§6º Caberá exclusivamente ao beneficiário informar eventuais alterações dos seus dados cadastrais.

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

- I. Uso de assinatura por meio de certificação digital;
- II. Assinatura em dispositivos que, por meios tecnológicos, possam reproduzi-la em documento;
- III. Plataformas ou dispositivos móveis, dos quais derivem comprovações múltiplas de acesso, tais como logs, identificação de IP, localização

geográfica e outros assemelhados;

- IV. Reprodução da assinatura digitalizada;
- V. Aposição de “li e concordo”, por meio de plataforma ou site, obedecidos requisitos de segurança e controle, em área logada, quanto a determinado documento.

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

- I. Formulário de Adesão contendo o termo de consentimento do aplicativo e da Lei Geral de Proteção de Dados aplicados aos beneficiários;
- II. Rol de Eventos e Procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- III. Convênios de Adesão, que são os documentos que formalizam o vínculo das Patrocinadoras, na forma e limites estabelecidos no Acordo Judicial;
- IV. Norma para o cálculo do Subsídio, emitido e aprovado pelo Comitê Gestor, que consiste na definição dos parâmetros para a concessão dos subsídios financeiros destinados ao custeio da cobertura assistencial estipulada no presente Regulamento nos termos do Acordo Judicial.
- V. Acordo judicial firmado nos Dissídios Coletivos de Greve nº 0011731-13.2025.5.03.0000 e nº 0011802-15.2025.5.03.0000.

CAPÍTULO II - DAS CARACTERÍSTICAS

Art.7º O plano de assistência à saúde tratado neste Regulamento é denominado MASTER está registrado na ANS sob o nº 507.727/26-3, possuindo como características gerais:

- I. Tipo de contratação: coletivo empresarial.
- II. Segmentação assistencial: ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.
- III. Área geográfica de abrangência: nacional.
- IV. Padrão de acomodação em internação: apartamento.
- V. Formação do preço: preestabelecido.
- VI. Fator moderador: coparticipação.
- VII. Plano opera exclusivamente como livre escolha: não.

VIII. Livre Escolha: sim.

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

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

- I. crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- II. idosos a partir dos 60 anos de idade;
- III. pessoas com deficiência; e
- IV. acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, salvo intercorrências, a critério do médico.

§2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar, deverá ser garantida vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço da rede prestadora ou em leito superior na mesma instituição sem ônus adicionais. Eventual remoção do(a) paciente dar-se-á mediante autorização do médico assistente, cujo ônus ficará a cargo da Cemig Saúde.

CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES

Art.9º 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.

ACORDO JUDICIAL: Refere-se ao Acordo judicial único firmado nos Dissídios Coletivos de Greve nº 0011731-13.2025.5.03.0000 e nº 0011802-15.2025.5.03.0000.

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.

COMITÊ GESTOR: Órgão instituído pelo Acordo Judicial com atribuição de avaliar, deliberar e aprovar sobre os seguintes temas relacionados a este Plano: investimentos dos recursos do Fundo Garantidor, regulamentos, custeio, reajustes (correção monetária e reajuste técnico) e avaliação permanente da rede credenciada para eventuais ajustes, não podendo haver impacto relevante nos demais planos operados pela Cemig Saúde, nos seguintes aspectos: exclusão de prestadores, fórmula de cálculo das garantias financeiras e rateio das despesas não assistenciais.

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

CONEXÃO SAÚDE: é o modelo de cuidado assistencial oferecido pela Cemig Saúde de forma presencial e/ou virtual. O modelo é baseado na Atenção Primária à Saúde que é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a

reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos beneficiários.

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

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

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

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: valor devido mensalmente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, ou pelo DEPENDENTE ESPECIAL, ou pelo RESPONSÁVEL FINANCEIRO à OPERADORA para manutenção das coberturas assistenciais contratadas, sendo os termos ‘mensalidade’, ‘contribuição’ e ‘contraprestação’ utilizados neste Regulamento como equivalentes.

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.

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

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste 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 ADESÃO: 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.

FUNDO GARANTIDOR DO PLANO: recurso financeiro constituído nos termos do Acordo Judicial.

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 nº. 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 do Comitê Gestor.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV - DAS PATROCINADORAS

Art.10 São Patrocinadoras:

- I. Companhia Energética de Minas Gerais – CEMIG, inscrita no CNPJ sob o nº. 17.155.730/0001-64, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190- 131.
- II. Cemig Geração e Transmissão S.A, nome fantasia Cemig GT, inscrita no CNPJ sob o nº. 06.981.176/0001-58, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, 12º andar – Ala B1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.

- III. Cemig Distribuição S.A, nome fantasia Cemig D, inscrita no CNPJ sob o nº. 06.981.180/0001-16, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, 17º andar – Ala A1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.
- IV. Companhia de Gás de Minas Gerais, nome fantasia Gasmig, inscrita no CNPJ sob o nº. 22.261.473.0001-85, localizada na Av. do Contorno, nº. 6.594, 10º. andar, bairro Funcionários, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30110-044.
- V. Cemig Saúde, já qualificada neste Regulamento.
- VI. Fundação Forluminas de Seguridade Social, nome fantasia Forluz, inscrita no CNPJ sob o nº. 16.539.926/0001-90, localizada na Av. do Contorno, nº. 6.500, 3º. e 4º. andares, bairro Funcionários, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30110-044.
- VII. Sá Carvalho S/A, inscrita no CNPJ sob o nº. 03.907.799/0001- 92, localizada na Av. Barbacena, nº. 1200, 12º andar, Ala 2, Parte 3, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-131.
- VIII. Cemig Soluções Inteligentes em Energia S.A – CEMIG SIM, inscrita no CNPJ sob o nº. 04.881.791/0001-67, localizada na Av. Barbacena, nº. 1.200, 14º andar – Ala A 1, bairro Santo Agostinho, em Belo Horizonte, MG, CEP: 30190-924.

§ 1º As Patrocinadoras dos incisos I, II e III obrigam-se nos termos e limites estabelecidos no Acordo Judicial, devendo o termo Patrocinadora, para fins deste Regulamento, ser interpretado em conformidade com as restrições previstas no referido Acordo Judicial.

§2º Considera-se patrocinadora para fins de referência de um determinado grupo familiar, a empresa com a qual o beneficiário titular manteve vínculo empregatício ou estatutário.

CAPÍTULO V - DA INSCRIÇÃO E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS

SEÇÃO I - DA INCLUSÃO E MANUTENÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art.11 Poderá inscrever-se como beneficiário no plano de saúde, observados os

critérios de elegibilidade estabelecidos pelo Acordo Judicial e as diretrizes do Comitê Gestor:

I. Como TITULAR:

- a) Beneficiário assistido de plano previdenciário da Forluz;
- b) Pensionista de plano previdenciário da Forluz;
- c) Aqueles que perderam o vínculo com a patrocinadora;
- d) Aqueles que deixaram de receber benefício complementar pago pela Forluz; e
- e) Aqueles que foram cedidos ou licenciados sem remuneração pela respectiva patrocinadora.

II. Como DEPENDENTE DIRETO, o inscrito pelo BENEFICIÁRIO TITULAR em seu grupo familiar:

- a) Cônjuge ou companheiro;
- 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 sob guarda ou tutela, até que complete 18 (dezoito) anos de idade;
- d) Filho inválido, desde que seja comprovada a invalidez e que esteja inscrito no Plano Prosaúde Integrado da Cemig (PSI) em 01/02/2025, observados os critérios estabelecidos neste Regulamento.

III. Como DEPENDENTE ESPECIAL:

- a) Parentes consanguíneos: filho, natural ou adotivo, irmãos, sobrinhos, primos, netos, bisnetos e filhos de bisnetos;
- b) Parentes por afinidade (em relação ao cônjuge ou companheiro[a]): enteado netos, genro ou nora, e cunhados.

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

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

§3º O beneficiário titular poderá manter o ex-cônjuge até inscrição de novo cônjuge ou companheiro. Quando houver o pedido para a inclusão de novo cônjuge/companheiro, o (a) ex-cônjuge poderá manter-se no plano, arcando integralmente com a contribuição.

§4º 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:

- I. decisão judicial proferida em ação de reconhecimento de união estável;
- II. declaração pública de união estável, firmada em cartório competente;
- III. declaração privada, com firma reconhecida em cartório.

§5º Não será admitida a inscrição de mais de um dependente na categoria cônjuge ou companheiro.

Art. 12 Serão elegíveis como dependentes o pai e a mãe do beneficiário titular inscritos no Plano Prosaúde Integrado da Cemig – PSI em 01/02/2025.

Art. 13 A permanência dos filhos inválidos, na condição de dependentes, restringe-se exclusivamente àqueles que já se encontravam regularmente inscritos no Plano Prosaúde Integrado da Cemig – PSI em 01/02/2025, ficando condicionada à apresentação de comunicado de decisão ou carta de concessão emitida pelo INSS que comprove formalmente a condição de invalidez.

§1º Na impossibilidade de apresentação do documento mencionado no caput, especialmente quando o beneficiário nunca tiver exercido atividade laborativa, a condição de invalidez será avaliada pela Cemig Saúde, podendo ser solicitada avaliação médica externa com especialista indicado pela Operadora.

§2º A Cemig Saúde poderá solicitar novos documentos para manutenção do dependente inválido no plano, especialmente quando os anteriormente apresentados estiverem com prazo de vigência expirado.

§3º Para verificação da permanência da condição de invalidez, a Cemig Saúde poderá realizar procedimentos administrativos de recadastramento, inclusive com avaliação médica.

§4º O não comparecimento ao recadastramento ou a perda da condição de invalidez implicará exclusão do dependente em até 180 (cento e oitenta) dias, salvo enquadramento em outra categoria de dependente.

§5º Em caso de exclusão, o beneficiário deverá ser informado sobre o direito à portabilidade especial de carências para outras operadoras, conforme regulamentação vigente da ANS.

Art.14 A inscrição prévia como beneficiário é requisito indispensável para o direito à percepção de qualquer benefício do plano de saúde.

§1º O requerimento de inscrição como beneficiário será feito por meio de

formulário próprio fornecido pela Cemig Saúde, devidamente instruído com os documentos por ela exigidos, ressalvados os casos de beneficiários que foram migrados para este plano, nos termos do Acordo Judicial.

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

Art. 15 Os beneficiários inscritos serão responsáveis pelo pagamento das contribuições, conforme as regras de custeio e de concessão de subsídios do plano, nos termos do Acordo Judicial firmado e das disposições previstas neste Regulamento.

Parágrafo Único: A partir do momento da inscrição, o beneficiário titular ou o beneficiário dependente especial, passa a exercer responsabilidade financeira, ficando sujeito às obrigações dispostas no presente Regulamento.

Art.16 A inscrição dos dependentes diretos neste Regulamento fica condicionada à participação do beneficiário titular, ressalvados os casos de direito de manutenção desde que assumam o pagamento integral do plano.

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

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

Art.17 Em caso de falecimento do beneficiário titular, o beneficiário dependente direto poderá manter sua inscrição no plano, desde que manifeste formalmente o interesse no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do óbito e assuma integralmente a responsabilidade pelo pagamento das contribuições.

§1º Sendo o dependente menor de idade ou incapaz, caberá ao representante legal formalizar a solicitação de permanência e assumir a responsabilidade financeira.

§2º O dependente designado como responsável financeiro responderá pelo pagamento das contribuições do plano, permanecendo os demais como dependentes diretos ou dependentes especiais, de acordo com as normas estatuídas nos regulamentos que estiverem inscritos.

§3º A definição do novo beneficiário titular observará a seguinte ordem de prioridade:

I – cônjuge ou companheiro;

II – dependente mais velho, exceto inválido.

§4º Na ausência de membro capaz no grupo familiar, o dependente menor ou incapaz poderá assumir excepcionalmente a titularidade, desde que representado ou assistido por seu representante legal.

§5º O dependente deverá apresentar, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, o termo disponibilizado pela Cemig Saúde, devidamente assinado, assumindo a responsabilidade financeira e as obrigações contratuais, sob pena de exclusão do grupo familiar.

Art. 18 O beneficiário que tiver cancelada sua inscrição neste plano de saúde, conforme estabelecido no presente Regulamento, poderá voltar a se inscrever no plano de saúde, a qualquer tempo, respeitando os prazos de carência estabelecidos para novas adesões.

SUBSEÇÃO I – DAS OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art.19 São obrigações dos beneficiários:

- I. Manter-se informado sobre o Regulamento do plano de saúde disponível no portal da Operadora, zelando por sua correta aplicação;
- II. Manter seus dados e os dados de seus dependentes atualizados junto ao cadastro da Operadora de Planos de Saúde;
- III. Deixar de utilizar imediatamente o cartão digital, quando do cancelamento de sua inscrição ou de seus dependentes ou dependentes especiais, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes com o plano de saúde, bem como se responsabilizando pelo pagamento das despesas decorrentes do uso indevido realizado após o cancelamento;
- IV. Prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se a avaliação médica ou exames, quando solicitados pela Cemig Saúde, respeitadas as diretrizes regulatórias;
- V. Efetuar a atualização dos dados pessoais, apresentando todas as informações e documentos necessários para cumprimento das legislações específicas em vigor. Comunicar, nos canais oficiais da Cemig Saúde, versões mais recentes dos dados para contato, a fim de viabilizar uma comunicação eficiente;

- VI. Comunicar à Cemig Saúde, por escrito ou por meio eletrônico, as exclusões de beneficiários para os efeitos deste Regulamento, especialmente quando do óbito;
- VII. Consultar, regularmente, todas as informações do seu plano, por meio do portal ou outros canais disponibilizados pela Cemig Saúde;
- VIII. Disponibilizar toda documentação solicitada pela Operadora, quando necessário realizar alguma comprovação que consubstancie algum pedido feito à Cemig Saúde;
- IX. Efetuar pontualmente o pagamento de suas contribuições mensais e de seus respectivos dependentes e as coparticipações estabelecidas neste regulamento;
- X. Solicitar à Cemig Saúde o cancelamento do plano, enquanto titular ou dependente especial, e também como responsável pelos seus dependentes diretos. Este cancelamento poderá ocorrer por liberalidade ou quando ocorrer qualquer modificação que altere requisitos estabelecidos neste Regulamento quanto a elegibilidade dos beneficiários como, por exemplo, estado civil, união estável, emancipação, renda, mudança de categoria, etc;
- XI. Efetuar inscrições no plano como titular ou dependente especial bem como de seus dependentes diretos, 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;
- XII. Informar os dados do representante legal, no caso de beneficiários menores de idade ou inválidos, condição essa imprescindível para que seja executada a inclusão deste dependente no plano de saúde.

§1º 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.

§2º A Cemig Saúde poderá acionar qualquer beneficiário, por meio dos contatos registrados no sistema da Operadora, sobre a necessidade de atualização cadastral.

§3º Caso o beneficiário não efetue a atualização cadastral e, mesmo após acionado pela Cemig Saúde, em 03 (três) tentativas de contato sem sucesso para

este fim, será considerada ausência da atualização necessária e, portanto, omissão do beneficiário.

§4º Além da omissão ou recusa em prestar informações solicitadas pela Operadora, conforme tratado no parágrafo anterior, são consideradas faltas por parte do beneficiário:

- I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em Regulamento, respeitadas as diretrizes regulatórias;
- II. Não apresentar documentação solicitada pela Operadora, nos prazos estipulados por esta, referentes à prestação de contas de adiantamentos feitos.
- III. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;
- IV. 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;
- V. Falsificar ou adulterar documentos e/ou dados.

§5º 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 Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, divulgado pelo IBGE, mais juros de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis.

Art.20 São direitos dos beneficiários:

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

Parágrafo Único. O ex-beneficiário também poderá recorrer conforme disposto acima, no inciso II.

Art.21 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 na Seção II deste Regulamento, respeitadas as diretrizes regulatórias e legislação vigente.

SEÇÃO II - DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE

Art.22 O beneficiário poderá ser excluído deste Regulamento conforme situações a seguir:

- I. Quando houver a perda dos critérios de elegibilidade definidos no presente Regulamento;
- II. quando o beneficiário titular solicitar a sua exclusão;
- III. quando o beneficiário titular solicitar a exclusão do dependente direto e especial;
- IV. quando o beneficiário dependente especial solicitar a sua exclusão;
- V. pela perda da qualidade de dependente direto;
- VI. quando vier a falecer, após a comunicação do fato à Cemig Saúde;
- VII. o atraso de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, referente às contribuições e/ou valores de coparticipação;
- VIII. no caso de inadimplência, observadas as regras neste Regulamento;
- IX. quando ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano de saúde;
- X. a prática de fraude, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da ficha de inscrição;
- XI. prática de infrações pelo beneficiário com a finalidade de obter vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- XII. casos de faltas ou mau comportamento, definidos como assédio moral, sexual, discriminação, agressão física, agressão verbal, roubo e furto.

§1º Nas hipóteses previstas nos incisos “i” e “v” deste artigo, os seus dependentes diretos serão automaticamente excluídos do plano de saúde.

§2º No caso de óbito do beneficiário titular, poderá ser mantido o grupo familiar, formado pelos dependentes diretos, nos termos deste Regulamento.

§3º A comunicação de que trata o inciso “VI” acima, deve ocorrer em, no máximo, 3 (três) dias do óbito, sob pena de serem apurados eventuais prejuízos à Operadora e cobrados do responsável pelo grupo familiar.

§4º A exclusão de beneficiário dependente direto deverá ser solicitada pelo 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.

§5º O dependente direto excluído conforme os incisos “i” e “v” deste artigo poderá solicitar, em até 30 (trinta) dias, sua permanência no plano de saúde requerendo a alteração para responsável financeiro ou dependente especial nos termos deste regulamento.

§6º Após o óbito do beneficiário titular, poderão ser incluídos os dependentes diretos e especiais, que possuam elegibilidade de acordo com as condições estabelecidas neste regulamento.

§7º Poderá ser admitida a constituição de mais de um grupo familiar de dependentes diretos, para um beneficiário titular falecido.

§8º Nas hipóteses previstas nos incisos IX ao XII será assegurado o direito a ampla defesa e devido processo legal ao beneficiário, nos termos do estabelecido no Capítulo VII deste Regulamento que trata dos critérios de aplicação de penalidades a beneficiários.

Art.23 A utilização dos serviços contratados durante o período de exclusão ou de carência, ressalvadas as urgências e emergências, 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

CAPÍTULO VI - DAS RECEITAS, REAJUSTE E REVISÃO DE VALORES

SEÇÃO I – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Art.24 A contribuição mensal dos beneficiários vinculados a este Regulamento será calculada com base nas tabelas constantes do Formulário de Adesão que constituem parte integrante deste Regulamento.

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

Art.25 O plano de saúde será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mediante contribuições efetuadas pelos beneficiários titulares e pelos dependentes especiais e, no caso dos beneficiários elegíveis, com subsídio proveniente de recursos do fundo garantidor, em consonância com o Acordo Judicial firmado, observadas as demais regras estabelecidas neste Regulamento.

Art. 26 As regras referentes ao subsídio constam no Regulamento dos Subsídios, emitido e aprovado pelo Comitê Gestor, que consiste na definição dos parâmetros para a concessão dos subsídios financeiros destinados ao custeio da cobertura assistencial estipulada no presente Regulamento nos termos do Acordo Judicial firmado.

Art.27 A periodicidade da contribuição do plano de saúde, compreende o período do primeiro ao último dia de cada mês, devendo haver cobrança *pro rata die* no mês de adesão quando esta não ocorrer no primeiro dia do mês. Esta cobrança *pro rata die* também será aplicável no caso de exclusão do beneficiário.

Art.28 Completados 45 (quarenta cinco) dias de mensalidades não pagas, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, a Cemig Saúde entrará em contato com o beneficiário titular, dependente especial ou responsável financeiro, pelos meios disponíveis, respeitando-se as diretrizes vigentes na ANS a fim de:

- I. Apresentar opção de negociação do débito de acordo com a norma interna da Cemig Saúde vigente à época;
- II. Informar sobre as consequências da inadimplência;
- III. Informar sobre o cancelamento da sua inscrição e dos seus dependentes, caso o débito pendente não seja quitado até 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses.

Parágrafo Único. Completados os 60 (sessenta) dias previstos no item III deste artigo, a Cemig Saúde enviará carta com comprovante de recebimento ou comunicado virtual que possa ser utilizado como comprovante em favor desta Operadora, informando sobre o cancelamento da sua inscrição e dos seus

dependentes, conforme normas e entendimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

SUBSEÇÃO I – DO PAGAMENTO PELO BENEFICIÁRIO ASSISTIDO FORLUZ

Art.29 As contribuições e coparticipações dos beneficiários titulares vinculados à FORLUZ (denominados assistidos), inclusive as relativas aos respectivos dependentes diretos serão descontadas em folha de benefícios e repassadas mensalmente para a Cemig Saúde.

Parágrafo Único: Havendo insuficiência de créditos que impossibilite o desconto mensal pela Forluz em sua folha de benefícios, a quantia remanescente será cobrada pela Cemig Saúde mediante envio e disponibilização de boleto, exclusivamente pelos meios digitais disponíveis da operadora, com vencimento no dia 15 (quinze) do mês subsequente.

SUBSEÇÃO II – DO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE POR MEIO DE BOLETO

Art.30 No caso de beneficiário dependente especial e dos titulares estabelecidos no inciso I, alíneas “c”, “d” e “e” do Art. 11, a Cemig Saúde emitirá boleto bancário por meio digital, conforme dados cadastrados no sistema de gestão da Operadora, e as cobranças serão enviadas e disponibilizadas aos beneficiários pelos meios digitais disponíveis da operadora.

Art.31 As cobranças mensais do plano de saúde vencem até o dia 15 (quinze) da competência do mês atual, sendo essa data que as contribuições pecuniárias e coparticipações devem ser pagas à Cemig Saúde ou outra data a ser definida, desde que previamente comunicada ao beneficiário.

Parágrafo Único - Somente no mês que ocorrer a adesão do beneficiário no plano de saúde, a cobrança da mensalidade poderá ser emitida em até 10 (dez) dias corridos da data de vigência inicial, pro rata die ao mês de contratação.

Art. 32 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente,

sem que haja qualquer penalização ao beneficiário.

Art. 33 Se o beneficiário não receber o documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação antes do respectivo vencimento, deverá solicitar à Cemig Saúde por meio dos canais de atendimento.

SEÇÃO II – REAJUSTE E REVISÃO DE VALORES

Art.34 As receitas e despesas do plano de saúde previsto neste Regulamento serão acompanhadas periodicamente pelo Comitê Gestor, por meio de avaliação atuarial, a fim de determinar a necessidade de alteração em seu custeio.

§1º Os valores das contribuições e coparticipações serão reajustados anualmente, no mês de aniversário deste Regulamento, por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, divulgado pelo IBGE, e eventual aplicação de reajuste técnico.

§2º As coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos das coparticipações fixadas em percentual), estabelecidas no Formulário de Adesão do presente Regulamento serão reajustadas anualmente, no mês de aniversário deste Regulamento, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, divulgado pelo IBGE, ou qualquer outro que venha a substituí-lo, e eventual aplicação de reajuste técnico

§3º Independentemente da data de adesão dos beneficiários, os valores de suas contribuições mensais terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário do presente Regulamento, entendendo esta como data base única.

§4º Toda revisão no custeio e reajuste das contribuições serão comunicadas à ANS, na forma prevista na legislação.

§5º Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas vigentes estabelecidas pela ANS, será respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas pelo Comitê Gestor.

Art.35 Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior à anualidade, esses poderão ser aplicados imediatamente a este Regulamento.

SEÇÃO III - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art.36 As contribuições são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, as contribuições serão aumentadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Faixa Etária	PLANO MASTER
De 0 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	16,00%
De 24 a 28 anos	16,00%
De 29 a 33 anos	32,00%
De 34 a 38 anos	20,00%
De 39 a 43 anos	14,00%
De 44 a 48 anos	18,00%
De 49 a 53 anos	17,00%
De 54 a 58 anos	26,00%
59 anos ou mais	28,00%

Art.37 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no artigo anterior e não se confundem com o reajuste disciplinado nos artigos referentes a “Reajuste e Revisão de Valores”.

Parágrafo único. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade estão isentos do aumento decorrente à modificação por faixa etária.

Art.38 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

Art.39 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas etárias.

SEÇÃO IV - PENALIDADES PELO ATRASO DOS PAGAMENTOS

Art.40 Ocorrendo impontualidade no pagamento das contribuições e

coparticipações, pelo beneficiário titular, responsável financeiro ou dependente especial, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

§1º O atraso no pagamento das contribuições e coparticipações acarretará juros de mora de 1% ao mês, calculados dia a dia, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.

§2º Além das penalidades descritas no parágrafo anterior, poderão ser cobrados do devedor o ressarcimento por eventuais perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

Art.41 O inadimplemento das obrigações financeiras acarretará a inclusão dos dados do inadimplente nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados).

§ 1º A manutenção da condição de beneficiário ou dependente e o recebimento pela Cemig Saúde das mensalidades em atraso após cumpridos os requisitos para exclusão ou suspensão do plano de saúde, constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

§ 2º A Cemig Saúde se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados pelos beneficiários por todos os meios legais cabíveis, judiciais e extrajudiciais, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito, sendo permitida a aplicação de condições especiais de quitação à critério da Operadora, visando incentivar a recuperação de crédito.

Art.42 O atraso no pagamento da contribuição por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste Regulamento, facultará à Cemig Saúde a exclusão do beneficiário inadimplente e beneficiários do mesmo grupo familiar, em conformidade com as normas vigentes estabelecidas pela ANS.

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

§ 2º A exclusão ou suspensão do atendimento somente terá validade, desde que seja realizada a notificação do beneficiário até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;

§ 3º Acaso a notificação seja recebida após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, esta será considerada válida se for garantido o prazo de 10 (dez)

dias contados de seu recebimento pelo beneficiário, para que seja efetuado o pagamento do débito;

§ 4º Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de exclusão do beneficiário ou rescisão do contrato;

§5º A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios:

- a) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- b) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta;
- c) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- d) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

§ 6º Esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos neste artigo, que estejam disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a operadora poderá excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

§ 7º A notificação por inadimplência poderá ser feita de forma complementar, em área restrita da página institucional da operadora na Internet e/ou por meio de aplicativo da operadora para dispositivos móveis, desde que a notificação somente seja acessível por meio de login e senha pessoais.

§ 8º Sem prejuízo dos meios de notificação elencados nas cláusulas acima, a operadora poderá se utilizar de outros meios que vierem a ser incorporados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 9º Os beneficiários deverão sempre manter suas informações cadastrais atualizadas.

§ 10º Acaso o beneficiário esteja em internação hospitalar, a operadora poderá realizar a notificação por inadimplência para fins de suspensão ou exclusão após alta médica, sendo garantido o prazo de 10 (dez) dias para que seja efetuado o pagamento do débito.

§ 11 A exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora por motivo de inadimplência somente poderá ocorrer após decorrido o

prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

§12 Exclusivamente nos casos de suspensão contratual, após a alta da internação, a operadora poderá realizar a notificação por inadimplência, seguindo, assim, os termos e prazos previstos no Regulamento para esse fim.

§ 13 Para fins de exclusão/suspensão, considera-se o inadimplemento o não pagamento de mensalidade em período superior a 30 (trinta) dias após seu vencimento.

§ 14 Após notificado, o beneficiário deverá realizar o pagamento integral das mensalidades em atraso e eventuais coparticipações, não sendo reconhecido o pagamento parcial.

§ 15 Os beneficiários estão cientes e concordam com o fato de que, em caso de exclusão do plano de saúde, poderão receber cobrança relacionadas às faturas de utilização anteriores, até o limite temporal acima descrito, em virtude dos atendimentos por reciprocidade realizados por outras operadoras parceiras da Cemig Saúde, comprometendo-se a arcar com os valores que a ela forem devidos.

§ 16 Caso haja utilização indevida por beneficiários inscritos os beneficiários, quando for o caso, se responsabilizarão pelo pagamento dos valores que lhe forem faturados, em custo operacional, relacionados a estes eventos, remetendo a Cemig Saúde a estes as justificativas da cobrança.

§ 17 Caso o beneficiário ou um de seus dependentes diretos esteja internado, será mantida a prestação de serviço até a alta hospitalar.

CAPÍTULO VII - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art.43 O presente Regulamento dispõe sobre a cobertura, pela Cemig Saúde, das despesas com assistência à saúde de seus beneficiários e dependentes regularmente inscritos, conforme previsto neste Regulamento.

SEÇÃO I - DO PLANO DE SAÚDE

Art.44 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 aos beneficiários inscritos conforme este Regulamento.

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

§2º Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura prevista neste 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.

Art.45 O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

SEÇÃO II - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art.46 Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a Cemig Saúde disponibilizará o cartão individual de identificação virtual (este por meio de aplicativo ou outra funcionalidade disponibilizada pela Operadora de saúde), cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços credenciados. Cabe à Cemig Saúde o direito de adotar, a qualquer momento, novo sistema ou alterações no sistema de identificação do cartão virtual para melhor atendimento dos beneficiários e sua melhor identificação junto aos prestadores de serviços.

§1º O cartão de identificação é PESSOAL e INTRANSFERÍVEL, podendo somente utilizar os serviços credenciados por meio dele o beneficiário nele identificado, sendo este responsabilizado por todo uso em desacordo com o presente Regulamento.

§2º Cada um dos beneficiários se obriga, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Regulamento, ou ainda de exclusão do beneficiário, a não mais utilizar os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela Cemig Saúde, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos. Nessas hipóteses, a

Cemig Saúde está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário.

§3º Considera-se uso indevido, por exemplo, a comprovada utilização desses documentos para obter atendimento por aqueles que perderam a condição de beneficiário, por qualquer motivo, ou, em qualquer hipótese, por terceiro, que não seja beneficiário, com ou sem o conhecimento deste.

§4º As utilizações indevidas para obtenção de atendimento após a rescisão, resolução, resilição ou exclusão de beneficiário, serão faturadas ao beneficiário em custo operacional.

SEÇÃO III - DAS CARÊNCIAS

Art.47 Ressalvadas as hipóteses previstas Acordo Judicial firmado, os serviços previstos neste Regulamento serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência, nos termos da lei	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames simples	30 (trinta) dias
Exames especiais e procedimentos	180 (cento e oitenta) dias
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Internações (clínica, cirúrgica, pediátrica e psiquiátricas)	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Parágrafo Único. Os prazos de carência estipulados acima poderão sofrer alterações conforme tabela aprovada pelo Comitê Gestor. Essa tabela, após aprovada, será divulgada pela Operadora por meio de seus canais de comunicação.

Art.48 Os prazos de carência elencados no artigo anterior serão contados a partir da adesão do beneficiário ao plano de saúde da Cemig Saúde previsto neste Regulamento.

Parágrafo Único. No caso de nova adesão após exclusão do beneficiário, independentemente do prazo em que ficar inativo, as carências serão contadas da data deste novo vínculo.

Art.49 Na hipótese de o beneficiário optar pela mudança para outro plano da Cemig Saúde, deverá ser observado o prazo de 60 (sessenta) dias para formalização de nova solicitação, sendo que, caso a opção recaia sobre plano que contemple ampliação da rede credenciada, acomodação superior ou inclusão de novas coberturas, será aplicada carência de 180 (cento e oitenta) dias, garantida as demais carências já cumpridas.

§1º O beneficiário que optar pela ampliação da cobertura por meio de contratação de opcionais sujeitar-se-ão às carências e aos limites previstos para cada um deles.

§2º Ao mudar de plano na mesma operadora, o tempo de carência parcialmente cumprido no plano de origem, será aproveitado para o cômputo no novo plano.

Art.50 Se a troca for uma portabilidade de outra operadora, as carências cumpridas são mantidas, desde que seguidos os requisitos de compatibilidade.

Parágrafo Único. Se o plano for considerado superior, novas carências podem ser aplicadas apenas ao que foi adicionado

Art.51 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 presente plano (vigência inicial, casamento, nascimento, aposentadoria, demissão ou exoneração).

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

SEÇÃO IV- DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES (DLP)

Art.52 No momento da adesão ao presente Regulamento, o beneficiário deverá, por meio do preenchimento de Declaração de Saúde, informar à Cemig Saúde sobre Doença ou Lesão Preexistente (DLP) que tenha ciência à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar objetivando a suspensão ou a rescisão unilateral do Regulamento.

§1º Não haverá incidência de cobertura parcial temporária (CPT) nos casos de

doença ou lesão preexistente (DLP), desde que a inclusão do beneficiário titular ou de seus dependentes diretos ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação à Patrocinadora, quando aplicável).

§2º Se em algum momento durante a vigência do presente Regulamento, no momento da inclusão de beneficiário, for aferido que o plano possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que se fizer sob essa condição permitirá que a Cemig Saúde exija o preenchimento da Declaração de Saúde e impute Cobertura Parcial Temporária (CPT) em relação às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas ou aferidas por meio de perícia médica.

§3º Ao mudar de plano na mesma operadora, o prazo do CPT parcialmente cumprido no plano de origem, será aproveitado no cômputo no novo plano.

Art.53 Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), no ato da adesão o beneficiário preencherá o formulário de Declaração de Saúde, acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário, sendo-lhe facultada a orientação por médico credenciado pela Cemig Saúde, às expensas desta.

§1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou por profissional credenciado pela Cemig Saúde, e designado por esta, sem qualquer ônus para si.

§2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais credenciados pela operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§3º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente Regulamento, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§4º É vedada a alegação de omissão de informação de doenças ou lesões preexistentes (DLP) após a realização de qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, pela Cemig Saúde, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

§5º Sendo constatada, por perícia ou entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Cemig Saúde aplicará a cobertura parcial temporária (CPT).

§6º Caso a Cemig Saúde não impute a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo, salvo hipótese de fraude.

Art.54 Na hipótese de cobertura parcial temporária (CPT), a Cemig Saúde somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente (DLP) declarados.

§1º Os procedimentos de alta complexidade mencionados no caput encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

§2º É vedada à Cemig Saúde a alegação de DLP decorridos 24 (vinte e quatro) meses da adesão do beneficiário ao Regulamento do plano de saúde.

§3º Nos casos de cobertura parcial temporária (CPT), findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e de acordo com a Lei 9.656, de 1998.

Art.55 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Cemig Saúde comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária (CPT).

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

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

§3º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá a ela remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º Após julgamento e acolhida a alegação da Cemig Saúde pela ANS, o beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas por ela suportadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão

preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou lesão preexistente (DLP) pela Cemig Saúde, e poderá ser excluído do plano de saúde.

Art.56 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente (DLP), bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Regulamento até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art.57 Para os casos dos beneficiários reinscritos no plano de saúde, independente do prazo que ficar inativo, será nova e integralmente contabilizado o prazo de CPT.

SEÇÃO V - DAS COBERTURAS

Art.58 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 pelo Comitê Gestor, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidos neste Regulamento.

Art.59 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);
- 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 (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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 (remédio com o mesmo princípio ativo, dose, forma farmacêutica e indicação que o de referência, garantindo a mesma eficácia e segurança, porém sem marca comercial. São intercambiáveis, ou seja, substituíveis pelo farmacêutico, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787/99); e
- b) medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA– Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Art.60 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 plano 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 plano 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 contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente (artigo 12, II, “f”, da Lei 9.656/98 c/c artigo 16 da Lei 10.741/03 – Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento) e também as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- XI. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XII. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação administrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
 - a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento da segmentação odontológica ou ambulatorial requer

suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente;

- b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- c) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura deste plano.

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

- a) hemodiálise e diálise peritonial– 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, conforme informado no Formulário de Adesão;
- XVII. regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XVIII. transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:
- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização

da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS.

XIX. por imperativo clínico, havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esses se darão a critério do médico assistente.

Art.61 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 contratual;
- II. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, “a”, da Lei 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo (Resolução Normativa 558/2022 da ANS), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- III. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção e desde que a mãe ou o pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- IV. Será devida a cobrança de coparticipação caso o recém-nascido utilize assistência médica, mesmo durante o período de 30 (trinta) dias de plano;
- V. Para fins de cobertura do parto vaginal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

SEÇÃO VI - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art.62 Aos atendimentos de urgência e emergência aplica-se a CONSU 13, que pode ser encontrada no site da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

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

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

Art.63 Em caso de atendimentos de urgência ou emergência dos beneficiários vinculados ao presente Regulamento que evoluírem para internação durante o período de carência contratual ou de Cobertura Parcial Temporária - CPT, serão observadas as seguintes regras:

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

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

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

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

§5º Nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLPs), será

garantida cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, limitada até as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

Art.64 A Cemig Saúde deverá garantir a cobertura de remoção do beneficiário depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

§1º À Cemig Saúde caberá:

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

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

Art.65 Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS ou nas unidades de saúde onde recebam atendimento nas 12 (doze) primeiras horas, diferentes das opções disponibilizadas pela Cemig Saúde, mas em caráter particular, esta Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

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

Art.66 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.

Art.67 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:

- I. Solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário específico disponível no site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br);
- II. 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);
- III. 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;
- IV. 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;
- V. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e laudo.

§1º No caso de materiais especiais, órteses e próteses – OPME, o beneficiário deve informar marca, modelo, fabricante e registro ANVISA.

§2º 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.

§3º 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.

§4º 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.

§5º 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.

§6º Só serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

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

Art.68 Além dos atendimentos na rede credenciada poderá o beneficiário:

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

Art.69 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.

Art.70 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, desde que utilizados exclusivamente em ambiente hospitalar ou ambulatorial, conforme a cobertura prevista neste Regulamento:

- 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, desde que utilizados exclusivamente em ambiente hospitalar ou ambulatorial, conforme a cobertura prevista neste Regulamento:

- 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.

§1º 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.

§2º O valor de reembolso observará a tabela vigente na data do atendimento realizado pelo beneficiário.

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

§4º Não haverá reembolso de quaisquer despesas realizadas pelo beneficiário durante o período de carência.

Art.71 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 colaborarem para elucidação de dúvidas e a submeter-se a eventuais avaliações periciais.

Art.72 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.

§1º 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.

§2º As listas relacionadas acima estão registradas no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Belo Horizonte sob o nº 1.312.878, estando também disponível na sede da Cemig Saúde e no site (www.cemigsaude.org.br).

§3º 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.

§4º 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.

Art.73 Eventuais débitos do beneficiário serão compensados com os valores a serem reembolsados pela Cemig Saúde.

SEÇÃO IX - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS À COBERTURA DE REMOÇÃO

Art.74 Na concessão da cobertura de remoção prevista em norma emanada da Agência Nacional de Saúde Suplementar e neste Regulamento deverão ser observadas as seguintes regras:

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

SEÇÃO X- DAS EXCLUSÕES

Art.75 Estão excluídos da cobertura deste Regulamento todos os procedimentos que não constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e os abaixo:

- 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, exceto para os casos previstos expressamente no Rol de Procedimentos;
- 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 e cuidadores 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 realizadas fora da área de atuação do plano contratado, inclusive os realizados no exterior;
- XXIII. procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados e entidades não contratadas, ressalvadas eventuais hipóteses previstas no Regulamento;
- XXIV. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXV. identificação de cadáveres ou restos mortais;
- XXVI. 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;
- XXVII. medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- XXVIII. 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;

- XXIX. produtos de toalete e higiene pessoal;
- XXX. 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;
- XXXI. serviços realizados em desacordo com o disposto neste Regulamento;
- XXXII. exames médicos admissional periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

SEÇÃO XI - DO ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA

Art.76 A Cemig Saúde assegurará aos beneficiários vinculados ao presente Regulamento, de forma presencial ou virtual, levando em consideração as especificidades de cada atendimento, os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e as internações aqui previstos, presenciais e virtuais, por meio de sua rede credenciada na área de atuação deste plano, conforme constante do guia médico do plano.

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

Art.77 Para utilização da rede credenciada é indispensável a identificação do beneficiário, mediante apresentação de cartão válido expedido ou outro meio instituído pela Cemig Saúde, acompanhado de documento oficial de identificação.

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

Art.78 Dependerão de prévia autorização da Cemig Saúde, para fazer jus aos benefícios do plano de saúde:

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

§1º Nos casos de comprovada urgência ou emergência, o atendimento poderá ser

feito sem prévia autorização, ficando o prestador de serviço obrigado a comunicar o fato à Cemig Saúde e providenciar a autorização no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data de internação, sob pena de Cemig Saúde não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§2º A solicitação prévia de autorização de atendimento, mecanismo de regulação permitido pela ANS, será obrigatoriamente instruída com documentos que justifiquem a concessão das coberturas necessárias, tais como, laudo médico, diagnóstico, resultado de exames complementares, etc., a critério da Cemig Saúde.

§3º O prazo de internação será definido pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.

§4º O regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.

§5º Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.

§6º A Cemig Saúde poderá, com base em critérios técnicos, condicionar a autorização à recomendação de avaliação médica da auditoria da Operadora ou quem ela referenciar.

§7º É garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

§8º É garantido ao beneficiário, no caso de divergência técnico-assistencial sobre o procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela operadora, a respeito da autorização prévia, a definição do impasse através de Junta Médica ou Odontológica, nos termos da Resolução Normativa nº 424/2017 da ANS, ou de outra que venha a substituí-la.

§9º Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da Cemig Saúde. Todavia o atendimento correrá às expensas da Operadora de Saúde desde que realizado com prestadores credenciados pela Cemig Saúde.

Art.79 Os atendimentos realizados por profissionais ou estabelecimentos credenciados serão pagos diretamente pela Cemig Saúde, que cobrará do beneficiário os valores devidos a título de coparticipação, diretamente por meio de boleto ou desconto em folha de benefícios.

§1º Os beneficiários não serão ressarcidos por pagamentos feitos diretamente a estabelecimentos e profissionais credenciados.

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

§3º A Cemig Saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

Art.80 A Cemig Saúde reserva-se o direito de alterar a rede credenciada, obedecidos os trâmites legais e contratuais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme Art.17 da Lei nº 9.656/1998.

§1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

§2º Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da Cemig Saúde durante o período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Cemig Saúde providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

§3º As substituições havidas na rede assistencial da Cemig Saúde ficarão disponíveis no site www.cemigsaude.org.br e no aplicativo da Operadora.

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

Art.81 É permitido à Cemig Saúde o referenciamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria da Cemig Saúde recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Art.82 Para os casos em que a coparticipação não puder ser calculada em percentual, em decorrência da negociação realizada com a rede credenciada, será utilizada as tabelas de referência de reembolso para aplicação dos percentuais de reajuste indicados no formulário de adesão.

SEÇÃO XII - DA COPARTICIPAÇÃO

Art.83 Estão disponibilizados no Formulário de Adesão os valores monetários ou percentuais de coparticipação financeira a que estão sujeitos os beneficiários deste Regulamento, na forma da Lei.

Art.84 Estão sujeitos à cobrança de coparticipação:

- I. Consultas virtuais ou presenciais, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial (consultório médico ou pronto- atendimento);
- II. Exames de diagnóstico e terapias;
- III. Procedimentos;
- IV. Internações hospitalares;
- V. Internações em hospital-dia;
- VI. Internações psiquiátricas, a partir do 31º dia;
- VII. Tratamentos.

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

§2º Os valores limites de coparticipação constantes dos Formulários de Adesão serão corrigidos anualmente, reajustados sempre no aniversário de vigência deste Regulamento, pela variação positiva acumulada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, divulgado pelo IBGE no ano.

§3º Os valores limites de coparticipação poderão ser alterados em percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, por recomendação do atuário responsável da Cemig Saúde e aprovação pelo Comitê Gestor.

§4º Serão isentos de coparticipação:

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

§5º Para verificar o valor de coparticipação a ser pago ou conferir valor já pago, o

beneficiário pode acessar o site da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) na área logada ou acessar os canais de atendimento e consultar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

Art.85 Além das coparticipações mencionadas nesta seção, está discriminado no Formulário de adesão o percentual de coparticipação financeira a que está sujeito o beneficiário nas despesas referentes à internação psiquiátrica.

§1º Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito no Formulário de Adesão sobre os valores faturados pelo prestador de serviços onde se deu a internação, em conformidade com a rede do plano de saúde deste Regulamento.

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

Art.86 As coparticipações compõem as obrigações financeiras deste Regulamento e seu inadimplemento sujeita o beneficiário à suspensão dos serviços aqui previstos, bem como sua exclusão do plano de saúde ao qual encontra-se inserido.

SEÇÃO XIII – DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

Art.87 O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência em leito hospitalar por até 12 (doze) horas, independentemente da acomodação contratada.

Art.88 Está prevista coparticipação específica para as internações em hospital-dia, conforme Formulário de Adesão vinculado ao presente Regulamento.

Art.89 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 Adesão para internações em regime hospitalar.

Art.90 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 plano, em consonância com a demais regras deste Regulamento.

Art.91 As internações hospitalares e demais procedimentos – a critério da operadora - serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da Cemig Saúde e submetidas a autorização prévia, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.

Art.92 A autorização prévia para a realização de procedimentos médicos é mecanismo de regulação permitido pela ANS e utilizado pela Cemig Saúde, pelo que deve ser apresentada pelo prestador credenciado contendo a solicitação médica, em meio físico ou eletrônico (via Sistema), a depender do atendimento de que necessitou o beneficiário, nos termos da legislação regulamentar vigente.

Parágrafo Único. Nos casos de urgência, o prestador terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar a solicitação médica acima mencionada, sob pena de a Cemig Saúde não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art.93 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.

Art.94 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, previamente autorizada, o prestador deverá apresentar à Cemig Saúde a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

Art.95 O regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico, será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.

Art.96 O pagamento das despesas não cobertas pelo presente Regulamento deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

Art.97 A Cemig Saúde não se responsabilizará por qualquer acordo particularmente ajustado pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

Art.98 O guia da rede credenciada estará à disposição do beneficiário, para consulta ou impressão no portal da Cemig Saúde (www.cemigsaude.org.br) informando a relação da rede prestadora de serviços de saúde.

CAPÍTULO VIII - DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

Art.99 A Cemig Saúde manterá a privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais que trata em decorrência do presente instrumento, sempre em conformidade com a legislação relativa à privacidade e proteção de dados vigente.

Art.100 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. 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 nº. 9.656, de 1998 e normas setoriais ou gerais sobre o tema.

Art.101 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 pessoas mal-intencionadas, sendo dever do beneficiário adotar medidas preventivas para tutelar seus dados pessoais.

Art. 102 A Política de Privacidade da Cemig Saúde, que constitui parte integrante do presente contrato, se encontra disponível para consulta em seu sítio eletrônico <https://cemigsaude.org.br/lgpd-2>. Sempre que houver dúvidas acerca do tratamento de seus dados pessoais, o beneficiário, deverá consultar o referido documento para fins de melhor esclarecimento.

Art.103 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 nº. 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 for caso.

Art.104 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.

Art.105 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.

Art.106 O beneficiário declara ciência de que a Cemig Saúde irá compartilhar seus dados pessoais com terceiros, prepostos e prestadores de serviços a ela vinculados, nos moldes do Art. 11, parágrafo 4º da Lei nº. 13.709, de 2018, e quando necessário para prestação de serviços de saúde.

CAPÍTULO IX - DOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DE PENALIDADES A BENEFICIÁRIOS

Art. 107 Em observância ao disposto nos incisos X, XI e XII do art. 22 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.

Art. 108 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.

Art. 109 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 art. 108, será iniciada uma Sindicância para apuração das condutas e procedimentos dos beneficiários no prazo de até 30 (trinta) dias a partir do respectivo recebimento.

Art. 110 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 a 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.

§1º – 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 no art. 108, incisos I, II e III.

Art. 111 O tempo de duração das penalidades de suspensão será estabelecido pela Diretoria Executiva, conforme a gravidade do caso.

Art. 112 A Diretoria Executiva deverá restringir a punição aos usuários infratores.

Art. 113 Havendo decisão final quanto a penalidade de cancelamento definitivo da inscrição ou de suspensão por período superior a 6 (seis) meses, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) realizar a devolução dos eventuais cartões de identificação que tiverem posse.

Art. 114 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.

Art. 115 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, incluindo todas as despesas com a assistência, sem prejuízo do direito de cobrança das contribuições em aberto.

Art. 116 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.

Art. 117 Caso seja determinada a exclusão do beneficiário, desde que devidamente comprovados os respectivos fatos, o cancelamento da inscrição será definitivo e não será permitido retorno do beneficiário e/ou do seu grupo familiar ao Plano.

Art. 118 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 X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art.119 As diretrizes tratadas neste Regulamento foram elaboradas pela Cemig Saúde, à luz das regulamentações da ANS e submetidos à aprovação do Comitê Gestor.

Art.120 Os casos omissos serão resolvidos pelo Comitê Gestor.

Art.121 Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99 e nenhuma regulamentação aplicável exclusivamente aos planos referenciais.

Art.122 O encerramento da operação do plano de saúde dar-se-á em consonância com as disposições descritas no Acordo Judicial e regulamentações da ANS.

Art.123 São consideradas partes integrantes do presente Regulamento quaisquer documentos disponibilizados e/ou entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, como o Formulário de Adesão, declaração de saúde, guia do beneficiário, dentre outros.

Art. 124 Os beneficiários migrados, na forma estabelecida no Acordo Judicial, declaram, para todos os fins de direito, ter plena ciência e expressa anuência quanto às informações constantes do Formulário de Adesão, o qual integra, para todos os efeitos, o presente Regulamento, encontrando-se disponível para consulta no site da Cemig Saúde.

Art. 125 Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de dispositivo legal ou deste Regulamento não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art.126 A Cemig Saúde poderá firmar convênios para disponibilizar benefícios, como descontos na aquisição de produtos e serviços, através de plataformas online ou canais físicos. A adesão é facultativa, cabendo ao beneficiário decidir livremente sobre o cadastro na plataforma e/ou apresentação de documentos no ato da compra.

Art.127 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.

Art.128 O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

NOTA

1. A 1ª versão deste Regulamento foi aprovada na 20ª Reunião do Comitê Gestor da Cemig Saúde em 14/04/2026, com vigência a ser definida.
2. A 2ª versão com alteração deste Regulamento foi aprovada na 23ª Reunião do Comitê Gestor da Cemig Saúde em 06.05.2026, com vigência a ser definida.
3. Este Regulamento entra em vigor a partir de 01/09/2026 conforme deliberado na 30ª Reunião do Comitê Gestor da Cemig Saúde de 17.07.2026.