

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

PORTARIA Nº 1.983 DE 5 DE DEZEMBRO DE 2006

Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo e seus dependentes e pensionistas, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições e considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006, e no Decreto nº 5.719, de 13 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

§ 1º Considera-se a assistência à saúde suplementar os benefícios concedidos pela administração federal direta, autárquica e fundacional, na forma consignada no inciso VI do **art. 3º do Decreto nº 4.961, de 20 de janeiro de 2004**

§ 2º Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

Art. 2º A assistência à saúde suplementar dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada mediante:

I - rede do Sistema Único de Saúde - SUS;

II - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

III - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**

IV - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

V - auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, exclusivamente quando não adotado pela administração pública o contido nos incisos anteriores.

Parágrafo único. Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento/estatuto de gestão próprio, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 3º Os planos de assistência à saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial, hospitalar, odontológica, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 2º Todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo desta Portaria, com as exceções previstas na **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**

§ 3º Os servidores ativos ou inativos, seus dependentes e pensionistas poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto no termo de referência básico, sem qualquer custo adicional para a administração pública.

DAS CARÊNCIAS

Art. 4º No caso de estabelecimento de carência, será permitido à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente, exigir, nos termos do **art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998** um acordo com o órgão ou entidade do SIPEC:

I - prazo máximo de trezentos dias para o parto a termo;

II - prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura de urgência e emergência; e

III - prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos.

§ 1º Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de um novo convênio ou contrato, inclusive por motivo de migração de carteira.

§ 2º É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

§ 3º Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos beneficiários aos respectivos planos de assistência à saúde suplementar.

§ 4º Para efeito desta Portaria, considera-se emergência e urgência o disposto no **art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**

DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 5º Para fins desta Portaria, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público e de contrato temporário, na forma da **Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993**, vinculados ao órgão ou entidade do Poder Executivo Federal;

II - na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;

b) o companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;

c) a pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO;

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “d” e “e”.

III - pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados ao SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso II inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” daquele inciso.

Art. 6º Os beneficiários de pensão poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria, na condição de beneficiário do plano, mediante opção, a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de manutenção do benefício.

Parágrafo único. Não será exigida carência, no mesmo plano, do beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

Art. 7º A operadora poderá admitir a adesão de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, com o servidor, ativo ou inativo, ou o pensionista, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

DA INSCRIÇÃO/ADESÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 8º É voluntária a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria.

Art. 9º Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar à operadora conveniada ou contratada as solicitações de inscrição ou adesão e exclusão dos servidores ativos, aposentados e pensionistas.

§ 1º No caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, a adesão e a exclusão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade setorial ou seccional do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

§ 2º A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato ou no regulamento/estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 10. Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelos órgãos e entidades do SIPEC, que os devolverão à operadora.

§ 1º A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;

- c) remoção ou redistribuição;
- d) licença sem remuneração;
- e) deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- f) exercício provisório;
- g) decisão administrativa ou judicial; e
- h) outras situações previstas em Lei.

§ 3º No caso de licença sem remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

DO CUSTEIO

Art. 11. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 5º desta Portaria é de responsabilidade da União, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos próprios servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos, não podendo ser inferior ao valor per capita fixado anualmente em Portaria da SRH/MP.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, observadas as disposições do art.5º desta Portaria, e será repassada à operadora na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato.

§ 3º As disposições previstas no § 1º aplicar-se-ão também nos casos de contratos, observados os seus termos.

§ 4º O auxílio, na forma do inciso IV do art. 2º desta Portaria, será consignado no contracheque do titular do benefício no valor estipulado por Portaria da SRH/MP.

Art. 12. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um percentual da respectiva

remuneração, provento ou pensão e/ou valor fixo definido em convênio ou contrato, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança, observado o disposto em cláusulas de convênios ou dos regulamentos/ estatutos das entidades.

Art. 13. A atualização das contribuições a que se refere o § 2º do art. 11 desta Portaria será efetuada pelos órgãos do SIPEC mediante a apresentação, pelas operadoras conveniadas ou de serviço prestado diretamente, das planilhas demonstrativas de custos assistenciais, em conformidade com as normas e disposições estabelecidas pela SRH/MP.

Art. 14. No caso de serviço prestado diretamente por órgão ou entidade do SIPEC, a atualização da contribuição do titular do benefício ficará sujeita à prévia aprovação da SRH/MP, ressalvados os casos previstos em lei específica.

DA PARTICIPAÇÃO NO CUSTO DOS SERVIÇOS

Art. 15. Além da contribuição mensal devida pelo titular do benefício, poderá ser cobrada participação no custo dos serviços utilizados, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança, em percentuais e valores definidos em cláusulas dos convênios, contratos, regulamentos ou estatutos do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Parágrafo único. A participação no custo dos serviços de que trata este artigo será efetivada de forma parcelada, em valores mensais não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão, admitida a adoção de critérios que contemplem faixas de renda.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 16. Caberá às operadoras conveniadas e aos serviços prestados diretamente pelo órgão ou entidade encaminhar, semestralmente, à SRH/MP, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no caput estarão à disposição dos órgãos de controle interno na Secretaria de Recursos Humanos.

DA SUPERVISÃO E DA FISCALIZAÇÃO DOS CONVÊNIOS OU CONTRATOS

Art. 17. Os convênios e contratos de que tratam os incisos e II do art. 2º serão firmados pelos órgãos e entidades do SIPEC, após manifestação da SRH/MP.

Art. 18. Independentemente da supervisão dos convênios ou contratos referidos nesta Portaria, a cargo da SRH/MP, os órgãos e entidades atuarão no acompanhamento da prestação de serviços das entidades conveniadas ou contratadas.

Art. 19. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, cada órgão ou entidade do SIPEC designará um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e contratos.

Art. 20. No cumprimento de sua atividade supervisora, a SRH/MP designará um representante para atuar junto à operadora, que será o responsável pelo acompanhamento da gestão dos convênios ou contratos firmados.

Parágrafo único. As irregularidades constatadas nas supervisões ou acompanhamentos realizados serão comunicadas aos órgãos fiscalizadores da atividade.

DOS CONVÊNIOS

Art. 21. Para a celebração de convênios com a União, suas autarquias e fundações, as operadoras de planos de saúde deverão atender as seguintes condições:

I - serem classificadas como de Autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS;

II - não ter finalidade lucrativa; e

III - assegurar a participação da SRH/MP nas reuniões do conselho deliberativo da operadora, ou órgão assemelhado, com direito a fazer proposições.

DOS CONTRATOS

Art. 22. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a União, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no **art.1º, inciso II do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004**, com a alteração dada pelo **Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004**, deverão:

I - possuir ou estar regular com o processo de autorização de funcionamento da ANS; e

II - observar o disposto na **Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993** e esta Portaria.

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CONVÊNIOS E CONTRATOS

Art. 23. Para atender o disposto no art. 2º, ficam as operadoras obrigadas a:

I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, na área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;

II - oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício;

III - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

IV - fornecer identificação individual aos beneficiários;

V - disponibilizar, trimestralmente, ao titular do benefício, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e data de sua realização; e

VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão ou entidade do SIPEC conveniente ou contratante.

DO SERVIÇO PRESTADO DIRETAMENTE PELO ÓRGÃO OU ENTIDADE

Art. 24. Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor, seus dependentes e pensionistas, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infra-estrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde suplementar.

Art. 25. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 26. Para gestão e manutenção do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, deverá ser criada modalidade de consignação específica pela SRH/MP, para desconto das contribuições do servidor e dos valores despendidos pelo órgão ou entidade, em folha de pagamento, observado o contido no art. 11 desta Portaria, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 27. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 28. Os valores da contribuição mensal do servidor, ativo ou inativo, de seus dependentes e do pensionista, de que trata o art. 12 desta Portaria, serão indicados pelos Conselhos Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade do SIPEC, com anuência da SRH/MP, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 29. A partir da vigência desta Portaria, a criação de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade do SIPEC, atenderá as seguintes disposições:

I - regulamento/estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade aprovado pela SRH/MP; e

II - definição de valores de contribuição do titular do benefício não superior ao dobro do valor pago pelo órgão ou entidade na forma de contrapartida.

Art. 30. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 31. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverão ser atendidos os princípios da **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**

Art. 32. Aplicar-se-ão, no que couber, as demais disposições desta Portaria.

DO AUXÍLIO

Art. 33. O auxílio, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, será limitado ao valor estabelecido por Portaria da SRH/MP e somente será devido se a administração optar por não oferecer nenhum plano de assistência à saúde suplementar de seus servidores, seja na forma de convênio, contrato ou serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Parágrafo único. É vedada a concessão do auxílio de que trata o caput se a administração do órgão ou entidade oferecer plano de assistência à saúde a seus servidores, mesmo que o servidor não efetive sua adesão ao plano oferecido pela administração.

Art. 34. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar, contratado diretamente pelo servidor, deverá atender, no mínimo, o termo de referência básico, anexo desta Portaria.

Art. 35. O auxílio será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36. O órgão ou entidade que optar por oferecer assistência à saúde suplementar aos servidores utilizando a rede do Sistema Único de Saúde não poderá exigir as contribuições previstas nesta Portaria.

Art. 37. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício, dentro do prazo de 60 (sessenta) dias contados da constatação.

Parágrafo único. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no caput não exime o beneficiário da quitação dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.

Art. 38. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde complementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição implicará na cessação dos direitos do titular e de seus dependentes, junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 39. O servidor, ativo ou inativo, e o pensionista não inscritos em plano de assistência à saúde complementar, nas condições previstas nesta Portaria, não farão jus à contribuição de que trata o § 2º do art. 11.

Art. 40. Cópia do convênio ou contrato previstos nesta Portaria deverá ser encaminhada para a SRH/MP, no prazo de 30 (trinta) dias contados de sua vigência, com vistas ao cumprimento do disposto no **art.3º do Decreto nº 4073 de fevereiro de 2004**

Art. 41. O convênio, o contrato ou o serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade terá vigência mínima de dois anos e no caso de seu encerramento ou cancelamento não será permitido à operadora sucessora, na forma do §1º do art. 4º, exigir novas carências dos beneficiários já inscritos na operadora anterior.

Art. 42. A aplicação das disposições contidas nesta Portaria dependerá de prévia suficiência orçamentária e financeira.

Art. 43. A transferência das contribuições dos servidores às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no termo de convênio ou contrato.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos e entidades que ainda não oferecem assistência à saúde complementar a seus servidores elaborar plano de inclusão deste benefício, e promover seu encaminhamento à SRH/MP até 31 de dezembro de 2007.

Art. 44. O órgão ou entidade determinará, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde complementar.

Parágrafo único. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 45. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta e os irmãos inválidos, já inscritos em serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, poderão permanecer beneficiários do plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria, desde que não sejam beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 46. Os convênios, contratos e serviços prestados diretamente pelo órgão ou entidade, vigentes na data de publicação desta Portaria, terão até 31 de dezembro de 2007 para se adequarem às disposições nela estabelecidas, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 47. Os convênios e contratos vigentes somente serão renovados mediante o cumprimento das disposições contidas nesta Portaria.

Art. 48. No caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o regulamento/estatuto do plano de assistência à saúde vigente na data de publicação desta Portaria, deverá ser revisto no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 49. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SÉRGIO EDUARDO ARBULU MENDONÇA

ANEXO

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto regular o plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, nos termos do **art. 230 da Lei nº 8.112/1991 e Portaria SRH nº 1983, de 05 de dezembro de 2006**

1.2. Todas as operadoras que prestarão assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC oferecerão, obrigatoriamente, o plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento.

1.2.1. Entende-se por beneficiário, na condição de titular do plano, o servidor ativo e inativo ou pensionista. Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

1.3. É facultada a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas no plano de referência básico.

1.4. Todos os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC têm como características:

1.4.1. ser coletivo por adesão, pela oferta a massa delimitada de Beneficiários com adesão espontânea e opcional desses;

1.4.2. não admitir agravos ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças ou lesões preexistentes;

1.4.3. admitir períodos de carência para início da prestação do serviço;

1.4.4. apresentar área geográfica de abrangência compatível com as localidades onde residem os servidores ativos vinculados aos órgãos do SIPEC do plano ofertado.

2. INCLUSÃO

2.1. Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1. na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público ou decorrente de contrato temporário vinculado a órgão ou entidade do Poder Executivo Federal;

2.1.2. na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;

b) o companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;

c) a pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO;

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas letras “d” e “e”.

2.1.3. Pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados ao SIPEC.

2.1.4. A existência do dependente constante nas letras “a” e “b” do subitem 2.1.2. inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante na letra “c” do referido subitem.

2.2. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata a Portaria, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, junto ao setorial ou seccional do SIPEC.

2.2.1. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

2.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco, consangüíneo ou afim, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

2.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria.

2.5. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

2.5.1. No caso de serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, a inscrição e a exclusão dos beneficiários será realizada pelo respectivo setorial ou seccional do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

2.5.2. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no convênio, contrato ou no regulamento/estatuto do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

2.6. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelos órgãos e entidades do SIPEC, que os devolverão à operadora.

2.6.1. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

2.6.2. A exclusão do servidor do plano de assistência à saúde suplementar se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no **artigo 30 da Lei 9.656/98**

2.6.3. Em caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, a remoção do servidor implicará na sua exclusão do plano de assistência à saúde suplementar.

2.6.4. No caso de licença sem vencimento, o servidor poderá optar em permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir, integralmente, o respectivo custeio.

2.6.5. Independentemente da situação prevista no § 2º, a exclusão do servidor se dará também por fraude ou inadimplência, respeitado o disposto no artigo 44 desta Portaria.

2.7. Caberá ao órgão ou entidade do SIPEC a exibição de documentos que comprovem o vínculo do servidor, ativo ou inativo, e pensionista com ele próprio e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

2.8. É assegurada a inclusão:

2.8.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto;

2.8.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

2.9. É garantida a manutenção no Plano dos demitidos e exonerados, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, incluindo-se os procedimentos abaixo listados, e relacionados às doenças listadas na CID-10.

3.1.1. Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante cardíaco

3.1.2. Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante de fígado

3.1.3. Acompanhamento clínico de transplante cardíaco no período de internação do receptor e do doador (pós-operatório até 15 dias)

3.1.4. Acompanhamento clínico de transplante de fígado no período de internação do receptor e do doador (pós-operatório até 15 dias)

3.1.5. Escleroterapia reparadora

3.1.6. Estudo eletro-fisiológico invasivo

3.1.7. Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent quimicamente tratado, a critério médico

3.1.8. Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 ou mais vasos)

3.1.9. Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso e estresse - com técnica tomográfica

3.1.10. Holter de 24 horas - 3 canais - digital

3.1.11. Ecodopplercardiograma transtorácico com mapeamento de fluxo em cores

3.1.12. Laqueadura em caso de patologia materna com risco de vida

3.1.13. Vasectomia

3.1.14. Acompanhamento Nutricional

3.2. A cobertura abrangerá, ainda, os procedimentos abaixo relacionados, constantes do Rol de Procedimentos da ANS, com as respectivas indicações de técnica:

3.2.1. Colecistectomia videolaparoscópica

3.2.2. Coledocolitotripsia

3.2.3. Ressecção videolaparoscópica de próstata

3.3. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no item 3.1, observadas as seguintes coberturas:

3.3.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.3.2. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas e fisioterapeutas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.3.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas;

3.3.4. procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados e na forma estabelecida na Resolução do CONSU nº 10/1998:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.3.5. tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato/convênio, não cumulativas;

c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

3.4. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no item 3.1 deste Termo de Referência Básico, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

3.4.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.4.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

3.4.3. diária de internação hospitalar;

3.4.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

3.4.5. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.4.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

3.4.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

3.4.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

3.4.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

3.4.10. órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

3.4.11. órteses e próteses nacionalizadas, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que comprovada a inexistência de similar nacional;

3.4.12. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

3.4.13. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

3.4.14. procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico

assistente, aqui considerados e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição enteral e parenteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) consulta prévia com anestesista e exames decorrentes;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de coração, córnea, fígado, e rim exceto medicação de manutenção.

3.4.15. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

3.4.16. tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

a) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);

c) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes

portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

d) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);

e) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

3.4.17. Cobertura de transplantes de coração, córnea, fígado, e de rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

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

3.4.18. O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

3.4.19. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.4.20. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

3.5. A cobertura odontológica compreende todos os procedimentos estabelecidos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.

3.6. É facultada à operadora a cobertura para os procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer com a operadora cláusula específica para a cobertura e o custeio desses casos.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Em conformidade com o que prevê a **Lei nº 9.656/1998** e as soluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no item 3.1 deste Termo de Referência Básico, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Termo e os provenientes de:

4.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

4.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

4.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

4.1.5. inseminação artificial;

4.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

4.1.7. tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

4.1.8. transplantes, à exceção de coração, córnea, fígado e rim;

4.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

4.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

4.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;

4.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

4.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- 4.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 4.1.15. procedimentos não discriminados no item 3.1 na data do evento;
- 4.1.16. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.17. aparelhos ortopédicos;
- 4.1.18. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.19. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- 4.1.20. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.3. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

5.3.1. Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

5.3.2. Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;

5.3.3. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

6. REEMBOLSO

6.1. Será assegurado o reembolso dos atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:

6.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

6.1.2. Quando se configurar urgência/emergência devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou;

6.1.3. Na hipótese de paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

6.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato, convênio ou estatuto/regimento do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade do SIPEC.

6.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

6.3.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

6.3.2. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários médicos;

6.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

6.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

6.4. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

7. REMOÇÃO

7.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude da carência de 24 horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

7.2.1. Quando não possa haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;

7.2.2. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

7.2.3. A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

7.2.4. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 7.2.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.

8.2. Será diretamente efetuado ao referenciado ou contratado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão da operadora do plano de saúde.

8.3. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

8.4. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1(um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

8.5. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertence à rede da operadora, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

8.6. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme **art. 17 da Lei nº 9.656/1998**

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

8.6.2. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante 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 operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

8.6.3. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessário autorização prévia da ANS.

8.7. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

8.8. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. Nenhuma responsabilidade caberá à Operadora por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

9.2. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

9.3. Este termo de referência entrará em vigor a partir de 01 de janeiro de 2008.

D.O.U., 06/12/2006 - Seção 1