



SAÚDE BRB
CAIXA DE ASSISTÊNCIA

Regulamento

Plano A

**Aprovado na 20ª. Reunião Ordinária do Conselho Consultivo,
realizada em 30.11.2010**

Vigência: A partir de 02.12.2010

ÍNDICE

Capítulo I DO PLANO E DOS ATRIBUTOS	5
Seção I Do Plano	5
Seção II Atributos do Regulamento	5
Capítulo II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
Seção I Da Admissão dos Beneficiários.....	5
Seção II Dos Beneficiários Titulares e dos Beneficiários Dependentes.....	6
Seção III Da inclusão de Beneficiários	8
Capítulo III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	9
Seção I Do Programa de Assistência Médico-Hospitalar.....	10
Seção II Do Programa de Assistência Ambulatorial	10
Seção III Do Programa de Assistência Hospitalar.....	12
Remoções.....	14
Cirurgia Odontológica Buco-Maxilo-Facial	15
Cirurgias Plásticas.....	15
Colocação de Banda Gástrica para Cirurgia de Obesidade Mórbida e Gastroplastia para Obesidade Mórbida.....	15
Internações Obstétricas e Assistência ao Recém-Nato.....	15
Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho	16
Transplantes	16
Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia).....	17
Autorizações Prévias	17
Seção III Do Programa de Assistência Odontológica.....	17
Seção IV Do Programa de Assistência Social.....	18
Seção V Do Programa de Assistência à Saúde Mental.....	19

Subseção I Assistência em Psicologia Terapia Ocupacional e Ambulatorial de Psicoterapia.....	19
Subseção II Assistência Ambulatorial em Psiquiatria.....	20
Subseção III Assistência a Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais	20
Subseção IV Assistência a Pessoas com Dependência Química.....	20
Subseção V Assistência em Hospital-Dia Psiquiátrico.....	21
Capítulo IV EXCLUSÕES DE COBERTURA	21
Capítulo V DURAÇÃO DO REGULAMENTO.....	23
Capítulo VI PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	23
Capítulo VII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	23
Capítulo VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	23
Capítulo IX MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
Seção I Identificação dos Beneficiários.....	24
Seção II Das Formas de Acesso aos Serviços.....	25
Seção III Das Autorizações Prévias.....	26
Seção IV Das Divergências Médicas.....	26
Seção V Dos Percentuais de Co-Participação na Cobertura	26
Seção VI Da Rede Credenciada.....	27
Seção VII Do Reembolso	28
Capítulo X FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	29
Capítulo XI REAJUSTE.....	31
Capítulo XII FAIXAS ETÁRIAS.....	31
Capítulo XIII REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	31
Capítulo XIV CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO..	32
Capítulo XV RESCISÃO/SUSPENSÃO	34

Capítulo XVI DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
Capítulo XVII ELEIÇÃO DE FORO.....	36
Capítulo XVIII VIGÊNCIA	36
ANEXO I.....	37

Capítulo I DO PLANO E DOS ATRIBUTOS

Seção I Do Plano

Art. 1º - O Plano A de Assistência à Saúde (Registro ANS nº 401.041/99-8), é um Plano multipatrocinado coletivo empresarial, com vínculo empregatício ativo e vínculo empregatício inativo, instituído a favor dos Beneficiários da **Saúde BRB – Caixa de Assistência**, com sede à SRTVS Quadra 701 conjunto L, Bloco 01, loja nº 82, Bairro Asa Sul, Brasília - Distrito Federal , inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.859.814/0001-37, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 41.431-0, doravante denominada pelo nome fantasia **Saúde BRB**, e classificada como autogestão.

Parágrafo Único - O Plano de Assistência à Saúde tem autonomia financeira e contábil.

Seção II Atributos do Regulamento

Art. 2º - O Plano de Saúde, regido por este Regulamento, instituído e operado pela **Saúde BRB**, tem por objetivo assegurar, por prazo indeterminado, na área do Distrito Federal, cidades de seu entorno e onde as Associadas mantenham filiais, agências ou sucursais, os meios indispensáveis à manutenção e à prevenção de problemas da saúde de seus Beneficiários, na segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico, por meio de 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 nº 9656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar e Odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente na época do evento.

§ 1º – Este Regulamento traça as diretrizes de Plano de Assistência à Saúde, com características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9656/98.

§ 2º – A cobertura assistencial prestada pela **Saúde BRB** poderá ocorrer fora do Distrito Federal e da abrangência citada no caput deste artigo, por meio de celebração de convênios de reciprocidade com entidades congêneres, nas condições estabelecidas no presente Regulamento e, ainda, mediante reembolso na forma estabelecida no artigo 55.

Capítulo II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Seção I Da Admissão dos Beneficiários

Art. 3º – Poderão ser admitidos neste Regulamento, na condição de Beneficiário Titular, os empregados e dirigentes vinculados a qualquer uma das Associadas, por força de relação empregatícia ou estatutária, pensionistas, ex-empregados ou aposentados, que

tenham sido vinculados às Associadas, ressalvando-se o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, bem como os respectivos grupos familiares definidos no artigo 5º.

§ 1º – Fica desde já ressaltado que a adesão do grupo familiar a este Regulamento dependerá, obrigatoriamente, da participação do Beneficiário Titular, vinculado a uma das Associadas, no Plano Privado de Assistência à Saúde.

§ 2º - A inscrição ou o desligamento do Beneficiário Titular e de seus Beneficiários Dependentes é feita por manifestação formal do primeiro, endereçada à **Saúde BRB**.

§ 3º - A manifestação formal a que se refere o caput deste artigo compõe-se da aceitação plena pelo Beneficiário Titular do presente Regulamento, e da autorização expressa para que suas contribuições e participações sejam descontadas em folha de pagamento, ou recolhidas pessoal e diretamente à **Saúde BRB**, ou ainda debitada em conta corrente mantida no BRB - Banco de Brasília S.A.

§ 4º - Formalizada a inscrição, a relação contratada tem vigência imediata e se estenderá por todo o período de vinculação empregatícia do Beneficiário com a respectiva Associada patrocinadora, na forma estabelecida no artigo 4º, observado, ainda, o disposto no caput e no artigo 41.

Seção II

Dos Beneficiários Titulares e dos Beneficiários Dependentes

Art. 4º - Integram a categoria de Beneficiários Titulares, desde que inscritos na forma regulamentar:

I- os empregados ativos em exercício em qualquer das Associadas ou, estando em exercício fora das Associadas, que não tenha suspenso seu contrato de trabalho;

II- os empregados das Associadas em gozo de licença não remunerada, no exercício de mandato eletivo, cedidos para entidades não Associadas, em serviço militar obrigatório e todos aqueles cujo contrato de trabalho esteja suspenso, desde que optem por permanecer no Plano, na condição de contribuintes avulsos;

III - os ex-empregados das Associadas cujo contrato de trabalho tenha sido rescindido sem justa causa e queiram permanecer no Plano na condição de contribuintes avulsos, desde que não tenham estabelecido novo vínculo empregatício.

IV- os ex-empregados das Associadas aposentados e pensionistas pelo Regime Geral da Previdência Social que não percebam suplementação da REGIUS – Sociedade Civil de Previdência Privada, e que queiram permanecer no Plano.

V - os ex-empregados das Associadas que percebam suplementação de aposentadoria, os receptores de benefício diferido e os demais participantes assistidos que auferam da REGIUS, suplementação de pensão;

VI - os diretores, conselheiros e ocupantes de cargos em comissão, estes com contrato temporário com as Associadas, enquanto permanecerem no exercício dos respectivos cargos.

§ 1º À **Saúde BRB** fica vedada qualquer outra exigência para inscrição neste Regulamento, como Beneficiário Titular, que não seja necessária para ingresso nas Associadas.

§ 2º Caberá à **Saúde BRB** exigir de suas Associadas a comprovação da legitimidade da pessoas jurídica e a condição de elegibilidade dos Beneficiários a elas vinculados.

§ 3º - Os Beneficiários Titulares, previstos nos incisos III a V do caput deste artigo, afastados das Associadas deverão formular seu pedido de continuidade no Plano, junto à **Saúde BRB**, no prazo máximo, e improrrogável, de 30 (trinta) dias a contar da data do afastamento.

§ 4º – Aos Beneficiário Titulares descritos nos incisos II a VI do caput deste artigo serão asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial dos demais Beneficiários se, e somente se, tiverem assumido a totalidade das contribuições (pessoais e patronais) atuarialmente definidas na forma deste Regulamento.

§ 5º - Fica garantida a extensão do benefício ao grupo familiar dos Beneficiários previstos nos incisos III a V do caput deste artigo, caso estes tenham sido inscritos quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 6º - O período de manutenção no Plano “A” para os Beneficiários Titulares elencados nos incisos III e VI é de 1/3 do tempo em que contribuiu para o Plano, assegurando-se-lhe o tempo mínimo de 6 e o máximo de 24 meses de permanência no Plano.

§ 7º - O período de manutenção no Plano “A” para os Beneficiários Titulares, descritos nos incisos IV e V do caput deste artigo que, em decorrência do vínculo empregatício, tenham contribuído para o Plano de Assistência à Saúde, pelo mínimo de 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que faça a opção no prazo máximo de 30(trinta) dias após a data de rescisão contratual.

§ 8º - Para os Beneficiários Titulares, descritos nos incisos IV e V do caput deste artigo que tenham contribuído para o Plano de Assistência à Saúde por período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manutenção à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que façam a opção no prazo máximo de 30(trinta) dias da data da rescisão contratual.

§ 9º - É facultado ao optante pelo benefício diferido pago pela REGIUS, retornar ao Plano “A”, quando passar à condição de receptor de benefício diferido, desde que manifeste esta opção no prazo de 30 (trinta) dias após a aquisição das condições para gozo do benefício.

Art. 5º - Entende-se como Beneficiários Dependentes Diretos:

a) o(a) cônjuge;

b) a(o) companheira(o), inclusive do mesmo sexo, assim reconhecido(a) mediante a apresentação de escritura pública declaratória de união estável, ou, na ausência desta, no mínimo quatro dos seguintes documentos:

I - certidão de nascimento de filho havido em comum;

II - declaração do imposto de renda do Beneficiário Titular, em que conste o interessado como seu dependente;

- III - prova de mesmo domicílio;
- IV - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- V - conta bancária conjunta;
- VI - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- VII - apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- VIII - escritura de compra e venda de imóvel em nome de Beneficiário Dependente na qual compareça o Titular como principal pagador;
- IX - quaisquer outros documentos que possam levar à convicção da união estável.

- c) filho(a)(s) solteiro(a)(s), menores de 21 anos;
- d) filho(a)(s) solteiro(a)(s), com idade entre 21 e 24 anos, que estejam cursando graduação, pós-graduação universitária (especialização, mestrado, doutorado etc.) em estabelecimento reconhecido por órgão oficial, e que mantenha dependência econômica exclusiva do Beneficiário Titular, excetuando neste caso o Beneficiário Dependente com vínculo no programa previdenciário da REGIUS, pela condição de pensionista. Nesta condição o pensionista não poderá perceber qualquer renda além da paga pela REGIUS;
- e) enteado(a)(s), entendido também como tal, o(a) filho(a) do(a) companheiro(a), observadas as mesmas condições estabelecidas nas alíneas “c” e “d” deste artigo;
- f) menor que, por decisão judicial, se encontre sob guarda do Beneficiário Titular, do respectivo cônjuge, do(a) companheiro(a), observadas as mesmas condições estabelecidas nas alíneas “c” e “d” deste artigo;
- g) filho(a)(s), acometido(a)(s) de invalidez permanente, desde que manifestada enquanto na condição de Beneficiário(a) do Plano.

§ 1º - Os documentos indicados na alínea “b” deste artigo poderão ser suplementados ou substituídos por outros expedidos mediante ordem judicial.

§ 2º - Para efeito do disposto na alínea “d” deste artigo, entende-se como dependência econômica a situação em que se encontre o(a) Beneficiário(a) Dependente, que não aufera qualquer espécie de renda, remuneração, pensão ou receitas afins superiores a dois salários mínimos e meio.

§ 3º - Não se aplica o disposto no parágrafo anterior a bolsa de estágio remunerado que assegura a condição de dependência econômica independentemente de seu valor.

§ 4º - No caso de Beneficiários Dependentes inválidos maiores de 21 (vinte e um) anos, a invalidez será comprovada mediante exame médico-pericial da **Saúde BRB** e comprovante do INSS a cargo do(a) Beneficiário(a) Titular.

Seção III **Da inclusão de Beneficiários**

Art. 6º - A inclusão de Beneficiário(a) Dependente, posteriormente à adesão do Beneficiário Titular, sujeita o recém Beneficiário ao cumprimento de eventuais carências existentes, exceto na hipótese de inscrição de filho(a) adotivo(a), menor de 12 (doze) anos de idade, o(a) qual aproveitará o período de carência já cumprido pelo(a) adotante.

Parágrafo único – Somente será exigida a certidão judicial de adoção quando esta for anterior a 14.10.1999, data de vigência da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Art. 7º – Fica assegurado ao recém-nascido, filho(a) natural do Beneficiário Titular, a sua inclusão como Beneficiário Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou Agravo.

Parágrafo Único – Realizada a inclusão do(a) recém-nascido(a), filho(a) natural do Beneficiário Titular, após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, sujeitará o Beneficiário(a) Dependente ao cumprimento das carências estabelecidas neste Regulamento.

Art. 8º - Não poderão ser inscritos, concomitantemente como Beneficiários Dependentes de um mesmo Beneficiário Titular, o cônjuge e a(o) companheira(o).

Art. 9º – O cônjuge ou companheiro(a) de Beneficiário(a) Titular que seja empregado de uma das Associadas poderá inscrever-se no Plano, na condição de Beneficiário(a) Titular ou de Beneficiário(a) Dependente Direto, desde que, nesta última condição, o(a) Beneficiário(a) Titular aufera maior renda que o seu cônjuge ou companheiro(a).

Art. 10 – É vedada a inscrição de Beneficiário Dependente por mais de um Beneficiário Titular e de Beneficiário em mais de uma condição.

Capítulo III COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 11 – O Plano de Assistência à Saúde normatizado por este Regulamento, compreende, dentro da área de abrangência geográfica, o atendimento ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e odontológico a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, da Organização Mundial da Saúde, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, bem como todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, mediante a contratação de terceiros, por conta e ordem dos Beneficiários Titulares e Dependentes devidamente inscritos, de acordo com os seguintes programas:

- I – Programa de Assistência Médico-Hospitalar
- II - Programa de Assistência Ambulatorial;
- III- Programa de Assistência Hospitalar com Obstetrícia;
- IV - Programa de Assistência Odontológica;
- V - Programa de Assistência Social; e
- VI - Programa de Assistência à Saúde Mental.

Parágrafo Único – É facultado à **Saúde BRB** incluir ou excluir procedimentos visando a adequação às coberturas previstas nos programas amparados por este Regulamento, com base na legislação específica.

Seção I

Do Programa de Assistência Médico-Hospitalar

Art. 12 – No Programa de Assistência Médico-Hospitalar estão compreendidas as seguintes coberturas:

I – Planejamento Familiar: Fica garantida pela **Saúde BRB** a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, dos seguintes procedimentos:

- a) Consulta e Aconselhamento para Planejamento Familiar;
- b) Atividade Educacional para Planejamento Familiar;
- c) Sulfato de Dehidroepiandrosterona (Sdhea);
- d) Implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) Hormonal – incluindo o dispositivo.

II – Médico Anestesiologista: Fica garantida a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, tendo sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Parágrafo Único - Para fins deste Regulamento, entende-se como:

- a) **Planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- b) **Atividades educacionais**: aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos Beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.
- c) **Aconselhamento**: o processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;
- d) **Concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- e) **Anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

Art. 13 - Fica ainda garantido pela **Saúde BRB** o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

Seção II

Do Programa de Assistência Ambulatorial

Art. 14 - A assistência ambulatorial será prestada pela **Saúde BRB**, em caráter eletivo e de urgência/emergência, por meio de entidades e/ou profissionais contratados e compreenderá:

I- Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

III – Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

IV – Cobertura de sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

V – Cobertura de procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VI – Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

VIII - Assistência Farmacêutica: com a finalidade de facilitar aos Beneficiários do Plano a aquisição dos medicamentos fora da hospitalização, destinados ao tratamento dos seguintes grupos de patologias em estágios graves e crônicos:

- a) neoplasias malignas;
- b) disfunções hormonais com graves repercussões para o organismo;
- c) artrite reumatóide;
- d) lúpus eritematoso sistêmico;
- e) poliartrite nodosa;
- f) esclerodermia;
- g) dermatopolimiosite;
- h) miastenias graves;

- i) síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS;
- j) doença de Parkinson;
- k) cardiopatia grave;
- l) nefropatia crônica;
- m) esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes.

§ 1º - O Plano “A” não cobre procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais.

§ 2º - O Beneficiário deverá comparecer à perícia médica e apresentar laudo circunstanciado do médico assistente constando o quadro clínico, histórico da doença, resultados de exames complementares, diagnóstico, a discriminação da medicação, doses e tempo de uso, bem como nota fiscal relacionada à medicação adquirida.

§ 3º - A assistência farmacêutica consistirá no ressarcimento de 50% (cinquenta por cento) das despesas havidas com a compra do medicamento, feito em até 30 (trinta) dias após a apresentação de toda a documentação descrita no parágrafo anterior.

§ 4º - O ressarcimento deverá ser solicitado dentro do prazo improrrogável de até 120 (cento e vinte) dias após a emissão da nota fiscal.

§ 5º - Mediante parecer técnico, ratificado pelo Conselho Consultivo da **Saúde BRB**, a relação dos grupos de patologia para as quais são prescritos medicamentos especiais poderá ser ampliada para contemplar novos grupos.

Art. 15 – No Programa de Assistência Ambulatorial, os serviços e procedimentos a seguir estão sujeitos à autorização prévia da **Saúde BRB**:

- I-** procedimentos cirúrgicos e dermatológicos em geral;
- II-** serviços de terapia ambulatorial: hemodiálise ou diálise, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, litotripsia, escleroterapia;
- III-** serviços de diagnose em hemodinâmica, como cateterismo: estudo eletrofisiológico, arteriografia e outros;
- IV-** serviços de diagnose em cardiologia: ecocardiograma com mapeamento de fluxo em cores e doppler colorido de vasos;
- V-** outros serviços de diagnose: ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada;
- VI-** assistência em fonoaudiologia, a partir da 4ª sessão.
- VII-** sessão de acupuntura;
- VIII-** assistência em fisioterapia;
- IX-** procedimentos de esterilização voluntária nos termos da legislação específica;
- X-** consulta e fisioterapia em domicílio, em situação cujo deslocamento comprometa ou agrave o estado de saúde do paciente;
- XI-** assistência em psicologia, a partir da sexta sessão.
- XII** – procedimentos para os quais são definidas diretrizes clínicas e de utilização, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Seção III

Do Programa de Assistência Hospitalar

Art. 16 – A assistência hospitalar será prestada em caráter eletivo e de urgência/emergência, por meio de procedimentos em clínicas básicas especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina em hospitais contratados e compreenderá:

I - Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

II - Cobertura de internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente;

III - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

IV - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, observado o artigo 38;

V - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

VI - Fornecimento de medicamentos, materiais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII – Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

VIII - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IX - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

X - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

§ 1º - Quando necessário, a **Saúde BRB** garantirá a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização e consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restrito à finalidade de natureza

odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar.

§ 2º - Para fins deste programa conceituam-se:

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

II – adjuvantes: medicamentos empregados de forma Associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

III - prótese: qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

IV - órtese: 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.

§ 3º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses encontram-se disponibilizados e atualizados periodicamente na página da ANS www.ans.gov.br.

§ 4º Para fins do disposto no inciso X deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - 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 editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **Saúde BRB**, justificar clinicamente a sua indicação 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; e

III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **Saúde BRB**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

§ 5º As despesas com refeição de acompanhante serão pagas pela **Saúde BRB** para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos.

Remoções

Art. 17 – A **Saúde BRB** garantirá a cobertura para remoções terrestres de Beneficiários internados para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento:

I – depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

II - para realização de exames ou procedimentos em outros estabelecimentos, quando devidamente justificadas por relatório do médico assistente.

Parágrafo Único - A remoção para outro estabelecimento hospitalar sem recomendação do médico assistente ensejará uma participação de 100% (cem por cento) sobre a despesa havida com a remoção.

Cirurgia Odontológica Buco-Maxilo-Facial

Art. 18 – A **Saúde BRB** garantirá a cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial, sem finalidade estética, que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, desde que restrita à finalidade de natureza odontológica. Será garantido ainda o fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar.

Cirurgias Plásticas

Art. 19 - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura de cirurgia plástica:

I - 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;

II - reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Colocação de Banda Gástrica para Cirurgia de Obesidade Mórbida e Gastroplastia para Obesidade Mórbida

Art. 20 – A **Saúde BRB** garantirá a cobertura das despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução nº 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina e nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

Internações Obstétricas e Assistência ao Recém-Nato

Art. 21 – A **Saúde BRB** garantirá, depois de observados os prazos de carência, e exclusivamente dentro dos limites da abrangência geográfica e da rede credenciada, aos Beneficiários regularmente inscritos neste Regulamento as despesas com assistência médica relativa ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, compreendendo:

I – Despesas na especialidade de obstetrícia;

II – Cirurgias na especialidade de obstetrícia;

III – Serviços complementares de diagnóstico e tratamento, compreendendo:

a) ultrassonografia obstétrica, persuflação tubária diagnóstica, tococardiografia, dopplerfluxometria, perfil biofísico do feto, amniocentese sob controle da ultra-sonografia obstétrica, criocauterização do colo do útero, eletrocoagulação do colo do útero, hidrotubação e persuflação tubária; penioscopia no marido ou companheiro, desde que seja Beneficiário do presente Regulamento;

b) UTI neonatal, caso haja indicação do médico assistente credenciado, incluindo diárias, materiais, medicamentos e honorários.

IV – Assistência ao parto e ao recém nascido, abrangendo:

- a) Serviços de maternidade, compreendendo assistência pré natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos, e tratamento das parturientes nas complicações surgidas pós parto;
- b) Cobertura assistencial ao recém nascido, filho natural ou adotivo dos Beneficiários (titular ou Dependentes), durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto;
- c) Cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;
- d) Honorários de médico-clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra, neonatologista;
- e) Acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º Esta assistência continuará a ser prestada desde que o Beneficiário Titular tenha incluído o recém-nato no Plano até o término do aludido prazo de 30 (trinta) dias.

§ 2º Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias, os prazos de carência previstos no presente Regulamento deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas todas as condições do Regulamento originalmente optado pelo Beneficiário Titular.

§ 3º Para fins do disposto na alínea “e”, do inciso IV do caput deste artigo, entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

§ 4º Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

§ 5º - A cobertura para procedimentos obstétricos prevista neste artigo é extensiva à filha do(a) Beneficiário Titular enquanto mantiver a condição de Beneficiário Dependente direta.

Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho

Art. 22 – A **Saúde BRB** garantirá a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, relacionados com a Saúde Ocupacional e Acidentes do trabalho.

Transplantes

Art. 23 – A **Saúde BRB** garantirá a cobertura das despesas decorrentes de transplantes de rins, córneas e aqueles listados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

§ 1º Para fins deste Regulamento, entende-se como procedimentos vinculados aos transplantes:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Serviço .

§ 2º Os transplantes somente ocorrerão por indicação médica de profissional integrante da equipe médica da **Saúde BRB**, em conformidade com a natureza da doença que exija tal ato, além de submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434/97, ao Decreto nº 2.268/97, e a Portaria nº 3.407/98, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica.

§ 3º Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, o Beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito na lista de receptores que é de âmbito nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos – CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e seleção.

§ 4º Nos casos de transplantes de doadores vivos, independentemente do tipo de Plano do receptor, o doador terá a assistência assegurada na forma da Lei nº 9656/98 e sua regulamentação, sendo que a internação será sempre em quarto coletivo.

Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia)

Art. 24 - Serão cobertas pela **Saúde BRB** as despesas decorrentes de cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica) e cirurgia de esterilização masculina (vasectomia), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Lei nº 9.263/1996 e o disposto nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

Autorizações Prévias

Art. 25 - No Programa de Assistência Hospitalar, os serviços e procedimentos a seguir estão sujeitos à autorização prévia da **Saúde BRB**:

I- procedimentos cirúrgicos em geral que exijam internação hospitalar, inclusive relacionadas com patologias odontológicas;

II- procedimentos clínicos em geral que exijam internação hospitalar.

Seção III

Do Programa de Assistência Odontológica

Art. 26 – A assistência odontológica será prestada pela **Saúde BRB**, em caráter eletivo e de urgência, por meio de entidades e/ou profissionais contratados e compreenderá a cobertura de:

I – exames clínicos;

II – procedimentos diagnósticos;

III – atendimentos de urgência e emergência odontológicos;

IV – exames auxiliares ou complementares;

V – tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente;

VI - todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;

VII – honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar.

§1º – Para a realização de atendimento odontológico, o Beneficiário poderá submeter-se à perícia ou ao profissional prevencionista.

I - No caso de o Beneficiário optar por submeter-se à perícia, esta será realizada por profissional credenciado à **Saúde BRB**, e a perícia final deverá ocorrer em até 15 (quinze) dias corridos após o término do tratamento.

II - No caso de o Beneficiário optar por dirigir-se ao profissional prevencionista credenciado à **Saúde BRB**, realizar-se-á o pacote de prevenção, que inclui profilaxia, instrução de higiene oral, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor, após o que será emitida a autorização para realização dos procedimentos curativos. Em seguida, o Beneficiário, de posse da autorização, dirigir-se-á a um dos profissionais odontólogos credenciados à **Saúde BRB**, de acordo com a especialidade necessária.

III A opção pelo programa prevencionista ensejará redução no valor da co-participação no tratamento odontológico por meio da rede credenciada, e/ou no valor da prevenção, conforme §3º e §4º, artigo 50 deste Regulamento.

§ 2º - Os procedimentos de prótese que possuem cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como coroas metalo-cerâmicas, restaurações inlay /onlay, coroas venner e casquetes de moldagem, deverão ser autorizados mediante perícia inicial e submetidos à perícia final, ainda que o Beneficiário opte pelo programa prevencionista.

§ 3º – O Beneficiário Titular assumirá integralmente as despesas decorrentes de tratamento odontológico nos seguintes casos:

I- os realizados sem perícias inicial, final, ou quando esta ocorrer fora do prazo;

II- por falta injustificada às sessões de tratamento;

III- no caso de interrupção de tratamento por períodos superiores a 30 (trinta) dias, ou desistência do tratamento, ambos injustificados;

§ 4º Caso o(a) Beneficiário(a) faça uso de material relacionado às próteses não listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, mas constantes nas tabelas da BRB Saúde, este(a) arcará com uma co-participação no importe de 70% (setenta) por cento.

Art. 27 - À exceção dos casos de urgência (pulpectomia, exodontia, hemorragia, alveolite, fraturas dentárias), consulta, radiografia, profilaxia, aplicação de flúor e selante e remoção de cálculo supragengival, todos os demais tratamentos odontológicos estão sujeitos a perícias inicial e final da **Saúde BRB**, no caso de opção pela modalidade de tratamento mediante perícia.

Seção IV

Do Programa de Assistência Social

Art. 28 – A Assistência Social será prestada, para cobertura dos seguintes procedimentos:

I – remoções terrestres comprovadamente necessárias, quando da ocorrência de acidentes que vitimem Beneficiário fora do Distrito Federal;

II – próteses não cirúrgicas.

Art. 29 – A assistência social consistirá no ressarcimento de 50% das despesas havidas com remoção terrestre ou aquisição das próteses não cirúrgicas, em até 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal.

§ 1º – O Beneficiário deverá agendar perícia médica prévia e apresentar relatório do médico assistente que prescreveu o uso da prótese, bem como os laudos dos exames.

§2º – Para aquisição da prótese deverão ser feitas 3 (três) cotações, sendo que o reembolso será feito com base no menor valor .

Seção V

Do Programa de Assistência à Saúde Mental

Art. 30 – O Programa de Assistência à Saúde Mental consiste na cobertura dos seguintes procedimentos:

- I- Assistência em psicologia , terapia ocupacional e ambulatorial de psicoterapia;
- II- Assistência ambulatorial de psiquiatria;
- III- Assistência às pessoas portadoras de necessidades especiais;
- IV- Assistência às pessoas com dependência química;
- IV- Assistência às pessoas com dependência química;
- V- Assistência Hospital-Dia Psiquiátrico;
- VI – Assistência hospitalar psiquiátrica.

Parágrafo Único – Fica ressalvado que todos os serviços e procedimentos abrangidos pelo Programa de Assistência Mental, além de estarem sujeitos à autorização prévia da **Saúde BRB**, deverão, obrigatoriamente, obedecerem ao disposto nas Diretrizes de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS.

Subseção I

Assistência em Psicologia Terapia Ocupacional e Ambulatorial de Psicoterapia

Art. 31 – A Assistência em Psicologia consiste no atendimento realizado por psicólogo nos casos de distúrbios psico-emocionais, com interferências na vida profissional e pessoal do Beneficiário.

Art. 32 – A assistência em psicologia consiste no atendimento realizado por psicólogo nas modalidades de psicoterapia individual, de casal, orientação familiar, em grupo e infantil, reconhecidas pelos Conselhos Profissionais competentes.

Parágrafo Único - A avaliação psicológica será realizada no máximo em 5 sessões, devendo o Beneficiário apresentar o laudo emitido pelo psicólogo com diagnóstico e prescrição para a continuidade do tratamento, não requerendo nesta fase autorização prévia do programa.

Art. 33 – A **Saúde BRB**, atendendo ao disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, garantirá, no âmbito da assistência em psicologia e/ou terapia ocupacional:

I - a cobertura de até 48 (quarenta e oito) consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, por ano de contrato, ininterruptas ou não.

II – a cobertura de 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtorno do desenvolvimento psicológico (CID F82, F83).

§ 1º – Serão autorizadas, inicialmente, até 24 (vinte e quatro) sessões, 1 (uma vez) por semana, com posterior prorrogação, caso seja necessária.

§ 2º – Fica ressalvado que a **Saúde BRB** debitará integralmente do Beneficiário Titular as despesas decorrentes de faltas ou interrupção injustificada às sessões de psicoterapia, terapia ocupacional ou às diárias de clínica dia em saúde mental; desistência por si e por seus Beneficiários Dependentes, bem como no caso de ser constatada negligência do paciente ou da família quanto às responsabilidades a eles cabíveis.

Subseção II

Assistência Ambulatorial em Psiquiatria

Art. 34 – A assistência ambulatorial de psiquiatria consiste no atendimento realizado por médico psiquiatra a todas as doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde - (CID 10).

Subseção III

Assistência a Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais

Art. 35 - A assistência a pessoas portadoras de necessidades especiais consiste no atendimento por entidade especializada e reconhecida pelos respectivos conselhos da categoria, por meio de procedimentos de psicoterapia, musicoterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, fisioterapia motora, hidroterapia, equoterapia e orientação aos pais.

§ 1º - É considerado deficiente o Beneficiário portador de patologia congênita ou adquirida, de natureza psíquica ou orgânica, que comprometa o seu desempenho na atividade diária, tornando-o dependente de terceiros.

§ 2º - A recuperação do paciente, parcial ou total, no decorrer do tratamento, poderá resultar na suspensão do seu enquadramento nesta modalidade.

§ 3º - Os procedimentos mencionados no caput necessitam de autorização prévia e estão limitados a 72 (setenta e duas) diárias, por semestre, por Beneficiário.

§ 4º - A falta injustificada às sessões implicará no pagamento integral das despesas pelo Beneficiário Titular.

§ 5º - A inclusão de outras modalidades de tratamento com indicação para o caso deverá ser avaliada pela **Saúde BRB**.

Subseção IV

Assistência a Pessoas com Dependência Química

Art. 36 – A assistência a pessoas com dependência química consiste no atendimento por entidade especializada credenciada à **Saúde BRB**.

§ 1º – Entende-se como dependência química o desejo compulsivo, uso ou ingestão de substâncias psicoativas que levem a síndromes de dependência orgânica e/ou psíquica com graves desequilíbrios na harmonia psicossocial do indivíduo e redução da capacidade laboral.

§ 2º - Nos casos de desistência do tratamento, em seu decorrer, as despesas correrão por conta do(a) Beneficiário(a) Titular, caso seja constatada negligência do paciente ou da família quanto às responsabilidades a eles cabíveis.

Subseção V **Assistência em Hospital-Dia Psiquiátrico**

Art. 37 – A assistência em hospital-dia psiquiátrico consiste no atendimento por entidades especializadas, contratadas pela **Saúde BRB**, reconhecidas pelos respectivos Conselhos da categoria, por meio de procedimentos de psicoterapia individual, de grupo, de família, de casal, terapia ocupacional e acompanhamento psiquiátrico, mediante autorização prévia.

§1º – Para fins do disposto neste artigo, entende-se hospital-dia para tratamento de transtornos mentais como recurso intermediário entre o ambulatório e a internação, o qual deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Capítulo IV **EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Art. 38 – Os procedimentos abaixo relacionados estão excluídos da cobertura prevista neste Regulamento, ou seja, a **Saúde BRB, NÃO GARANTE** a cobertura de custos, em qualquer hipótese, das patologias, exames e tratamentos abaixo relacionados:

- I - Aplicações de medicamentos, exceto nas internações e atendimentos em prontos-socorros;
- II- Avaliações pedagógicas, psicoeducação e psicopedagogia;
- III- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- IV- Cirurgia refrativa (PRK ou Lasik) que não se enquadre no disposto na Diretriz de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos Eventos em Saúde, editado pela ANS, salvo miopia a partir de 2,5 graus;
- V- Clareamento dental;
- VI- Consultas domiciliares;
- VII- Consultas, fisioterapia e enfermagem em caráter particular;
- VIII- Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, aluguel de aparelhos de TV, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas e indenizações por danos;
- IX- Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação de recém-nascido patológico.
- X- Enfermagem em caráter particular;

- XI- Enfermagem em domicílio;
- XII- Enxertos heterógenos;
- XIII- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XIV- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- XV- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- XVI- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observados o disposto no art. 28, II e 29 deste Regulamento;
- XVII- Implantes dentários;
- XVIII- 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 intra-citoplasmáticas, transferência falopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática de transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XIX- Intervenções cirúrgicas plástico-cosméticas;
- XX- Lentes para correção de qualquer deficiência visual, exceto lentes intra-oculares;
- XXI - Meias, cintas, ataduras e calças elásticas;
- XXII- Membranas;
- XXIII- Objetos e produtos higiênicos e de uso pessoal;
- XXIV- Orientações vocacionais ou profissionais;
- XXV- Procedimentos assistenciais que exijam perícia prévia, realizados à revelia da BRB Saúde e sem atendimento das condições previstas neste Regulamento;
- XXVI- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- XXVII- Procedimentos e eventos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento e/ou nas tabelas da **Saúde BRB**;
- XXVIII- Psicodiagnósticos e exames psicotécnicos;
- XXIX- Reflexologia (psicotrón, neurotrón, hipnotrón etc.);
- XXX- Substituição de restaurações metálicas apenas para fins estéticos.
- XXXI - Avaliações neuropsicológicas;
- XXXII- Transplantes, à exceção dos de córnea e rim, e dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XXXIII- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- XXXIV- Tratamentos em clínicas de emagrecimento clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXXV- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXXVI- tratamentos odontológicos em domicílio;
- XXXVII- tratamento ortodôntico corretivo e próteses odontológicas não listadas neste Regulamento;
- XXXVIII- Tratamentos prescritos por profissionais não habilitados
- XXXIX- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XL- Vacinas imunizantes e dessensibilizantes;
- XLI- Vaporizadores, umidificadores e nebulizadores;
- XLII- exames complementares para diagnósticos relativos aos procedimentos constantes neste artigo;
- XLIII adoçantes e suplementos alimentares de qualquer natureza;

XLIV-condicionamento físico não ligado à reabilitação cardiológica;
XLV- avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (check up).

Capítulo V DURAÇÃO DO REGULAMENTO

Art. 39 - O presente Regulamento é firmado por prazo indeterminado, tendo sua vigência iniciada a partir da data da assinatura do Convênio de Adesão pela Associada.

Art. 40 - Para efeito de contagem de carências, estas se iniciam a partir da data de assinatura no Termo de Adesão pelo(a) Beneficiário(a) titular.

Capítulo VI PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 41 - O(A) Beneficiário(a) Titular que formalizar sua adesão ao Plano A até o 30º (trigésimo) dia, a partir da sua vinculação à Associada contratante, não será submetido à exigência do cumprimento de prazos de carência.

§ 1º Ultrapassado o período estabelecido no caput, o(a) Beneficiário(a) Titular sujeitar-se-á aos seguintes períodos de carência, a contar da data de sua adesão ao Plano:

- I – 30 (trinta) dias, para consultas médicas e serviços de diagnose e terapia; e
- II – 60 (sessenta) dias, para os demais procedimentos, inclusive parto a termo.

§ 2º Aplicam-se também aos Beneficiários Dependentes as mesmas regras estabelecidas no caput e no § 1º, ressalvado o disposto no artigo 6º deste Regulamento.

§ 3º O filho recém-nascido do(a) Beneficiário(a) Titular fica desobrigado do cumprimento das carências previstas neste artigo, desde que sua inscrição ocorra até o 30 (trigésimo) dia de nascimento.

§ 4º Não haverá cumprimento de carência para as situações de urgência/emergência.

§ 5º Não poderá haver antecipação de contribuições com o intuito de abreviar os períodos de carência previstos neste artigo.

Capítulo VII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 42 – No presente Regulamento não há previsão de aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, para os casos de Doença e Lesão Preexistente.

Capítulo VIII ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 43 - Para os casos de urgência e/ou emergência a **Saúde BRB** garantirá a cobertura de assistência médico-hospitalar dos atendimentos em que se caracterize risco iminente de vida, realizados na rede credenciada e nos limites de abrangência geográfica, em unidades

de pronto-socorro geral ou especializadas, previamente determinados pela **Saúde BRB**, respeitada a opção contratual, compreendendo:

- a) Consultas médicas de urgência e/ou emergência;
- b) Atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e/ou emergência, realizados em pronto-socorro;
- c) Curativos, aplicação de injeções e inalações de urgência e/ou emergência;
- d) Medicamentos e materiais cirúrgicos nacionais ou nacionalizados, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro, e de uso específico em pronto-socorro.

Parágrafo Único - Entendem-se como casos de Emergência, aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de Urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Art. 44 – Na impossibilidade de utilização da rede credenciada, caberá ao Beneficiário (a) Titular ou Dependente apresentar declaração em que se justifiquem as circunstâncias do atendimento emergencial, acompanhada do relatório médico e laudos dos exames comprobatórios.

Art. 45 - O Beneficiário Titular e/ou dependente terá cobertura de assistência médica-hospitalar, da sua admissão até a sua alta, nos atendimentos de urgência e emergência, exceto nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Beneficiário ainda estiver cumprindo o prazo de carência para internação;
- b) Quando da necessidade de parto a termo e a beneficiária paciente ainda estiver cumprindo carência para tal procedimento.

§ 1º Somente nas duas circunstâncias previstas no caput, os atendimentos ficam limitados às primeiras 12(doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação, quando cessa a responsabilidade da **Saúde BRB** com o Beneficiário, não cabendo qualquer ônus à **Saúde BRB**. Caso o Beneficiário não se responsabilize pela internação, será garantida a remoção do Beneficiário paciente para o SUS.

§ 2º As limitações previstas acima não se aplicam nos atendimentos decorrentes de acidentes pessoais.

§ 3º Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carências, decorrentes de Urgência e Emergência, ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Socorro. Quando necessária, para continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do Beneficiário, não cabendo qualquer ônus à **Saúde BRB**.

Capítulo IX MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Identificação dos Beneficiários

Art. 46 - Aos Beneficiários serão fornecidos cartões de identificação ou autorizações que comprovem sua vinculação à **Saúde BRB**.

§ 1º Além do cartão de identificação, o(a) Beneficiário(a) deverá apresentar, quando do atendimento, documento oficial de identidade ou equivalente e demais documentos necessários ao atendimento.

§ 2º Na falta de documento pessoal, o menor de 14 (quatorze) anos será identificado por documento dos pais ou responsável.

§ 3º A qualquer tempo e sempre que for entendido oportuno e conveniente, a **Saúde BRB** poderá substituir, parcial ou totalmente, os cartões de identificação fornecidos aos Beneficiários, sem ônus adicional, observado o disposto no § 8º deste artigo.

§ 4º - No caso de perda, inutilização do cartão de identificação ou reingresso, a segunda via será fornecida integralmente às expensas do(a) Beneficiário(a) Titular.

§ 5º - Quando do atendimento na rede contratada, além da identificação prevista no § 1º deste artigo, o(a) Beneficiário(a) deverá assinar a guia de atendimento devidamente preenchida e, quando for o caso, solicitar à **Saúde BRB** autorização prévia para a realização do procedimento.

§ 6º - Será considerado uso irregular do cartão de identificação a sua utilização por terceiros, ficando as despesas decorrentes sob a responsabilidade integral e direta do(a) Beneficiário(a) Titular, que deverá ressarcir-las no prazo que lhe for concedido, estando sujeito às penalidades previstas no Art. 89.

§ 7º - É de responsabilidade do(a) Beneficiário(a) Titular a devolução do cartão de identificação à **Saúde BRB**, quando ocorrer a solicitação de exclusão de Beneficiário(a) Dependente ou quando da perda da condição de Beneficiário(a), sob pena de arcar com o custo integral do procedimento indevidamente utilizado, nos termos do Art. 89.

§ 8º - O cartão de identificação do Beneficiário Dependente Autorizado será custeado pelo Beneficiário Titular.

§ 9º - No caso de furto ou roubo, não haverá ônus para o fornecimento de segunda via do cartão de identificação, desde que seja apresentado o boletim de ocorrência expedido pela Delegacia Policial, observado o disposto no § 8º deste artigo.

§ 10 - A falta de cartão de identificação de Beneficiário somente poderá ser suprida por autorização emitida pela **Saúde BRB**.

§ 11 - O custo da emissão dos cartões de identificação para utilização de serviços assistenciais por meio de convênios de reciprocidade será integralmente de responsabilidade do Beneficiário Titular.

Seção II

Das Formas de Acesso aos Serviços

Art. 47 - A assistência de que trata este Plano será prestada aos Beneficiários por meio da rede de prestadores contratada pela **Saúde BRB**, observado o disposto no artigo 2º.

Seção III **Das Autorizações Prévias**

Art. 48 – Para a emissão das autorizações prévias, conforme definido neste Regulamento, o Beneficiário (a) deverá comparecer à perícia, e apresentar relatório do profissional assistente em que conste o diagnóstico e/ou justificativa para os procedimentos solicitados e respectivos códigos, conforme tabela da **Saúde BRB**. No caso de procedimentos cirúrgicos, deverá apresentar ainda o laudo dos exames realizados e, se houver pedido de internação, informar também a data e duração provável do evento.

§ 1º – A critério da **Saúde BRB**, poderão ser solicitados exames adicionais e detalhamento de relatórios necessários para avaliação e concessão da autorização prévia

§ 2º – Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário será internado mediante apresentação do cartão de identificação e identidade civil. A posterior autorização será emitida pela **Saúde BRB**, a pedido do Beneficiário, no primeiro dia útil subsequente à data da internação, observado o disposto no § 1º deste artigo.

§ 3º – A autorização prévia será exigida para procedimentos odontológicos a serem realizados em ambiente hospitalar, bem como para os pacientes portadores de necessidades especiais. Com relação aos últimos, a obtenção dessa autorização substituirá as perícias inicial e final.

Seção IV **Das Divergências Médicas**

Art. 49 - Em caso de divergência de natureza médica ou odontológica sobre o direito às coberturas previstas no contrato, garante-se ao(a) Beneficiário(a) e à **Saúde BRB**, a prerrogativa de constituir junta médica, constituída por três membros, sendo um nomeado pela **Saúde BRB** outro pelo(a) Beneficiário(a), e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados.

§ 1º Se não houver acordo entre a **Saúde BRB** e o Beneficiário (a) na escolha do profissional, sua designação será solicitada à sociedade da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

§ 2º Cada parte arcará com as despesas de seu médico assistente, caso o escolhido pelo(a) Beneficiário(a) não seja um credenciado da operadora. Os honorários do terceiro serão suportados pela **Saúde BRB**.

§ 3º Após a análise da junta médica, fica reservada à **Saúde BRB** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

Seção V **Dos Percentuais de Co-Participação na Cobertura**

Art. 50 - A co-participação do Beneficiário Titular na cobertura das despesas dar-se-á de acordo com as tabelas e manuais adotados, com base nos seguintes percentuais, observado o artigo 11:

I- atendimento ambulatorial em geral: 30%;

II- atendimento ambulatorial para os procedimentos de quimioterapia e radioterapia: 5%;
III- internação hospitalar (inclusive psiquiátrica): vide tabela integrante do Anexo I deste Regulamento.

IV- assistência psicológica, fonoaudiológica e em terapia ocupacional ambulatorial : 50%;

V- assistência odontológica : 40%;

VI- assistência às pessoas portadoras de necessidades especiais, desde que o tratamento seja relativo à patologia relacionada a sua deficiência : 5%;

VII- assistência em hospital-dia (saúde mental): 5%;

VIII - assistência a Beneficiários com dependência química: conforme tabela de internação integrante do Anexo I deste Regulamento.

§ 1º – A segunda consulta realizada na mesma especialidade no período inferior a 30 (trinta) dias, sem justificativa do médico assistente quanto à sua necessidade, elevará o percentual de participação para 50%. A partir da terceira consulta o Beneficiário Titular arcará com o valor total do procedimento.

§ 2º – Os valores e percentuais de co-participação poderão ser revistos a qualquer tempo por deliberação do Conselho Consultivo, mediante proposta de qualquer Órgão Estatutário da **Saúde BRB**.

§ 3º – No caso de o Beneficiário optar pelo programa de prevenção, a co-participação no tratamento odontológico a ser realizado por meio da rede credenciada será de 30%. No entanto, para obter esse desconto, o Beneficiário deverá comparecer a cada 180 dias ao prevencionista. Se houver descumprimento do prazo mencionado, o Beneficiário perderá o benefício da co-participação reduzida.

§ 4º – A prevenção odontológica, no programa Prevencionista, uma vez realizada dentro do prazo previsto, sofrerá redução escalonada, conforme a tabela abaixo:

- 1ª prevenção: 40% de co-participação;
- 2ª prevenção: 20%;
- 3ª prevenção: 10%;
- 4ª prevenção: 5%;
- A partir da 5ª prevenção: ausência de co-participação.

Art. 51 – Nenhum procedimento ou serviço poderá ser criado, estendido ou majorado sem que, em contrapartida, estejam asseguradas as respectivas fontes de custeio total.

Seção VI **Da Rede Credenciada**

Art. 52 - A contratação de hospitais, clínicas, casas de saúde e de profissionais será feita pela **Saúde BRB**, desde que atendidas as seguintes exigências:

I - instalações compatíveis com sua categoria;

II- habilitação técnica inerente à especialidade;

III- mesmo padrão de atendimento dispensado aos clientes particulares;

IV- outros critérios exigidos pela **Saúde BRB**.

Art. 53 - É vedado às instituições e profissionais contratados cobrarem dos Beneficiários quaisquer quantias a título de diferença sobre as tabelas do Plano, sob quaisquer pretextos.

Art. 54 - A **Saúde BRB** reserva-se o direito de alterar, substituir, acrescentar ou excluir, a seu critério e a qualquer tempo, a rede de credenciados contratados, prestadores dos serviços médicos, odontológicos e de saúde mental, de diagnóstico e/ou hospitalares e exames descritos no presente contrato, necessários ao atendimento aos Beneficiários inscritos.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar credenciada, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários (as) e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias ou fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **Saúde BRB** durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **Saúde BRB**, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§ 3º Excetuam-se do previsto acima os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a **Saúde BRB** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

Seção VII Do Reembolso

Art. 55 – A **Saúde BRB** reembolsará as despesas ambulatoriais e hospitalares realizadas pelos Beneficiários, dentro da abrangência geográfica do Plano, nos valores definidos pelas tabelas pactuadas e descontada a co-participação, nas seguintes situações:

I- quando o serviço for realizado em localidade onde não houver contratado habilitado para prestar o atendimento;

II- quando o atendimento prestado em situação de urgência/emergência for devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou, ainda que haja prestador contratado para tal serviço;

III- em situações excepcionais, tais como: paralisação do atendimento pela rede contratada ou interrupção do mesmo em determinadas especialidades.

§ 1º - A documentação necessária e demais condições de concessão serão definidos mediante ato do Órgão Executivo da **Saúde BRB**. A documentação original solicitada, referente às despesas ressarcidas total ou parcialmente, será mantida pela **Saúde BRB**.

§ 2º Para que o reembolso seja efetivado, o(a) Beneficiário(a) deverá caracterizar perfeitamente o evento, por meio da documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento. Em nenhuma hipótese a **Saúde BRB** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

§ 3º Após aceitação dos documentos apresentados e a comprovação das despesas e do evento pela auditoria médica, o reembolso das despesas será efetuado em 30 (trinta) dias.

§ 4º Para os Dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o(a) Beneficiário Titular.

§ 5º A **Saúde BRB** compromete-se a dar total ciência dos termos do presente contrato à população delimitada e vinculada às coberturas acima mencionadas, inclusive com referência à tabela de reembolso, sendo que qualquer desconhecimento não poderá ser imputado à **Saúde BRB**.

Art. 56 - Serão reembolsados somente os procedimentos ambulatoriais e hospitalares constantes das tabelas pactuadas, não se permitindo nenhum tipo de analogia entre procedimentos.

Art. 57 – A critério da **Saúde BRB** e mediante parecer técnico conclusivo, os procedimentos passíveis de reembolso poderão ser revistos para atender à sua finalidade assistencial.

Capítulo X **FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

Art. 58 - Os recursos necessários ao custeio deste Plano são estabelecidos por este Capítulo.

Art. 59 – As contribuições das Associadas são originárias das seguintes fontes:

I- contribuição mensal calculada sobre o valor da soma da remuneração bruta dos empregados que sejam Beneficiários Titulares no percentual de 4% (quatro por cento);
II- repasse suplementar do BRB – Clube de Seguros e Assistência, com base nos resultados positivos apurados em balancetes, com aportes mensais de no mínimo 40% do valor das despesas assistenciais líquidas apurados no mês anterior. Caso não haja resultado suficiente para remessa em determinado mês, haverá compensação nos meses subsequentes, de modo que ao final do exercício seja garantido o valor equivalente.

Parágrafo único – A contribuição das Associadas não poderá ser inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais) por Beneficiário(a) Titular.

Art. 60 – As contribuições devidas pelo(a)s Beneficiário(a)s Titular(es), observados os limites previstos nos parágrafos 1º e 2º, são as seguintes:

I - empregados ativos, diretores, conselheiros e ocupantes de cargo em comissão: contribuição mensal calculada sobre o valor bruto de sua remuneração, pela aplicação dos percentuais:

- a) 2% (dois por cento) por Beneficiário Titular;
- b) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente direto; e
- c) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente agregado.

II - Aposentados, pensionistas e receptores de benefício diferido: contribuição mensal calculada sobre o valor bruto das suplementações ou rendas pagas pela REGIUS, pela aplicação dos percentuais:

- a) 4% (quatro por cento) por Beneficiário Titular;
- b) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente direto; e
- c) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente agregado.

III - contribuintes avulsos: contribuição mensal calculada sobre o valor bruto da última remuneração recebida da Associada, composto pelas verbas não eventuais, reajustada no mês de setembro de cada ano pela variação positiva do INPC, contada a partir da opção por esta modalidade:

- a) 6% (seis por cento) por Beneficiário Titular;
- b) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente direto; e
- c) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente agregado.

§ 1º - As contribuições devidas pelos Beneficiários Titulares devem garantir um aporte mínimo nos seguintes limites:

I- a soma das contribuições devidas pelo Beneficiário Titular aposentado, pensionista, receptor de benefício diferido e Avulsos e cada Beneficiário Dependente direto não poderá ser inferior a R\$ 60,00 (sessenta reais);

II- a contribuição por Beneficiário Dependente agregado não poderá ser inferior a R\$ 100,00 (cem reais) nem superior a R\$ 300,00 (trezentos reais).

§ 2º - Quanto aos empregados ativos, diretores, conselheiros e ocupantes de cargo em comissão, a soma das contribuições devidas pelo Beneficiário Titular e cada Beneficiário Dependente direto não poderá ser inferior a R\$ 20,00 (vinte reais).

Art. 61 – Os valores de contribuição e seus respectivos limites poderão sofrer alterações sempre que estudos técnicos atuariais recomendarem, visando manter o equilíbrio financeiro do Plano, por meio de deliberação do Conselho Consultivo da **Saúde BRB**.

Art. 62 - Para efeito do cálculo das contribuições de que trata o artigo 61, considera-se valor bruto o somatório de todas as quantias que compõem a remuneração do(a) Beneficiário(a) Titular, inclusive horas extras, substituições, gratificação natalina e abono de natal, exceto:

I- auxílios de qualquer natureza;

II- conversão, em espécie, de abono assiduidade, abono pecuniário de férias e folgas;

III- recebimentos extraordinários como abonos e gratificações especiais percebidos pelo(a) Beneficiário(a) Titular.

Art. 63 - Caso o Beneficiário Titular se encontre em licença previdenciária, o valor de sua contribuição mensal será calculado com base no valor bruto de sua remuneração do mês anterior ao do afastamento, aí não incluídas as horas extras ou substituições inferiores a 90 dias, ininterruptos, corrigido pelos reajustes concedidos eventualmente pela Associada.

Art. 64 - Eventuais diferenças identificadas no recolhimento das contribuições estabelecidas nos artigos 60 e 61 deverão ser cobradas pela **Saúde BRB**, no prazo máximo de 2 dias úteis a contar da comunicação do fato por qualquer das partes, sob pena de apuração de responsabilidade administrativa.

Art. 65 - As contribuições de que tratam os artigos 60 e 61 serão recolhidas à **Saúde BRB** em até 3 (três) dias úteis a contar da data do crédito das folhas de pagamento das Associadas.

Art. 66 – A cobertura de eventual insuficiência financeira dar-se-á pelos Beneficiários Titulares e Associadas, proporcionalmente ao percentual de suas respectivas contribuições, imediatamente à ocorrência do evento, independentemente da realização de auditoria contábil para apuração do fato.

Art. 67 - Os recursos da **Saúde BRB** só poderão ser destinados a gastos que, direta ou indiretamente, visem à saúde preventiva e curativa dos seus Beneficiários.

Art. 68 - Sobre as contribuições e/ou participações não pagas nos seus respectivos vencimentos incidirá a correção pelo IGP-DI/FGV ou outro índice que o suceder, acrescida de juros de 1% a.m. (um por cento ao mês) e multa de 2% (dois por cento) sobre o principal da dívida.

Art. 69 - A contribuição mensal de que trata o artigo 61 dará aos Beneficiários inscritos direito à utilização dos procedimentos e serviços pelo prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 70 – A **Saúde BRB** fará o ressarcimento do valor da contribuição cobrada após a solicitação de exclusão, ficando, no entanto, sob responsabilidade do(a) Beneficiário(a) Titular o pagamento integral das despesas ocorridas nesse período.

Capítulo XI REAJUSTE

Art. 71 – Em razão de as contribuições pecuniárias estarem vinculadas aos salários dos Beneficiários, a **Saúde BRB** não prevê o mecanismo de reajuste no presente Regulamento.

Parágrafo Único – A cada dois anos, ou sempre que se fizer necessário, o Órgão Executivo da **Saúde BRB** deverá apresentar ao Conselho Consultivo proposta de reavaliação atuarial deste Plano, visando identificar e corrigir eventuais distorções, para manter seu equilíbrio econômico-financeiro.

Capítulo XII FAIXAS ETÁRIAS

Art. 72 – Não há no presente Regulamento previsão de reajuste em razão da variação da faixa etária dos Beneficiários.

Capítulo XIII REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 73 – Em razão de a vinculação do Beneficiário ao presente Regulamento ser decorrente de vínculo laboral, fica expresso que as Associadas se comprometem, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, a assegurar o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, observados os prazos previstos neste Regulamento.

§ 1º O período de manutenção da condição de Beneficiário Titular a que se refere o Caput será de um terço do tempo de permanência no Plano contratado, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes cobertos pelo Plano coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 74 - Em razão de a vinculação do Beneficiário ao presente Regulamento ser decorrente de vínculo laboral, fica expresso que as Associadas se comprometem a assegurar ao Beneficiário Titular aposentado, que contribuiu para o presente Plano por um período igual ou superior a 10 (dez) anos, o direito de manutenção como Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que este assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo Único - Ao Beneficiário Titular aposentado, que contribuiu para o presente Plano por um período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que este assuma o pagamento integral do mesmo.

Art. 75 - Nos casos dos demitidos sem justa causa e aposentados, o Beneficiário deverá arcar com os custos mensais da cobertura contratada, inclusive de seus Dependentes, na forma e condições estabelecidas neste Regulamento, salvo se as Associadas assumirem expressamente tal ônus.

Art. 76 - As condições previstas no artigo 73 e 74 deixarão de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego.

Art. 77 - A exclusão dos ex-empregados e de seus Dependentes, dar-se-á, automaticamente, com o encerramento ou cancelamento do Plano junto à **Saúde BRB**.

Capítulo XIV **CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

Art. 78 - Perde a condição de Beneficiário deste Plano:

I- o Beneficiário(a) Titular que solicitar o cancelamento de sua inscrição, ressalvado o disposto no Parágrafo 9º deste artigo.

II- o Beneficiário Titular que perder a condição de empregado das Associadas, após a data de rescisão contratual, exceto quando:

a) optar pela condição de Beneficiário Avulso, no prazo máximo de 30(trinta) dias após a data da rescisão contratual;

b) aposentar percebendo suplementação pela REGIUS, ressalvado o disposto no Parágrafo 8º deste artigo;

c) aposentar exclusivamente pela Previdência Social (INSS), ressalvado o disposto no Parágrafo 8º deste artigo;

d) tornar-se Beneficiário do benefício diferido concedido pela REGIUS, ressalvado o disposto no Parágrafo 8º deste artigo.

- III- o (a) pensionista em geral, pelo esgotamento do período de manutenção da condição de Beneficiário previsto em lei;
- IV- o(a) pensionista vinculado à REGIUS, pela perda desta condição, pela maioridade, pelo casamento ou união estável;
- V- o cônjuge, pela separação judicial, divórcio ou anulação do casamento;
- VI- o filho, o enteado e o menor sob guarda ao completarem 21 anos de idade, exceto se estiverem cursando graduação, pós-graduação universitária (especialização, mestrado, doutorado etc.), não exercendo atividade com economia própria, até completarem 24 anos de idade;
- VII- o Beneficiário Dependente inválido, pela cessação da invalidez;
- VIII- os Diretores, Conselheiros e ocupantes de cargo em comissão nas Associadas, e seus Beneficiários Dependentes, pelo término ou perda do mandato e rescisão contratual quando for o caso, salvo se optarem pela condição de contribuintes avulsos, no prazo regulamentar;
- IX- o Beneficiário, por uso indevido do Plano, observado, ainda, o disposto no artigo 89;
- X- os Beneficiários mencionados no artigo 5º, alíneas “c”, “d” e “e”, que contraírem matrimônio;
- XI- o Beneficiário Titular que atrasar suas contribuições e/ou participações por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos;
- XII- o Beneficiário Titular que deixar de liquidar, no prazo estabelecido, quaisquer débitos para com a **Saúde BRB**;
- XIII- o ex-empregado das Associadas demitido por justa causa;
- XIV- O Beneficiário Dependente direto pelo casamento ou união estável.

§ 1º - Em caso de falecimento do Beneficiário Titular, não poderá o(a) pensionista fazer inclusões de novos Beneficiários, entendidos os Beneficiários Dependentes Diretos, mantendo-se para efeito de cobertura por parte do Plano os cadastrados pelo Beneficiário Titular ou filho nascido até 9 meses após o seu falecimento.

§ 2º - Caberá ao Beneficiário Dependente que se tornar pensionista enquadrar-se nas condições das alíneas "a","b","c","d" e "e", do artigo 5º, para cobertura da assistência prevista neste Regulamento, sendo ainda de sua responsabilidade o cumprimento do disposto § 3º do artigo 3º.

§ 3º - É vedada a inclusão de novos Beneficiários Dependentes por Beneficiários Titulares que estejam na condição de contribuintes avulsos.

§ 4º - Ressalvado o caso de morte do Beneficiário Titular, o cancelamento de sua inscrição importa no cancelamento da inscrição dos respectivos Beneficiários Dependentes.

§ 5º - No caso dos incisos XI e XII o cancelamento de sua inscrição será precedido de notificação ao Beneficiário Titular, até o quinquagésimo dia de inadimplência.

§ 6º - No caso dos incisos I, II, III, IV, VIII, IX, XI, XII e XIII, os débitos junto à **Saúde BRB** deverão ser liquidados antes do afastamento, comprometendo-se o Beneficiário Titular a liquidar posteriores participações ainda não processadas por ocasião do seu afastamento.

§ 7º - O atraso das contribuições e/ou participações devidas pelo Beneficiário Titular por período superior a trinta dias, restringirá a cobertura assistencial prestada pela **Saúde BRB** aos procedimentos que dispensem autorização prévia.

§ 8º - Os casos previstos nas alíneas "b", "c" e "d" do Inciso II ficam condicionados aos prazos de que tratam os Parágrafos 7º e 8º do artigo 4º deste Regulamento.

Art. 79 - Não terá direito a qualquer ressarcimento ou indenização pecuniária o Beneficiário Titular que se desligar do Plano.

Art. 80 - A exclusão do Beneficiário Titular da **Saúde BRB**, por qualquer motivo, não o desobriga do pagamento das despesas havidas com o próprio Beneficiário Titular ou qualquer de seus Beneficiários Dependentes, sendo que a quitação do débito dar-se-á de acordo com as normas deste Plano, inclusive no que refere à atualização de valores de que trata o Art. 68.

Parágrafo Único - No caso de falecimento do Beneficiário Titular os débitos porventura existentes serão de responsabilidade de seus Beneficiários Dependentes diretos.

Capítulo XV RESCISÃO/SUSPENSÃO

Art. 81 - Por se tratar de uma operadora de Autogestão, não se aplica a rescisão, no entanto, haverá a exclusão da Associada sempre que esta descumprir o estatuto social consolidado da **Saúde BRB**.

Art. 82 - Haverá ainda a exclusão por pedido formal da Associada, conforme dispuser o Estatuto desta Caixa de Assistência.

Capítulo XVI DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 83 - Permanecem na condição de Beneficiários do Plano os Dependentes Agregados, inscritos até 01.11.98, e os Dependentes Autorizados, inscritos até 06.06.2003, vedadas, conforme previsão legal, novas inscrições para ambas as categorias desde as mencionadas datas, respectivamente.

§ 1º - Para os Dependentes Agregados permanecem as seguintes condicionantes:

- I – quando inválidos, que esta condição seja reconhecida pelo INSS;
- II – comprovação anual de dependência econômica exclusiva do Beneficiário Titular, assim entendida a inexistência de renda superior ao valor limite de isenção para o Imposto de Renda Pessoa Física; e
- III – comprovação anual de que residem com o Beneficiário Titular ou em imóvel exclusivamente deste ou por ele mantido.

§ 2º - Ao Beneficiário Dependente autorizado é assegurado, unicamente, o direito de utilização da rede contratada, mediante pagamento da despesa, a preço de convênio, pelo próprio Beneficiário, no ato do atendimento, sem qualquer ressarcimento por parte da **Saúde BRB**.

Art. 84 - A critério da **Saúde BRB** e mediante parecer técnico conclusivo, os procedimentos não cobertos, bem como aqueles que exijam autorização prévia, poderão ser revistos para atender à sua finalidade assistencial.

Art. 85 - A **Saúde BRB** definirá em manual operacional as formas e critérios de atendimento ambulatorial, de internação hospitalar e de procedimentos odontológicos.

Art. 86 - A **Saúde BRB** poderá, mediante os seus exclusivos critérios de conveniência e oportunidade, promover campanhas preventivas de patologias e incentivo à saúde nas condições estabelecidas em ato próprio.

Art. 87 - Os limites de utilização e de restrição de coberturas previstos neste Regulamento poderão ser revistos mediante exigência legal ou recomendação técnica especializada, com vistas ao equilíbrio do Plano.

Art. 88 - A **Saúde BRB** poderá firmar convênios de reciprocidade para a utilização de serviços assistenciais de saúde com instituições que tenham o mesmo objetivo, dentro das normas deste Regulamento, buscando ampliar as localidades de prestação de serviços aos seus Beneficiários.

§ 1º - Caso ocorra diferença entre a tabela adotada pela **Saúde BRB** e a cobrada pela conveniada, caberá ao Beneficiário Titular o pagamento da co-participação sobre o efetivo valor cobrado pela instituição conveniada.

§ 2º - A eventual cobrança de custo operacional ficará sob a responsabilidade da **Saúde BRB**, não havendo rateio deste valor entre os Beneficiários Titulares.

Art. 89 - O uso indevido deste Plano sujeitará o Beneficiário ao pagamento integral das despesas que efetuar além da suspensão ou cancelamento da inscrição.

Parágrafo Único – Tratando-se o infrator de Beneficiário Titular empregado de qualquer das Associadas, estará sujeito, ainda, às sanções disciplinares previstas em Regulamento de pessoal das respectivas Associadas, devendo tal fato ser comunicado, de imediato, pela **Saúde BRB**.

Art. 90 - A **Saúde BRB** apresentará anualmente aos seus Beneficiários Titulares relatório circunstanciado de suas atividades, contendo informações operacionais e financeiras do desempenho.

Art. 91 - A **Saúde BRB** facultará às Associadas o acesso às informações de caráter operacional, gerencial, financeiro ou qualquer outro, sempre que por elas solicitadas.

Art. 92 - Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pelo Órgão Executivo da **Saúde BRB**, devendo ser submetido ao Conselho Consultivo quando ultrapassar a alçada prevista no Regimento Interno do Conselho Consultivo.

Art. 93 - Este Regulamento somente poderá ser alterado por deliberação do Conselho Consultivo da **Saúde BRB**, na forma do Estatuto.

Capítulo XVII
ELEIÇÃO DE FORO

Art. 94 - As partes elegem de comum acordo e com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, o foro onde se encontra sediada a Associada, para solução de eventuais pendências que se originarem deste instrumento.

Capítulo XVIII
VIGÊNCIA

Art. 95 - O presente Regulamento tem vigência a partir de 02.12.2010.

ANEXO I

Tabela de Co-Participação em Internações

De R\$	Até R\$	Valor a ser ressarcido em R\$
30,00	500,00	20,00
500,01	1.000,00	37,50
1.000, 01	2.000,00	75,00
2.000, 01	3.000,00	150,00
3.000, 01	4.000,00	200,00
4.000, 01	5.000,00	300,00
5.000, 01	7.500,00	375,00
7.500, 01	10.000,00	500,00
10.00, 01	15.000,00	600,00
15.000, 01	20.000,00	800,00
20.000, 01	30.000,00	1.200,00
30.000, 01	40.000,00	1.600,00
40.000, 01	50.000,00	2.000,00
50.000, 01	60.000,00	2.400,00
Acima de 60.000,00		3.000,00

Anexo a que alude o art. 50, inciso III, deste Regulamento