

REGULAMENTO DO PLANO AGROS SAÚDE I SEM ODONTOLOGIA

**Registro nº. 457.438/08-9
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Acomodação Individual**

**Viçosa – MG
Maio/2020**

REGULAMENTO DO AGROS SAÚDE I SEM ODONTOLOGIA

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º Agros – Instituto UFV de Seguridade Social, Entidade Fechada de Previdência Complementar que presta serviços assistenciais à saúde nos termos admitidos no art. 76 da Lei Complementar nº. 109/01, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 36.892-0, classificado como autogestão com patrocinador, inscrito no CNPJ sob o nº 20.320.487/0001-05, localizado na Avenida Purdue, s/n, Campus UFV, 36570-900, na cidade de Viçosa – MG, doravante denominado **Agros**, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde dos Participantes do **Agros**, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º São PATROCINADORAS do PLANO:

- I. Agros – Instituto UFV de Seguridade Social, já qualificado neste instrumento.
- II. Universidade Federal de Viçosa, nome fantasia: UFV, inscrita no CNPJ sob o nº. 25.944.455/0001-96, com sede no Campus Universitário, s/n, em Viçosa - MG, 36570-900.

Parágrafo Único. O **Agros** poderá admitir outras **PATROCINADORAS** na forma da regulamentação em vigor.

Art. 3º O PLANO tratado neste instrumento é denominado Agros Saúde I sem Odontologia e está registrado na ANS sob o nº. 457.438/08-9, possuindo como Características Gerais:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial.**
- II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.**
- III. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios.**
- IV. Área de Atuação: Belo Horizonte, Florestal, Juiz de Fora, Mateus Leme, Muriaé, Nova Lima, Pará de Minas, Ponte Nova, Ubá, Viçosa, Visconde do Rio Branco, localidades do Estado de Minas Gerais.**
- V. Padrão de Acomodação em Internação: Individual.**
- VI. Formação do Preço: Pré-estabelecido.**

Art. 4º Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo V - **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III deste Capítulo.

CAPÍTULO II ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), **compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.**

Art. 6º Este instrumento contempla os requisitos legais necessários à oferta do denominado plano de referência básico aos Servidores, seus Dependentes, Dependentes Agregados e Pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), nos termos da Lei nº. 8.112/1990, e da Portaria Normativa nº 05/2010, editada pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/MPOG).

Art. 7º O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES

Art. 8º Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I. **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, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- II. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS):** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- III. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.
- IV. **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- V. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.^a revisão.
- VI. **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, diabetes e abortamento.
- VII. **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 9.656/98.
- VIII. **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

Parágrafo Único. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO IV CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 9º Poderão se inscrever no **PLANO**:

- I. Na qualidade de **Beneficiário Titular**:
 - a. os participantes de Plano de Benefícios de Natureza Previdenciária do **Agros**, ativos e aposentados, vinculados às **PATROCINADORAS**.

II. Na qualidade de **Beneficiário Dependente** do Titular:

- a. o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável, **sendo que a inscrição do primeiro impede a inscrição do segundo, e vice-versa;**
- b. o companheiro ou companheira de união homoafetiva, **obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;**
- c. a pessoa separada judicialmente ou extrajudicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com **percepção de pensão alimentícia;**
- d. os filhos e enteados, **solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;**
- e. os filhos e enteados, **solteiros, de 21 (vinte e um) até completar e 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que sejam dependentes econômicos do Titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;**
- f. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observados os critérios de dependência econômica e estado civil dispostos neste Regulamento para a inscrição de filhos.

III. Na qualidade de **Pensionista**:

- a. pensionistas de participante falecido do Plano de Benefícios de Natureza Previdenciária do Agros.

IV. Na qualidade de **Dependentes Agregados** do Titular:

- a. filho ou enteado, solteiro, que perder a condição de Dependente;
- b. neto solteiro.

Art. 10. Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes e Dependentes Agregados será necessário o preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

§1º A inscrição dos Beneficiários Dependentes e Dependentes Agregados fica condicionada à participação do Titular.

§2º Os Beneficiários Dependentes e Dependentes Agregados deverão ser incluídos em PLANO com as características de segmentação e padrão de acomodação do PLANO do Titular.

§3º Somente o Titular poderá inscrever beneficiários na condição de Dependentes ou Dependentes Agregados. Não será admitida, portanto, a inscrição de novos Dependentes ou Dependentes Agregados pelos pensionistas.

§4º As inscrições de cônjuge ou de companheiro de união estável ou de companheiro de união homoafetiva são excludentes entre si, não sendo permitida a inscrição cumulativa.

§5º A inscrição do cônjuge ou de companheiro de união estável ou de companheiro de união homoafetiva, impede a inscrição, como Dependente, da pessoa separada judicialmente ou extrajudicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente com percepção de pensão alimentícia.

Art. 11. Os beneficiários de pensão poderão permanecer no PLANO, mediante opção a ser efetivada junto às PATROCINADORAS.

§1º O Dependente de Titular falecido deverá assinar novo Termo de Adesão, na qualidade de Pensionista, até 30 (trinta) dias após o falecimento do Beneficiário Titular, para a manutenção do PLANO.

§2º O Dependente Agregado de Beneficiário Titular falecido poderá permanecer no PLANO desde que o pensionista, ele próprio ou seu responsável legal assuma formal e integralmente o valor do custeio do PLANO, até 30 (trinta) dias após o falecimento do Beneficiário Titular.

§3º Caso a adesão do Pensionista não se dê dentro do período de 30 (trinta) dias, o plano será cancelado e a reintegração sujeitará os beneficiários ao cumprimento integral dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

Art. 12. Caberá às **PATROCINADORAS** encaminhar ao **Agros** as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio dos Termos de Adesão devidamente preenchidos, bem como remeter os pedidos de exclusão até o último dia útil de cada mês, data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 13. Caberá, ainda, às **PATROCINADORAS** a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos Titulares e Pensionistas com elas próprias e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes ou Dependentes Agregados com o Titular quando solicitados pelo **Agros**.

Parágrafo Único. O **Agros** tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 14. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio Titular.

Art. 15. É assegurada a inclusão:

I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção.**

II. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

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

CAPÍTULO V COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 16. O **Agros** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do **Agros**, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos

em Saúde da ANS vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 17. A cobertura ambulatorial compreende:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso.**

III. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente.**

IV. 48 (quarenta e oito) consultas / sessões com fonoaudiólogo, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente, número que poderá ser ampliado até 96 (noventa e seis), desde que observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso.**

V. 18 (dezoito) consultas / sessões com nutricionista, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente.**

VI. 40 (quarenta) consultas / sessões com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente.**

VII. 12 (doze) consultas / sessões com terapeuta ocupacional, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente.**

VIII. 12 (doze) consultas / sessões com psicólogo, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente.**

IX. 18 (dezoito) consultas / sessões de psicoterapia, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

X. 02 (duas) consultas com fisioterapeuta, **por ano de adesão do usuário, não cumulativas, desde que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**

XI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

XII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

XIII. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde.

XIII.1. Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XIV. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.**

XV. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.

XVI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial.

XVII. Hemoterapia ambulatorial.

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

Seção II Das Coberturas Hospitalares

Art. 18. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente.

II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular, e alimentação.**

III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação hospitalar.

IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente.

VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.**

VII. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

VII.1. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

VII.2. O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha do Agros.**

VII.3. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e o **Agros**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pelo **Agros**.

VII.4. O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pelo **Agros** para composição da junta médica.

VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

IX.1. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

b. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

X. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**

d. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e. Hemoterapia;

f. Nutrição parenteral ou enteral;

g. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

i. Radiologia intervencionista;

j. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

XI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

XII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XIII. Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) **previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde do Beneficiário receptor;

b. medicamentos utilizados durante a internação;

- c. Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), 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 ao SUS;
 - d.1. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;
- e. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- f. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT);
- g. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XIV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

XV. Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), **salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;

XVI. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias**.

Art. 19. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente.
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
- III. Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.
 - III.1. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

IV. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 30% (trinta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.

Art. 20. O presente Regulamento garante, ainda:

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

II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.

III. Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica.

IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

VI. Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III Das Coberturas Adicionais

Art. 21. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em função de atendimentos prestados dentro do território nacional, **nos casos de urgência ou de emergência.**

Art. 22. Afora a remoção inter-hospitalar, obrigatória por Lei e prevista neste Regulamento, o **PLANO** contará com um serviço de ambulância, por via terrestre, que poderá ser utilizado pelos Beneficiários, exclusivamente para tratamento de saúde, **em caso de impossibilidade de remoção por outro meio, comprovada mediante apresentação de laudo médico, e autorizada previamente, conforme normatização interna do Agros.**

§1º Quando não for utilizado o serviço próprio de ambulância do **PLANO**, os Beneficiários poderão se utilizar do serviço de ambulância à disposição, por via terrestre, quando será efetuado reembolso das despesas efetuadas.

§2º **O reembolso será efetuado nos limites da tabela praticada pelo PLANO para pagamento a sua rede credenciada.**

§3º O reembolso será deferido mediante a apresentação da solicitação do médico assistente e da Nota Fiscal do Serviço correspondente, contendo o percurso e a quantidade de quilômetros rodados.

Art. 23. Os pedidos de reembolso de despesas com atendimento de urgência e emergência e de remoção de paciente previstos nesta Seção serão processados em conformidade com o disposto em Capítulo específico deste Regulamento.

Art. 24. Haverá cobertura adicional para os procedimentos relacionados a seguir, observadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento para a cobertura dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

- I. Mucoproteínas-pesquisa e, ou, dosagem.
- II. Hepatite B- HBSAC (anti-antígeno de superfície) – pesquisa e, ou, dosagem.
- III. Procedimento diagnóstico em painel de imuno-histoquímica (2 a 5 reações).
- IV. Histerossonografia.
- V. Biomicroscopia de fundo.
- VI. Topografia de papila.
- VII. Sessões de Eletroconvulsoterapia.
- VIII. Impedancia pHmetria esofágica.

CAPÍTULO VI EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 25. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, a Portaria Normativa SRH/MPOG nº 05/2010, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do Agros sem atendimento às condições previstas neste Regulamento.**
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento.**
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).**
- IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.**
- V. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de**

oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza.

VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

IX. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

X. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos.

XI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

XII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

XIII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

XIV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

XV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

XVI. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes.

XVII. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.

XIII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência.

XIX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou não previstos na cobertura adicional estabelecida no presente Regulamento.

XX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

XXI. Aparelhos ortopédicos.

- XXII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.**
- XXIII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados em todo o território nacional por profissionais não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pelo Agros.**
- XXIV. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento.**
- XXV. Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, nos termos estabelecidos neste Regulamento.**
- XXVI. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento.**
- XXVII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares.**
- XXVIII. Avaliação pedagógica.**
- XXIX. Orientações vocacionais.**
- XXX. Psicoterapia com objetivos profissionais.**
- XXXI. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.**
- XXXII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.**
- XXXIII. Cirurgia para mudança de sexo.**
- XXXIV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais.**
- XXXV. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

CAPÍTULO VII DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 26. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Parágrafo Único. A data de início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO coincidirá com a data do recebimento, pelo Agros, da comunicação de inscrição do Beneficiário ao PLANO, nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO VIII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento das carências a seguir

especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência, nos termos previstos neste Regulamento;
- II. 300 (trezentos) dias para o parto a termo; e,
- III. 180 (cento e oitenta) dias para as internações e os demais casos previstos neste Regulamento ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do rol de procedimentos pela ANS.

§1º O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO.

§2º Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos Beneficiários ao PLANO, à exceção das hipóteses de isenção de carência previstas neste instrumento.

§3º É vedada a antecipação de contribuição com o intuito de abreviar o período de carência.

§4º As carências cumpridas em outros planos privados de assistência à saúde não serão aproveitadas na inscrição e reintegração dos Beneficiários ao PLANO sendo vedada, por qualquer justificativa, a dispensa do prazo de carência.

Art. 28. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes e dependentes agregados no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou de sua vinculação à PATROCINADORA.
- II. O Beneficiário Dependente ou Dependente Agregado cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO.
- III. O Beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do Titular.
- IV. O Beneficiário cujo pedido de manutenção ocorra dentro do prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão do vínculo com as PATROCINADORAS.
- V. O Beneficiário cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência de matrícula inicial em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação para reingresso na condição de Dependente, nos termos deste Regulamento, à exceção da carência para parto a termo.

Parágrafo Único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.

Art. 29. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.

CAPÍTULO IX DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 30. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 31. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pelo Agros, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§3º Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do Agros, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pelo Agros, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 32. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o Agros oferecerá a cobertura parcial temporária.

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

Art. 33. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

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

Art. 34. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências do Agros, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 35. Exercendo prerrogativa legal, o Agros não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 36. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o Agros deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º Instaurado o processo administrativo na ANS, ao Agros caberá o ônus da prova.

§2º O Agros poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

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

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

Art. 37. O presente capítulo não vigorará para:

- I. O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes e dependentes agregados no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou de sua vinculação à PATROCINADORA.
- II. O Beneficiário Dependente ou dependente agregado cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO.
- III. O Beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do Titular.

Parágrafo Único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.

CAPÍTULO X ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 38. Considera-se:

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

Art. 39. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

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

Parágrafo Único. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II Da Remoção

Art. 40. Estará garantida a remoção, por via terrestre, inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do **PLANO** e conforme regras previstas nessa Seção.

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

§2º Haverá remoção para unidade do **SUS**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

§3º Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

Art. 41. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o Agros, desse ônus.**
- II. Caberá ao **Agros** 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.
- III. Na remoção, o **Agros** deverá disponibilizar ambulância, por via terrestre, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- IV. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, o Agros estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

CAPÍTULO XI REEMBOLSO

Art. 42. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de:

- I. Atendimentos prestados dentro da área de abrangência do **PLANO**, nos casos de urgência ou de emergência.
- II. Atendimentos eletivos quando o beneficiário for atendido fora da rede credenciada do **Agros**.

§1º O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência do **Agros** (que não serão inferiores ao valor praticado pelo **Agros** junto à rede de prestadores deste **PLANO**), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- I. Consultas médicas, Consultas/Sessões de psicologia, de fonoaudiologia, de terapia ocupacional, de nutrição, de fisioterapia e de acupuntura realizada por médico:**
 - a. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários do profissional de saúde executante dos serviços.
- II. Exames:**
 - a. Solicitação do médico assistente ou do nutricionista, conforme for o caso, e de acordo com a área de competência de cada profissional;
 - b. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas e notas fiscais do prestador de serviço e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - c. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários do profissional de saúde executante dos serviços.

III. **Conta hospitalar:**

- a. Solicitação do médico assistente, respeitado o disposto na regulamentação em vigor;
- b. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas e notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- c. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários do profissional de saúde executante dos serviços;
- d. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital; e
- e. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

§3º A Tabela de Referência do **Agros** está registrada no Cartório de Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas, Viçosa - MG, protocolo N° 30045, REG N° 4961 – LIV 95 A – Pag. 262 – AV n° 29, estando também disponível na sede do **Agros** e no *site* (www.agros.org.br). Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§4º **Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência podem ser obtidos na sede do Agros ou pelo telefone (31) 3899-6550.**

§5º Para fins de reembolso, os Beneficiários deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§6º Os recibos devem conter o nome do profissional ou da instituição que realizou o atendimento, registro no respectivo conselho e CPF ou CNPJ, bem como o nome completo do Beneficiário atendido, data da realização e descrição do procedimento realizado.

§7º As Notas Fiscais devem conter o nome completo do Beneficiário atendido, data da realização e descrição do procedimento realizado.

§8º **Não poderão ser apresentados como comprovantes de despesas documentos firmados por parentes consanguíneos e afins até o terceiro grau.**

§9º Os pedidos de reembolso serão pagos em prazo não superior a 30 (trinta) dias contados da data da entrega da documentação solicitada.

§10. Caso ocorra o óbito do Beneficiário, o reembolso será realizado ao inventariante no transcurso do procedimento de inventário ou por meio de alvará, caso **aquele** esteja concluído, ou ainda **poderá ser realizado à pessoa que comprovadamente efetuou o pagamento das despesas.**

§11. **O reembolso das despesas pagas diretamente pelo Beneficiário ao prestador, em qualquer caso, só será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento.**

§12. **Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.**

§13. Eventuais créditos a serem recebidos pelo Beneficiário serão compensados com débitos para o PLANO.

CAPÍTULO XII MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Carteira Assistencial

Art. 43. Na inscrição de qualquer Beneficiário no **PLANO**, será entregue uma carteira assistencial, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

§1º Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto da carteira assistencial, o Beneficiário deverá comunicar imediatamente o fato ao **Agros**, para bloqueio de sua utilização, sob pena do Titular ou Pensionista responder pelas despesas indevidamente realizadas.

§2º No caso de emissão de segunda via da carteira assistencial, decorrente de perda ou dano será cobrada uma taxa de serviço.

§3º O Beneficiário que admitir a utilização de sua carteira assistencial por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

§4º Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, de beneficiário, o Titular ou o Pensionista a que esteja vinculado obriga-se a devolver, imediatamente, as carteiras assistenciais fornecidas pelo **Agros**, sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do **PLANO**, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.

Seção II Padrão de Acomodação

Art. 44. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como *apartamento standard*.

§1º Na hipótese de o Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

§2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **Agros**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido 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.**

§3º Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **Agros**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade do **Agros**.

Seção III Serviços Próprios e Rede Credenciada

Art. 45. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede de serviço do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

§1º Ao utilizar a rede credenciada do **PLANO**, o Beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo ao **Agros** efetuar o pagamento diretamente ao credenciado em nome e por conta do Beneficiário.

§2º Será diretamente efetuado ao credenciado 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 a carteira assistencial do plano de saúde.

§3º É permitido ao **Agros** o referenciamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria do **Agros** recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

§4º Nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador na localidade demandada pelo Beneficiário, também será permitido ao **Agros** o direcionamento ao prestador por ela indicado, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento previstos nos normativos emanados pela ANS, bem como poderá o **Agros** garantir o atendimento de urgência e emergência por meio de reembolso, nos termos, preços e condições previstas neste Regulamento.

Art. 46. O atendimento, por meio do sistema de escolha dirigida, será prestado aos Beneficiários do **PLANO** por meio de:

- I. Rede própria do **Agros**, onde houver.
- II. Rede credenciada de forma direta, onde houver.
- III. Rede credenciada de forma indireta, observando a regulamentação da ANS em vigor.

§1º A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 05 (cinco) anos de idade.

§2º Será entregue, aos Beneficiários, catálogo próprio informando a relação dos profissionais e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do **PLANO**.

§3º - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, e poderá ser consultada no portal do **Agros** na Internet, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso, respeitadas as normas editadas pela ANS no que se refere à alteração da rede hospitalar, abaixo previstas:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra 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.
- II. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade do **Agros** 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 o **Agros** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

Seção IV Autorizações Prévias

Art. 47. Para utilizar os procedimentos previstos neste Regulamento, à exceção dos casos de urgência e emergência e das consultas, o beneficiário deve providenciar a autorização prévia, que pode ser obtida na sede do Agros ou pelos meios eletrônicos disponíveis.

§1º As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia estão disponíveis no endereço eletrônico www.agros.org.br, podendo ser consultados por telefone ou diretamente na sede do Agros.

§2º A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, desobriga o **PLANO** de seu pagamento, ressalvados os casos em que haja comprovada emergência ou nos casos de urgência.

§3º Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os Beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este Regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o **PLANO** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§4º - Todos os pedidos de autorização prévia para internação deverão conter: nome completo do Beneficiário, identificação do médico solicitante, do hospital onde se realizará o procedimento, do local, diagnóstico ou CID correspondente, se a legislação assim permitir, tratamento proposto com o código correspondente da tabela, duração provável e justificativa do tratamento proposto.

Art. 48. De posse da autorização de procedimentos emitida pelo **PLANO**, acompanhada de uma via do laudo médico, o Beneficiário deverá procurar o hospital ou clínica credenciada para a realização do procedimento.

§1º As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

§2º Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.

§3º Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (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.

§4º 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 contadas da formalização do processo, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico do **Agros** e por um terceiro,

escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do **Agros**.

Art. 49. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, independentemente de pertencer à rede credenciada do **Agros**.

Parágrafo Único. O **Agros** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 50. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do **Agros**.

Art. 51. O **Agros** não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

Parágrafo Único. O pagamento das despesas relativas aos eventos, serviços e/ou procedimentos não cobertos, entendidos esses como aqueles não descritos expressamente neste Regulamento e/ou não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, deverá ser efetuado diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviço, sem direito a reembolso pelo **PLANO**.

Seção V Coparticipação

Art. 52. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ou Pensionista ao **Agros**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus Dependentes ou Dependentes Agregados, definida em termos fixos ou em percentuais.

Parágrafo Único. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular e Pensionista, será cobrada coparticipação conforme descrito abaixo, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança a ser definido pelo **Agros**, na utilização, pelos Beneficiários inscritos, dos procedimentos ambulatoriais abaixo relacionados:

- I. Consultas Médicas ou Odontológicas: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada evento.**
- II. Consultas/Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada evento.**
- III. Exames: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 100,00 (cem reais) por exame.**
- IV. Fisioterapia: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 100,00 (cem reais) por procedimento.**
- V. Sessões de Acupuntura realizadas por médico: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 100,00 (cem reais) por procedimento.**
- VI. Sessões de Reeducação Postural Global (RPG) realizadas por fisioterapeuta: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 100,00 (cem reais) por procedimento.**
- VII. Hospital-dia psiquiátrico: 30% (trinta por cento) a partir do 30º (trigésimo) dia de tratamento.**

Art. 53. Também haverá coparticipação na internação por transtornos psiquiátricos, na forma prevista neste Regulamento.

Art. 54. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

Art. 55. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Parágrafo Único. Os percentuais de coparticipação deverão obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época.

CAPÍTULO XIII FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 56. O PLANO será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 57. O plano de custeio do PLANO, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I. Contribuições mensais dos Beneficiários Titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes e Dependentes Agregados, bem como dos Pensionistas;
- II. Coparticipação dos Beneficiários.
- III. Valores repassados pelas PATROCINADORAS e destinados aos Beneficiários que façam jus ao patrocínio, conforme estabelecido pela legislação aplicável e demais instrumentos que regulem a existência de patrocínio, dentre eles, os contratos e convênios constituídos para esse fim.
- IV. Receitas provenientes do Fundo Assistencial, conforme estabelecido pelo Conselho Deliberativo do Agros e definido em atos normativos da entidade.
- V. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias, não onerosos para o Agros.

§1º O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, valores de coparticipação, valores de patrocínio, repasses do Fundo Assistencial e eventuais novas fontes de receita e deverá ser publicado por ato da Diretoria Executiva do Agros, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

§2º O plano de custeio deverá ser aprovado conforme disposições estatutárias vigentes e que regulem as atribuições das instâncias decisórias do Agros e não poderá prever estipulações que afrontem as normas legais aplicáveis, bem como eventuais contratos e/ou convênios firmados entre as PATROCINADORAS e o Agros.

§3º Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

Art. 58. As contribuições e eventuais coparticipações, relativas aos Beneficiários Titulares e Pensionistas, por si e seus Dependentes e Dependentes Agregados, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando as PATROCINADORAS responsáveis pelo processamento dos referidos descontos, bem como pela transferência dos valores ao Agros,

acrescido das suas respectivas contribuições, até 05 (cinco) dias úteis após a data de pagamento dos Titulares e Pensionistas.

§1º Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento salarial ou em folha de pagamento de benefícios as contribuições e coparticipações em despesas assistenciais, essas serão debitadas na conta corrente do Titular ou do Pensionista e, em caso de permanência do débito, os Titulares e Pensionistas ficarão obrigados a recolhê-las diretamente aos cofres do **Agros**, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente.

§2º O Beneficiário licenciado, afastado ou com contrato suspenso, bem como os participantes que venham a se desligar das **PATROCINADORAS**, por exoneração ou rescisão sem justa causa, e que requererem a manutenção no **PLANO**, nos termos dispostos neste Regulamento, deverão efetuar os pagamentos de suas contribuições mensais, até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente, por meio de débito em conta ou boleto bancário.

§3º Em caso de suspensão ou supressão do repasse de valores pelas **PATROCINADORAS**, os Beneficiários Titulares assumirão os encargos relativos ao custeio do **PLANO**, por si e por seus dependentes e dependentes agregados inscritos.

Art. 59. Em caso de atraso no pagamento, os Titulares e Pensionistas se sujeitarão à multa de 2% (dois por cento), acrescidos de juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, apurado por dia de atraso.

Art. 60. Os recursos destinados ao custeio do **PLANO** serão contabilizados em conta específica e administrados pelo **Agros**.

Parágrafo Único. O **Agros** será, ainda, responsável pela aplicação dos recursos financeiros disponíveis do Fundo Assistencial, em conformidade com a política de aplicação dos recursos financeiros do Instituto, prevista em Lei.

CAPÍTULO XIV REAJUSTE

Art. 61. A atualização das contribuições a cargo do Beneficiário Titular e do Pensionista serão efetuadas mediante apresentação, pelo **Agros**, das planilhas demonstrativas de custos assistenciais, em conformidade com a legislação vigente.

Art. 62. Os valores das contribuições mensais, bem como seus eventuais componentes e coparticipações em valor, definidos no plano de custeio, poderão ser reajustados no mês de maio de cada ano, pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 01 (um) mês, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

§1º O reajuste poderá ser aplicado fora do mês de maio, observando as regras para apuração do índice previstas neste artigo.

§2º Na hipótese de aplicação do reajuste fora do mês de maio haverá alteração da data-base do reajuste, obedecendo ao disposto na legislação vigente.

Art. 63. Os valores das contribuições mensais, bem como seus eventuais componentes e coparticipações em valor, definidos no plano de custeio, serão revistos no momento da aplicação da modalidade de reajuste estipulada no artigo anterior, em virtude de:

- I.** Aumento da sinistralidade.
- II.** Aumento considerável dos custos médicos.
- III.** Alteração sensível na composição dos beneficiários.

Art. 64. No início de cada ano civil, será efetuada a avaliação do plano de custeio referente ao exercício anterior, que poderá indicar a necessidade de aplicação do reajuste técnico e/ou revisão da forma de custeio ou das coberturas previstas.

Art. 65. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 66. Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no mês de maio de cada ano, entendendo esta como data base única.

Art. 67. Qualquer reajuste aplicado ao PLANO deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art. 68. Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do PLANO, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais, nos eventuais componentes e coparticipações em valor.

Art. 69. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo do Agros para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

CAPÍTULO XV FAIXAS ETÁRIAS

Art. 70. As contribuições mensais previstas no plano de custeio foram fixadas em função da categoria e da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Tabela de Titulares e Dependentes

Faixas Etárias:	Percentuais de Reajustes:
0 a 18 anos de idade	-
19 a 23 anos de idade	20,00%
24 a 28 anos de idade	16,70%
29 a 33 anos de idade	33,60%
34 a 38 anos de idade	4,30%
39 a 43 anos de idade	2,60%

44 a 48 anos de idade	20,00%
49 a 53 anos de idade	25,00%
54 a 58 anos de idade	16,70%
59 anos e acima	28,60%

Tabela de Dependentes Agregados

Faixas Etárias:	Percentuais de Reajustes:
0 a 18 anos de idade	-
19 a 23 anos de idade	20,00%
24 a 28 anos de idade	16,70%
29 a 33 anos de idade	33,60%
34 a 38 anos de idade	4,30%
39 a 43 anos de idade	2,60%
44 a 48 anos de idade	20,00%
49 a 53 anos de idade	25,00%
54 a 58 anos de idade	16,70%
59 anos e acima	28,60%

§1º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.**
- II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.**

§2º Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§3º Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

CAPÍTULO XVI

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I DO DEMITIDO

Art. 71. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo mantido junto às **PATROCINADORAS**, no caso de exoneração, redistribuição ou demissão, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal e acrescido do valor de responsabilidade das **PATROCINADORAS**, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98.

§1º Para fins do direito de manutenção previsto no presente Regulamento entende-se por exonerado ou demitido sem justa causa, o Beneficiário cujo vínculo laboral foi extinto por iniciativa da **PATROCINADORA** sem qualquer causa justificadora da rescisão.

§2º O período de manutenção da condição de Beneficiário Titular será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PLANO**, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

§3º O Titular deve optar pela manutenção no **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, sendo que no caso do demitido ou exonerado esse prazo será contado da comunicação da **PATROCINADORA** quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

§4º O direito garantido nesta Seção será assegurado ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

§5º O Titular que não contribuir para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo com a **PATROCINADORA**, não terá direito à permanência de que trata essa Seção, após a perda do vínculo.

§6º O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I. quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato ao **Agros**.
- II. decurso dos prazos de manutenção previstos nesta Seção.

Seção II DO APOSENTADO

Art. 72. Ao aposentado que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário mantido junto às **PATROCINADORAS**, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o seu pagamento integral, quando não houver repasse pela **PATROCINADORA**.

§1º O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§2º Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **PATROCINADORA**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

§3º Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **PATROCINADORA**, antes do exercício do direito previsto nesta Seção, é garantida a permanência no plano dos dependentes e dependentes agregados inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Seção III DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

Art. 73. O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos, exonerados e aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

§1º A manutenção da condição de beneficiário prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (dependentes e dependentes agregados), a critério do próprio titular.

§2º O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§3º Em caso de óbito do ex-empregado é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes e dependentes agregados inscritos na vigência do contrato de trabalho, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto ao **Agros** sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do **PLANO**.

§4º As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

§5º O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir com o cancelamento pela **PATROCINADORA** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Art. 74. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **PATROCINADORA**, não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos dependentes e dependentes agregados.

Art. 75. É assegurado ao demitido, exonerado e aposentado e a seus dependentes e dependentes agregados vinculados ao **PLANO**, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

Art. 76. 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.

CAPÍTULO XVII

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Exclusão

Art. 77. Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I.** perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento.
- II.** perda da qualidade de Pensionista, de Dependente ou de Dependente Agregado, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário, ressalvado o filho é o neto que poderão ser mantidos no PLANO independente do estado civil, observando as regras estabelecidas pelo Conselho Deliberativo do Agros.

Art. 78. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Titular do PLANO, caberá à PATROCINADORA, obrigatória e expressamente, informar ao Agros:

- I.** Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração ou aposentadoria.
- II.** Se o beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria.
- III.** Se o beneficiário demitido ou exonerado contribuía para o pagamento do PLANO ou para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PLANO.
- IV.** Por quanto tempo o beneficiário demitido ou exonerado contribuiu para o pagamento do PLANO e para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PLANO.
- V.** Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo Único. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários do PLANO, mediante comprovação de que o beneficiário foi comunicado do direito de manutenção previsto na Lei nº 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 79. O Agros poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, independente de manifestação da PATROCINADORA ou do próprio Titular, nas seguintes hipóteses:

- I.** Em caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

- II. Perda da qualidade de beneficiário, nos termos estabelecidos no presente Regulamento.
- III. Interrupção do pagamento das contribuições e eventuais coparticipações, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes e Dependentes Agregados, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

Art. 80 - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular ou Pensionista ao PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 81 - Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

- I. Falecimento.
- II. Evento ou ato que implique na suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporária.
- III. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego.
- IV. Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo PLANO.
- V. Licença sem remuneração.
- VI. Decisão administrativa ou judicial.
- VII. Voluntariamente, por opção do Titular.
- VIII. Outras situações previstas em Lei.

Art. 82. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o Titular ativo ou inativo poderá optar por permanecer no PLANO, devendo assumir, integralmente, durante o período de licença, o respectivo custeio das despesas, observada a legislação aplicável. A opção pela permanência do beneficiário, deverá ser formalizada no prazo de 30 (trinta) dias contados da aquisição da respectiva condição.

Art. 83. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto no caso do Titular falecer e os dependentes optarem pela manutenção no PLANO no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do óbito.

Art. 84. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exige o Beneficiário Titular ou Pensionista de quitar eventuais débitos com o Agros, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

Seção II Da Reintegração

Art. 85. A reintegração do Beneficiário Titular excluído dar-se-á a seu pedido, desde que não tenha sido afastado em razão do cancelamento de sua inscrição no plano de benefícios de natureza previdenciária do Agros, ou em razão de prática de fraude contra o PLANO e que não possua débitos pendentes.

Parágrafo Único. A reintegração do Dependente ou Dependente Agregado dar-se-á a pedido do Beneficiário Titular, desde que o reintegrado atenda aos requisitos previstos neste Regulamento e que o Beneficiário Titular não possua débito junto ao PLANO.

Art. 86. A reintegração no PLANO, após o prazo de 30 (trinta) dias do cancelamento, será considerada nova adesão, para todos os fins e efeitos, respeitadas as disposições deste Regulamento e da regulamentação em vigor, inclusive no que se refere ao

cumprimento, ou isenção de cumprimento, dos prazos de carência e de cobertura parcial temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes.

Seção III Da Vedação de Exclusão

Art. 87. Os Beneficiários excluídos do **PLANO** terão suas carteiras assistenciais recolhidas pelas **PATROCINADORAS**, que as devolverão ao **Agros**.

§1º É vedada a exclusão de Beneficiário em decorrência da insuficiência de margem consignável do Beneficiário Titular, dentro do prazo de 60 (sessenta) dias contados da constatação.

§ 2º Durante o período de insuficiência da margem consignável, o Beneficiário Titular não se exime de quitar os débitos de sua responsabilidade, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

Seção IV Da Suspensão

Art. 88. O Beneficiário Titular afastado, por motivo de estudo ou cumprimento de missão no exterior, poderá requerer a interrupção de seus direitos e obrigações em relação ao **PLANO**, devendo, quando do seu retorno, solicitar formalmente o término da suspensão, nos termos descritos neste Regulamento.

§1º O mesmo direito estende-se ao cônjuge/companheiro que for acompanhar o Titular, bem como ao Dependente ou Dependente Agregado afastado para a mesma finalidade.

§2º O Titular afastado por motivo de estudo ou cumprimento de missão no exterior e o Dependente ou Dependente Agregado afastado para exercício de estágio no exterior, poderá retornar ao **PLANO**, sem exigência de cumprimento de novos períodos de carência, desde que solicite a reintegração em até 60 (sessenta) dias, contados do retorno ao Brasil.

Art. 89. O Titular afastado por motivo de estudo ou cumprimento de missão em território nacional, caso tenha permanecido vinculado a outro plano de saúde durante o período de suspensão de seus direitos no **PLANO**, poderá retornar ao **PLANO**, com aproveitamento das carências já cumpridas no plano de origem, desde que solicite a reintegração em até 60 (sessenta) dias, contados da data de cancelamento e, ou exclusão do plano a que esteve vinculado durante o afastamento do **PLANO**.

§1º O mesmo direito estende-se ao Dependente ou Dependente Agregado que for acompanhar o Titular afastado por motivo de estudo ou cumprimento de missão em território nacional.

§2º O aproveitamento das carências será feito mediante apresentação dos documentos exigidos pelo **Agros**, dentre os quais, cópia do contrato ou regulamento do plano de saúde a que esteve o Beneficiário vinculado e cópia de documento que comprove a data

de sua inscrição nesse PLANO. O período de carência já cumprido pelo Beneficiário será descontado dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

Seção V Das Penalidades

Art. 90. As irregularidades e os casos comprovados de fraude que culminem ou não em utilização indevida do PLANO, apurados administrativamente, por iniciativa de qualquer interessado, serão encaminhados à Diretoria de Seguridade e, posteriormente, à Diretoria Executiva do Agros para análise e deliberação, podendo o infrator ser penalizado com:

- I. Advertência formal pela manutenção de dependente ou dependente agregado em descumprimento ao disposto neste Regulamento, que ocasione gastos indevidos para o PLANO, excetuando-se os casos de óbito e outros atos de menor gravidade.
- II. Suspensão do direito do Beneficiário Titular aos benefícios do PLANO, por um período não inferior a 06 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, pela reincidência da prática de atos sujeitos à advertência formal anteriormente citada.
- III. Suspensão do direito do Beneficiário Titular aos benefícios do PLANO, por um período não inferior a 06 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, quando apurada fraude na documentação apresentada, seja ela do próprio Titular ou de seus Dependentes ou Dependentes Agregados, bem como nas declarações prestadas no momento da inscrição.
- IV. Suspensão do direito do Beneficiário Titular aos benefícios do PLANO, por um período não inferior a 06 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, decorrente da utilização do PLANO por terceiros, salvo prova concreta de não ter o participante concorrido dolosa ou culposamente para a utilização indevida.
- V. Cancelamento da inscrição de todo o grupo familiar pela reincidência de atos sujeitos à suspensão, não se admitindo reintegração futura.

Parágrafo único. O titular sujeitar-se-á ainda à reposição do valor do gasto indevido realizado às custas do PLANO, em virtude das irregularidades acima mencionadas ou outras que venham a ser apuradas, acrescido de atualização monetária e multa de 10% (dez por cento) na ocorrência do disposto no inciso I e II, ou de 50% (cinquenta por cento) na ocorrência do disposto nos incisos III, IV ou V.

CAPÍTULO XVIII DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 91. Os participantes vinculados às ex-patrocinadoras **Funarbe** e **Centreinar**, já inscritos em Plano Privado de Assistência à Saúde ofertado pelo **Agros**, que tenham optado por permanecerem vinculados ao Plano de Benefícios de Natureza Previdenciária do **Agros**, terão assegurada a manutenção do direito de sua inscrição neste **PLANO**.

Parágrafo Único. Ressalvada a hipótese tratada acima, não serão permitidas novas adesões de Beneficiários que não mantenham vínculo com as **PATROCINADORAS**.

CAPÍTULO XIX DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 92. O Fundo Assistencial, citado neste Regulamento, foi instituído pela Resolução nº 54/1993 do Conselho de Administração e Diretoria Executiva do **Agros** e homologado pela

PATROCINADORA Universidade Federal de Viçosa, pela Portaria nº 1.190/1993, conforme valor indicado atuarialmente no Estudo B-02, alternativa 02, da Nota Técnica STEA: D.T.A 2/1657/93/187; em consonância com o §1º do artigo 39 da Lei nº 6.435/1977 e artigo 120 do Regulamento Básico do **Agros**.

Parágrafo Único. As receitas previstas para o Fundo Assistencial são provenientes da dotação inicial da **PATROCINADORA UFV**.

Art. 93. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 94. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 95. Nenhuma responsabilidade caberá ao **Agros** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do Titular ou de seus Dependentes, Dependentes Agregados e Pensionistas, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do Beneficiário.

Art. 96. O **Agros** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 97. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como o Manual do Beneficiário e atos normativos fornecerão informações complementares a este Regulamento.

Art. 98. O **Agros** manterá registros estatísticos, financeiros e contábeis das ocorrências do **PLANO**, separadamente das atividades previdenciárias.

Art. 99. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva do **Agros**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 100. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas **PATROCINADORAS**, na forma da regulamentação da ANS.

Art. 101. Este regulamento somente poderá ser alterado por decisão do Conselho Deliberativo do **Agros**, sujeita à homologação da **PATROCINADORA UFV**.

Art. 102. O encerramento da operação do **PLANO** pelo **Agros** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 103. Este Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 104. Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.