

REGULAMENTO DO AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS

CAPÍTULO I PREÂMBULO

Art. 1º A Associação de Assistência a Saúde da Amagis - **AMAGIS SAÚDE**, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº. 41.669-0 e classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº. 07.781.345/0001-79, com sede na Rua Albita, nº. 194, Bairro Cruzeiro, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.310-160, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Parágrafo Único - Não há, em sua composição, a figura do mantenedor ou do patrocinador.

Art. 2º A Associação dos Magistrados Mineiros, inscrita no CNPJ sob o nº. 16.634.966/0001-10, com sede na Rua Albita, nº 194, Bairro Cruzeiro, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.310-160, neste ato designada como AMAGIS é a instituidora do **PLANO**.

Art. 3º O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS** e está registrado na ANS sob o nº **471.054/14-1**, possuindo como Características Gerais:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão;
- II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- III. Área geográfica de abrangência: Grupo de Estados;
- IV. Área de atuação: Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo;
- 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 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III desse Capítulo.

CAPÍTULO II OBJETO 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, **compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.**

§1º - O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes de Plano de Assistência à Saúde, com características de contrato de adesão.

§2º - O **PLANO** foi criado para atender às finalidades de prevenção da doença e de recuperação da saúde dos seus Associados inscritos, através da assistência à saúde e de seus instrumentos de saúde preventiva.

§3º - Ficam instituídos como instrumentos de saúde preventiva, o Integramagis e o Informativo Amagis Saúde, bem como os demais programas de promoção da saúde e prevenção das doenças que poderão ser criados.

CAPÍTULO III DEFINIÇÕES

Art. 6º 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, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, 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. AGRAVO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano Privado de Assistência à Saúde, para que o Associado tenha direito integral à cobertura, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências, de acordo com as condições negociadas entre a **AMAGIS SAÚDE** e o Associado. Exercendo prerrogativa legal, a **AMAGIS SAÚDE** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- IV. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Regulamento dentro da qual o Associado poderá utilizar os serviços cobertos pelo **PLANO**;
- V. ASSOCIADO:** pessoa natural vinculada ao **PLANO** na qualidade de Titular, Dependente ou Agregado, conforme condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento;
- VI. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em

consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

- VII. **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- VIII. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- IX. **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Regulamento, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Associados;
- X. **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- XI. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- XII. **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- XIII. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Associado é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- XIV. **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;
- XV. **PARTO A TERMO:** é o parto realizado dentro do período previsto pelo médico assistente.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º Poderão inscrever-se no **PLANO** na categoria de:

- I- **Associado Titular:**
 - a) o magistrado, na qualidade de sócio efetivo da AMAGIS;
 - b) o magistrado aposentado, que esteja vinculado à AMAGIS.
- II- **Associado Dependente do Titular:**
 - a) o cônjuge;
 - b) o(a) companheiro(a), **assim considerado quando houver união estável, caracterizada nos termos do Código Civil brasileiro, sem eventual**

concorrência com o cônjuge;

- c) o(s) filho(s), enquanto solteiro(s), menor(es) de 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, se universitário(s), desde que viva(m) comprovadamente sob a dependência econômica do Titular;**
- d) o(s) filho(s) portador(es) de incapacidade total, desde que o evento incapacitante tenha-se dado até os 24 (vinte e quatro) anos de idade;**
- e) os pais, desde que inexistam os Dependentes previstos nas alíneas anteriores deste inciso.**

III- Associado Agregado do Titular:

- a) o(s) filho(s) quando perder(em) a condição de Dependente(s);**
- b) o(s) neto(s);**
- c) o(s) bisneto(s);**
- d) o ex-cônjuge, desde que sua permanência ou inclusão tenha sido designada no termo de separação judicial ou com autorização expressa do associado Titular;**
- e) os pais, não inscritos como Dependentes;**
- f) o(s) irmão(s), de qualquer condição, que se inscreva(m) no PLANO com idade de até 35 (trinta e cinco) anos completos;**
- g) o(s) genro(s) e a(s) nora(s), de qualquer condição, que se inscreva(m) no PLANO com idade de até 35 (trinta e cinco) anos completos.**

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

§2º - Ainda que tenha ocorrido o óbito do Associado Titular, em conformidade com o disposto no art. 12 da Lei nº 9.656/1998, será assegurado o direito de inscrição do recém-nascido filho natural ou adotivo do Associado inscrito, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção e que o recém-nascido preencha as condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento para inscrever-se no PLANO.

§3º - Os Associados Dependentes e Agregados deverão ser incluídos em PLANO com as características de área geográfica de abrangência do PLANO do Titular.

§4º - São equiparados à condição de filho natural ou adotivo o menor sob guarda e o enteado, o curatelado e o tutelado, desde que o Titular apresente a comprovação da dependência econômica nos termos da legislação do Imposto de Renda.

§5º - Os Associados não relacionados no rol de Agregados e que na data de 20 de março de 2009 se encontravam inscritos no AMAGIS SAÚDE poderão ser mantidos no PLANO de que trata o presente Regulamento, embora não tenham direito à nova inscrição.

§6º Ao requerimento de inscrição de Dependentes e Agregados deverão ser obrigatoriamente anexados, pelo Titular, todos os documentos comprobatórios da:

- a) relação de parentesco, com as respectivas declarações de estado civil;
- b) decisão judicial, nos casos de menor sob guarda, curatelado, tutelado e ex-cônjuge;
- c) matrícula em instituição de ensino superior;
- d) invalidez.

§7º Os documentos referidos no parágrafo anterior deverão ser apresentados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição, e aqueles referentes à matrícula em instituição de ensino superior deverão ser apresentados anualmente, até o mês de março.

§8º É vedada a inscrição dos pais como Dependentes, na forma prevista na letra "e" do inciso II deste artigo, se, para tanto, for necessário o cancelamento da inscrição de outro Dependente já inscrito.

§9º O Associado Titular deverá inscrever todo o grupo familiar a ele vinculado no momento de sua inscrição na AMAGIS SAÚDE. Após, somente poderá incluir Dependente no caso de novo cônjuge ou companheiro, ou de novo filho, salvo por deliberação do Conselho Gestor de Saúde e observadas às regras atinentes à manutenção do caráter de entidade de classe e as regras da autogestão, observado, ainda, o Estatuto Social da AMAGIS SAÚDE.

§10 - No caso de óbito do Associado Titular será garantido o direito de manutenção dos Dependentes e Agregados já inscritos, desde que haja manifestação expressa dos associados no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do óbito, com a assunção das obrigações financeiras decorrentes por um ou mais Dependentes e/ou Agregados, que passará (ão) a ter também a condição de Responsável (eis) Financeiro(s) pelo PLANO.

§11 - O prazo do parágrafo acima poderá ser prorrogado por até 90 (noventa) dias, por deliberação do Diretor de Saúde, ou do Presidente do Conselho Gestor, *ad referendum*, do Conselho.

§12 – Exclusivamente para a finalidade de concessão da garantia tratada no §10 acima, a prerrogativa garantida aos Associados Titulares, se aplicará em caso de óbito de pensionistas em relação aos dependentes e agregados vinculados, observadas as mesmas regras constantes dos parágrafos antecedentes.

§13 – A exclusão dos Dependentes e Agregados do PLANO, dentre outras causas dispostas neste Regulamento, poderá ser solicitada pelo Titular, na forma prevista

neste instrumento.

CAPÍTULO V

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 8º A **AMAGIS SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Associados 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 da **AMAGIS SAÚDE**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na 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

Da Cobertura Ambulatorial

Art. 9º 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;
- II. Serviços de apoio a 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 da ANS para o segmento ambulatorial;
- 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. 12 (doze) consultas/sessões com fonoaudiólogo, **por ano, não cumulativas**, limite que poderá ser aumentado para 24 (vinte e quatro) ou para 48 (quarenta e oito) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, **exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;**
- V. 06 (seis) consultas/sessões com nutricionista, **por ano, não cumulativas**, limite que

poderá ser aumentado para 12 (doze) ou para 18 (dezoito) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, **exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;**

- VI. 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, **por ano, não cumulativas, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- VII. 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, **por ano, não cumulativas, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- VIII. 12 (doze) consultas/sessões com psicólogo, **por ano, não cumulativas, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- IX. 12 (doze) consultas/sessões de psicoterapia, **por ano, não cumulativas, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- X. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, incluindo a consulta, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- XI. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XII. 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;
XII.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.
- XIII. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, **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;**
- XIV. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XV. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de

internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XVI. Hemoterapia ambulatorial;

XVII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominadas de cirurgias refrativas (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 por olho: (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.

Parágrafo Único – As coberturas que possuem quantitativos limitados a ano, serão consideradas com base no mês de adesão de cada Associado.

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 10 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, alimentação e serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- III.** Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico assistente**;
- 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.** Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Associado menor de 18 anos, bem como ao acompanhante do Associado com idade igual ou superior a 60 anos ou que seja portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;
- VI.** 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;
 - VI.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;

VI.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 da **AMAGIS SAÚDE**;

VI.3) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **AMAGIS SAÚDE**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **AMAGIS SAÚDE**.

VI.4) O profissional requisitante pode recusar até 3 (três) nomes indicados pela **AMAGIS SAÚDE** para composição da junta médica.

VII. 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;

VIII. 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;

VIII.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Associado, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observando 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 Associado, 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.

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

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para as segmentações **ambulatorial e hospitalar**;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição parenteral ou enteral;
 - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - h) Radiologia intervencionista;
 - i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, **conforme solicitação e indicação do médico assistente**;
- X. 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;
- XI. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XII. 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 Associado 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 Associado 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.
- XIII. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
 - XIV. 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 (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contraindicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, **desde que haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
 - XV. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Associado, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Associado (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

Art. 11 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 Associado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- IV. Além da coparticipação regular, prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 50% (cinquenta 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, não cumulativos.

Parágrafo Único – As coberturas que possuem quantitativos limitados a ano, serão consideradas com base no mês de adesão de cada Associado.

Art. 12 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 da ANS 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 registrado 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, endoscopia, laparoscopia e demais escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; endoscopia, laparoscopia e demais escopias previstas 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

Da Cobertura Adicional

Art. 13 São tratamentos oferecidos como cobertura adicional ao **PLANO**:

- I. ludoterapia;

- II. reeducação postural global prestada por fisioterapeuta – RPG;
- III. escleroterapia;
- IV. assistência domiciliar;
- V. transporte aeromédico.

§1º - A realização dos procedimentos previstos neste artigo fica condicionada à solicitação do médico assistente, devendo ser observados os seguintes limites:

- I. **96 (noventa e seis) consultas e sessões/vida por Associado de ludoterapia e RPG;**
- II. **10 (dez) sessões de escleroterapia por ano de adesão do Associado, não cumulativas, que deverão ser realizadas num período de até 120 (cento e vinte) dias após a realização da cirurgia de varizes de membros inferiores.**

§2º - Poderá haver assistência domiciliar, a critério do PLANO e, desde que a família providencie às suas despesas um cuidador ou similar, e concorde expressamente com as regras relativas à assistência domiciliar. As regras se darão nos limites de cobertura e de acordo com as condições definidas previamente pela AMAGIS SAÚDE, observando o prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias contados do início do atendimento.

§3º - O prazo máximo de cobertura em assistência domiciliar poderá ser ampliado por decisão fundamentada do Diretor de Saúde, que definirá os critérios de cobrança de coparticipação do Associado, ouvida a auditoria médica da AMAGIS SAÚDE.

Art. 14 A AMAGIS SAÚDE assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Associado com assistência à saúde, em território nacional, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando o Associado não for atendido na rede credenciada da AMAGIS SAÚDE, seja própria ou terceirizada contratada por meio de convênios de reciprocidade, conforme regras estabelecidas em Capítulo específico.

Art. 15 Afora a remoção terrestre inter-hospitalar, obrigatória por Lei e prevista neste Regulamento, o **PLANO** garantirá reembolso das despesas com a remoção do Associado, em caso de impossibilidade de remoção por outro meio, comprovada mediante apresentação de laudo médico, condicionado à avaliação prévia da auditoria médica da **AMAGIS SAÚDE**.

§1º - O reembolso será efetuado nos limites da tabela praticada pelo PLANO para pagamento a sua rede credenciada.

§2º - 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. 16 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. 17 Aos associados do **PLANO** será garantido o transporte aeromédico, intermunicipal ou interestadual, inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino credenciado da **AMAGIS SAÚDE**), dentro da área geográfica de abrangência do **PLANO**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, nas seguintes situações:

- I. Necessidade de recursos complementares:
 - a) Desde que os hospitais da cidade onde se encontra o Associado não detenham condições de ministrar o tratamento solicitado e;
 - b) Sempre por solicitação e determinação exclusiva do médico responsável pelo Associado e;
 - c) Para o hospital mais próximo e que detenha as condições de prestar o tratamento solicitado às necessidades do Associado e;
 - d) Para leito em UTI/CTI e;
 - e) Somente quando a distância entre o hospital em que se encontra o Associado e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida seja, impreterivelmente, superior a 50km (cinquenta quilômetros) terrestres.
- II. Repatriamento:
 - a) Após o tratamento inicial, quando o quadro clínico permitir e;
 - b) Sob restrita indicação médica, havendo absoluta imposição técnica para o transporte em ambulância UTI e;
 - c) Sendo a distância entre o hospital em que se encontra o Associado e aquele para qual a solicitação de remoção foi requerida seja, impreterivelmente, superior a 50km (cinquenta quilômetros) terrestres e;
 - d) Para leito em UTI/CTI.

§1º - O transporte aeromédico não será realizado caso não observado os requisitos previstos no *caput* deste artigo e, ainda:

- I. Caso o Associado apresente estado de coma irreversível, haja vista a impossibilidade de cura;
- II. Caso o Associado apresente quadro sem possibilidades terapêuticas – fase terminal, haja vista a impossibilidade de cura;
- III. Caso o Associado apresente qualquer sintoma ou indício de embriaguez, tendo

em vista a exposição potencial dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que porventura possam ser causados à aeronave;

- IV. Caso o Associado tenha qualquer sintoma ou indício de uso de drogas ilícitas, tendo em vista a exposição potencial dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que porventura possam ser causados à aeronave;
- V. Caso o Associado apresente quadro de distúrbio psiquiátrico/surto psicótico, tendo em vista a exposição potencial dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, bem como de danos que porventura possam ser causados à aeronave;
- VI. Caso o Associado, por quaisquer outras circunstâncias, não apresente condição clínica/cirúrgica para se submeter ao transporte;
- VII. Caso haja plenas condições para o tratamento do Associado na localidade onde ele se encontra;
- VIII. Caso o transporte vise à realização de hemodiálise de rotina periódica programada ou exames complementares ao diagnóstico;
- IX. Caso não exista aeródromo homologado ou registrado e falem condições seguras de voo, ausências essas que coloquem a tripulação e o paciente em risco de vida.

§2º - A prestação do serviço de transporte aeromédico será realizada através de prestador credenciado pela **AMAGIS SAÚDE**, mediante autorização prévia.

Art. 18 A **AMAGIS SAÚDE** poderá, por decisão do Diretor de Saúde, ampliar as consultas/sessões de psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional previstas na cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época, solicitadas pelo médico assistente e mediante avaliação prévia da auditoria médica da **AMAGIS SAÚDE**.

CAPÍTULO VI EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 19 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, 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 Regulamento e os provenientes de:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **AMAGIS SAÚDE** sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência do Regulamento ou

do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições regulamentares;

- 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 as indicações descritas na bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 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 e Eventos em Saúde da ANS para segmentação odontológica;
- XI. 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;
- XII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção do medicamento de via oral para a quimioterapia oncológica realizada em domicílio,

- conforme previsto neste Regulamento;
- XIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- XIV. 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;
- XV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XVI. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVII. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XVIII. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XIX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, ressalvados os que possuem previsão expressa na cobertura adicional prevista neste instrumento;
- XX. Aparelhos ortopédicos;
- XXI. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do PLANO, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao PLANO, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados em todo o território nacional e posteriormente reembolsados, conforme estabelecido neste Regulamento;
- XXIII. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Associado, 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;
- XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos expressamente não incluídos na cobertura da assistência domiciliar coberta pelo PLANO, que serão definidos em momento prévio ao da admissão em atenção domiciliar;
- XXV. Alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto) ou por até no máximo

- 10 (dez) dias, nos termos definidos 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. Despesas relativas ao pagamento de indenização por danos ocasionados pelo Associado ou seu acompanhante na unidade de saúde, inclusive decorrentes da destruição de objetos;
- XXVIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIX. Cirurgia para mudança de sexo;
- XXX. Avaliação pedagógica;
- XXXI. Orientações vocacionais;
- XXXII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- XXXIII. Atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência, ressalvada a assistência domiciliar prevista no presente Regulamento;
- XXXIV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXV. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 20 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. 21 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 Associado 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 dos períodos 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 Pré-existentes, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II Da Remoção

Art. 22 Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), **comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica 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 Associado 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 Pré-existentes.

Art. 23 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. quando não for caracterizada remoção por risco de vida, o Associado e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a AMAGIS SAÚDE, desse ônus;
- II. caberá à AMAGIS SAÚDE 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, a AMAGIS SAÚDE deverá disponibilizar o serviço de ambulância 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, a AMAGIS SAÚDE estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO VIII CARÊNCIAS

Art. 24 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Associado não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. O direito de atendimento aos Associados dos serviços previstos neste instrumento serão prestados após 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 atendimentos caracterizados como urgência ou emergência, nos termos definidos no presente Regulamento;
- II. 30 (trinta) dias para as consultas, exames de diagnósticos e procedimentos ambulatoriais que não necessitem de autorização prévia;
- III. 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para as internações, para o fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e os demais casos previstos neste Regulamento, bem como para novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§1º - As carências serão contadas a partir da data de recebimento pela AMAGIS SAÚDE do Termo de Adesão do respectivo Associado devidamente assinado, vedada a antecipação de contribuição com o intuito de abreviá-lo.

§2º - Os prazos de carência previstos neste artigo serão também observados na reinscrição de Associados.

Art. 25 Estará isento do cumprimento dos períodos de carência o Associado cuja inscrição (assinatura do Termo de Adesão) ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar:

- a) da data de posse do magistrado;
- b) da data de nascimento, ou da de adoção de filhos de até 12 (doze) anos, para inscrição de novos Associados nessa categoria;
- c) da data de reconhecimento do termo de guarda, ou da de tutela ou curatela de crianças de até 12 (doze) anos, para inscrição de novos Dependentes;
- d) da data de casamento do Titular, para inscrição do cônjuge;
- e) da data de aniversário de vigência do Regulamento, para o Associado Titular e seu grupo familiar, desde que o ingresso do Titular na AMAGIS (condição para se associar à **AMAGIS SAÚDE**) seja posterior à vigência deste Regulamento;
- f) da data de nascimento, ou de adoção do neto de até 12 (doze) anos, para inscrição de novos Associados nessa categoria;
- g) da data em que o filho completar 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário;
- h) da data em que o filho perder a condição de dependência econômica com o associado titular ou que vier a contrair matrimônio;
- i) da data de cancelamento da inscrição dos pais pela existência de quaisquer outros dependentes previstos no **PLANO** de saúde da **AMAGIS SAÚDE** destinado a essa categoria;
- j) da data do falecimento do associado titular, no caso de opção dos dependentes e agregados pela manutenção da assistência no plano tratado nesse Regulamento;

§1º - O Associado Dependente ou Agregado deverá cumprir os períodos de carência, caso a condição de dependente ou agregado seja anterior à vigência deste Regulamento e o ingresso ocorra após o prazo previsto na alínea “e” desse artigo.

§2º - As carências cumpridas pelo Associado Titular e respectivo grupo familiar no **AMAGIS SAÚDE** serão aproveitadas inclusive em relação aos demais Estados, desde que a inscrição no **PLANO** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados de .

§3º - Os Associados que ainda estiverem em cumprimento de carência no plano anterior deverão continuar a cumpri-la neste **PLANO**, até o final dos prazos definidos no presente Instrumento, para que possam ter o direito ao atendimento dos serviços previstos no **PLANO**.

§4º - Caso a inscrição ocorra fora do prazo previsto no parágrafo segundo deste artigo,

serão aproveitadas as carências cumpridas pelo Associado Titular e respectivo grupo familiar no **AMAGIS SAÚDE** exclusivamente em relação aos procedimentos realizados em Minas Gerais, ficando o Associado sujeito ao cumprimento integral dos prazos de carência acima definidos para os procedimentos realizados nos demais Estados.

§5º - A inclusão dos Associados prevista neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

§6º - Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência.

§7º - O recém-nascido, filho natural ou adotivo do Associado, inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do nascimento ou da adoção não terá de cumprir a cobertura parcial temporária nos casos das Doenças ou Lesões Pré-existentes, nos termos estabelecidos no Capítulo seguinte.

CAPÍTULO IX DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 26 Doenças ou Lesões Pré-existentes são aquelas que o Associado ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao Plano de Saúde.

§1º - No momento da adesão ao PLANO, o Associado ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de Doenças ou Lesões Pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§2º - Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Associado.

§3º - O Associado 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, sem qualquer ônus para o Associado.

§4º - Caso o Associado opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da AMAGIS SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§5º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Associado para o correto

preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Associado 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.

§6º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Associado pela AMAGIS SAÚDE, com vistas à sua admissão no Plano Privado de Assistência à Saúde.

Art. 27 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Associado, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a AMAGIS SAÚDE oferecerá a cobertura parcial temporária.

§1º - 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 Pré-existentes.

§2º - A confirmação da doença ou lesão pré-existente 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.

§3º - As Doenças ou Lesões Pré-existentes poderão ser identificadas pela AMAGIS SAÚDE 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 pela AMAGIS SAÚDE para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

§4º - 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 da AMAGIS SAÚDE, fazendo parte integrante deste Regulamento.

Art. 28 Exercendo prerrogativa legal, a AMAGIS SAÚDE não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 29 Identificado indício de fraude por parte do Associado, referente à omissão de

conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a **AMAGIS SAÚDE** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Associado através de Termo de Comunicação ao Associado 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 Associado à Cobertura Parcial Temporária.

§1º - Instaurado o processo administrativo na ANS, à **AMAGIS SAÚDE** caberá o ônus da prova.

§2º - A **AMAGIS SAÚDE** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Associado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

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

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

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

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

CAPÍTULO X REEMBOLSO

Art. 30 A **AMAGIS SAÚDE** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Associado com assistência à saúde, nas seguintes hipóteses:

- I. nos casos de urgência ou de emergência, ocorridos em todo território nacional, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **AMAGIS SAÚDE**;
- II. atendimentos eletivos ocorridos **dentro da área de abrangência geográfica do**

PLANO.

§1º - O Associado deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§2º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da AMAGIS SAÚDE (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela AMAGIS SAÚDE junto à rede de prestadores do respectivo PLANO), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Requerimento de reembolso assinado pelo Titular/Responsável Financeiro;**
- b) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela AMAGIS SAÚDE (Recibos e/ou Notas Fiscais);**
- c) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;**
- d) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código no CID, se for o caso, o tratamento efetuado, data do atendimento, a justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência.**

§3º - Para o reembolso das despesas com a cobertura adicional, é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- I. Laudo anual, contendo diagnóstico, número de sessões, duração e tipo de tratamento;**
- II. Pedido médico, nota fiscal ou recibo e laudo médico, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.**

§4º - No caso de prestador pessoa física, o recibo deverá ser emitido em papel timbrado do profissional, contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no CPF, bem como deverá ser apresentado o número da inscrição no INSS e da inscrição municipal no ISSQN. Caso se trate de pessoa jurídica, deverá ser apresentada nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.

§5º - A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Associado.

§6º - Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas

aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

§7º - Em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo PLANO.

§8º - O valor dos serviços prestados relativos aos benefícios mencionados neste Regulamento será calculado de acordo com as tabelas aprovadas pelo Conselho Gestor de Saúde e praticadas pelo PLANO para os honorários médicos, exames laboratoriais e radiológicos, diárias, serviços hospitalares e demais serviços cobertos.

§9º - No caso de cobertura de benefícios que não dispõem de tabela, o valor a ser acatado será de acordo com o modelo básico de mercado e com a apresentação da devida nota fiscal, emitida com valor em moeda nacional.

§10 - A Tabela de Reembolso da AMAGIS SAÚDE está registrada no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, em Belo Horizonte, sob o nº 120220, Livro A, estando também disponível na sede da AMAGIS SAÚDE e no site www.amagis.com.br. Sempre que houver alteração na referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§11 - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Reembolso podem ser obtidos na sede da AMAGIS SAÚDE, pelo telefone (31) 3079-3482 ou pelo e-mail reembolso@amagis.com.br.

CAPÍTULO XI MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Prestação de Serviços aos Associados

Art. 31 A cobertura dos benefícios poderá ocorrer através de um dos seguintes procedimentos de atendimento:

- I. Rede credenciada própria;
- II. Rede credenciada terceirizada, por meio de celebração de convênios de

reciprocidade com entidades congêneres ou de contratos com operadora de modalidade diversa, observando a regulamentação da ANS em vigor;

- III. Livre escolha, mediante reembolso, conforme previsto em Capítulo específico neste Regulamento.

§1º - O **PLANO** efetuará, em nome do Associado, os respectivos pagamentos aos prestadores de serviços das redes credenciadas.

§2º - A **AMAGIS SAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, baixar em diligência todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo **PLANO**, sujeitos às perícias médicas, visitas hospitalares, auditoria de contas e averiguações que entender necessárias, solicitando aos Associados e prestadores de serviços colaboração para elucidação de dúvidas, respeitado os princípios e diretrizes do Código de Ética Médica.

§3º - Fica ressalvado o direito do **PLANO** de arguir o credenciado, caso os exames complementares de diagnóstico, realizados ou solicitados, não estejam dentro de um padrão normal de ocorrência.

Seção II

Da Carteira de Identificação

Art. 32 Os Associados do **PLANO** deverão identificar-se através de documento oficial de identidade, acompanhado da carteira de identificação, emitida pela **AMAGIS SAÚDE** ou pela entidade congênere, nos casos de rede credenciada terceirizada.

§1º - A carteira de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o Associado por sua utilização indevida.

§2º - A perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação deverá ser imediatamente comunicada pelo Associado à **AMAGIS SAÚDE**, para bloqueio da utilização, sob pena de responder pelo valor indevidamente suportado, acrescido de multa, juros e encargos.

§3º - O Associado que, sob qualquer modo ou condição, admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será inicialmente advertido, terá seu grupo familiar submetido à suspensão do direito de utilizar o **PLANO** por 6 (seis) meses, além de sujeitar-se ao pagamento dos valores indevidamente honrados, acrescidos de juros, encargos e multa de 50% (cinquenta por cento) do valor do atendimento.

§4º - Na hipótese de reincidência do previsto no parágrafo anterior, o grupo familiar do Titular será excluído do **PLANO**, além de sujeitar-se às mesmas penalidades, salvo

quanto à multa, que será de 80% (oitenta por cento) do valor do atendimento.

Seção III **Da Autorização Prévia**

Art. 33 Dependerá de prévia autorização a obtenção dos benefícios previstos neste Regulamento, quando se tratar dos seguintes serviços:

- I. Exames de diagnóstico: cintilografia, holter, estudo hemodinâmico, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, ultrasonografia, radiografia contrastada e densitometria óssea;**
- II. Procedimentos ambulatoriais: hemodiálise, diálise peritonial - CAPD, quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, hemoterapia e litotripsia;**
- III. Procedimentos cirúrgicos, inclusive os ambulatoriais;**
- IV. Internações hospitalares e domiciliares;**
- V. Assistência domiciliar;**
- VI. Remoção inter-hospitalar do paciente;**
- VII. Órteses e próteses cirúrgicas;**
- VIII. Tratamentos fisioterápicos;**
- IX. Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, bem como escleroterapia, psicoterapia, ludoterapia e RPG;**
- X. Exames laboratoriais de alto custo, assim definidos pelo departamento de autorizações da AMAGIS SAÚDE;**
- XI. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar;**
- XII. Outros procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.**

§1º - As solicitações médicas para a realização dos serviços de saúde terão o prazo de validade de 90 (noventa) dias corridos.

§2º - As autorizações para a realização dos serviços terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias corridos.

§3º - Após o vencimento, as autorizações previstas no parágrafo anterior deverão ser obrigatoriamente revalidadas.

§4º - Nos casos de internações clínicas ou cirúrgicas, o Associado deverá encaminhar à AMAGIS SAÚDE laudo médico, atestando a necessidade da realização do procedimento, para a obtenção da guia de autorização de internação.

§5º - O laudo médico deverá conter os motivos da internação, com diagnóstico ou hipótese diagnóstica, tipo de tratamento proposto e período estimado de internação,

e, quando houver necessidade de prorrogação do prazo de internação, deverá ser apresentado novo laudo e obtida nova autorização.

§6º - É facultado ao PLANO, a seu critério, solicitar o comparecimento prévio do Associado para submeter-se à perícia médica.

§7º - Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **AMAGIS SAÚDE** garantirá, ao Associado, avaliação pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento do recebimento de sua solicitação.

§8º - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o Associado poderá ser atendido sem a guia de autorização de internação, devendo, nesses casos, requerê-la no prazo de 2 (dois) dias úteis, mediante apresentação do laudo médico, quando serão avaliadas as circunstâncias e definida ou não a liberação.

§9º - Nos termos da Resolução nº 08/1998, do CONSU, em casos de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, garante-se ao Associado e à **AMAGIS SAÚDE** a prerrogativa de requerer a formação de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **AMAGIS SAÚDE**, outro pelo Associado, um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **AMAGIS SAÚDE**. Caso o profissional eleito pelo Associado não seja credenciado da **AMAGIS SAÚDE**, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do Associado.

§10 - Os exames complementares deverão ser solicitados na Guia TISS, não se admitindo o simples preenchimento de impressos promocionais fornecidos por prestadores dos serviços.

§11- Com a finalidade de orientar, avaliar e controlar, em caráter permanente, os serviços prestados aos Associados, a **AMAGIS SAÚDE** disponibilizará, em sua sede, um médico ou uma enfermeira ou um assistente social.

Art. 34 Será disponibilizado, aos Associados, catálogo próprio informando a relação dos profissionais médicos e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do **PLANO** em meio impresso, podendo também ser acessado no Portal da **AMAGIS SAÚDE** na internet.

§1º - A **AMAGIS SAÚDE** poderá ampliar, excluir ou substituir prestadores de serviço e locais de atendimento previstos neste Regulamento e no catálogo referido no artigo antecedente, respeitando-se ao disposto no artigo 17 da Lei nº 9.656/1998.

§2º - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Associados 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.

§3º - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **AMAGIS SAÚDE** durante período de internação de algum Associado, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, **exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a AMAGIS SAÚDE providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.**

§4º - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção IV **Do padrão de acomodação em internação**

Art. 35 A acomodação oferecida pelo **PLANO** no caso de internações hospitalares é individual, conhecida como apartamento, categoria *standard*, com banheiro privativo e direito a um acompanhante, para tratamento clínico e cirúrgico.

Parágrafo Único - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados ou credenciados pela **AMAGIS SAÚDE**, na acomodação em que o Associado 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.**

Seção V **Da coparticipação**

Art. 36 Além da contribuição mensal devida pelo Titular/Responsável Financeiro, em virtude de sua inscrição e dos Dependentes e Agregados vinculados no **PLANO**, será cobrada coparticipação, conforme descrito a seguir, em função da utilização pelo Associado, seja ele Titular ou Dependente ou Agregado, dos procedimentos previstos no presente Regulamento:

- I. 50% (cinquenta por cento) na assistência domiciliar prestada ao Associado entre o 16º (décimo sexto) dia e o 45º (quadragésimo quinto) dia, nos termos do §2º do artigo 13 do presente Regulamento;
- II. 50% (cinquenta por cento) nas consultas e sessões de ludoterapia e RPG realizadas pelo Associado acima do limite de 96 (noventa e seis) consultas e sessões/vida previstas neste Regulamento;
- III. 25% (vinte e cinco por cento) em função da utilização dos demais procedimentos ambulatoriais previstos no presente Regulamento, incluindo consultas, exames e terapias, ressalvados os previstos no inciso anterior;

IV. 25% (vinte e cinco por cento) em hospital-dia psiquiátrico;

§1º - O percentual de coparticipação incidirá sobre o total das despesas pagas pela AMAGIS SAÚDE, inclusive dos encargos resultantes.

§2º - Fica a critério do Diretor de Saúde a definição dos percentuais de coparticipação aplicáveis aos procedimentos que estejam acima dos limites de cobertura estabelecidos no presente Regulamento.

§3º - Não incidirá coparticipação sobre os seguintes procedimentos:

- I. Procedimentos ambulatoriais de hemodiálise, diálise peritoneal – CAPD, quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, hemoterapia e litotripsia;**
- II. Procedimentos cirúrgicos, inclusive os ambulatoriais;**
- III. Internações;**
- IV. Remoção inter-hospitalar;**
- V. Órteses e próteses cirúrgicas.**

§4º - No caso das internações psiquiátricas deverão ser vertidos os valores previstos em Capítulo específico deste Regulamento.

§5º - Serão de responsabilidade do Titular/Responsável Financeiro os valores de coparticipação referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Associado estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o Titular/Responsável Financeiro obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Associado já tenha ocorrido.

CAPÍTULO XII

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 37 O PLANO, objeto do presente Regulamento, 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. 38 O Plano de Custeio do PLANO será atendido pelas seguintes fontes de receita:

- I. contribuição mensal do Associado Titular/Responsável Financeiro, em virtude de sua inscrição e dos Dependentes e Agregados vinculados no**

PLANO;

- II. coparticipação dos Associados nas despesas;**
- III. contribuição extraordinária para fins de recomposição do Fundo de Reserva;**
- IV. receitas de aplicação financeira dos recursos do PLANO;**
- V. doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos precedentes, não onerosas para o PLANO.**

§1º - Nenhum benefício ou serviço poderá ser criado, majorado ou estendido sem a respectiva fonte de custeio, sob pena de responsabilidade por parte dos administradores.

§2º - O custeio das despesas assistenciais dos benefícios previstos neste Regulamento será realizado pelo Fundo de Assistência Global, constituído por todos os recursos que ingressam no PLANO, à exceção daqueles destinados ao Fundo de Reserva.

§3º - O Fundo de Reserva será constituído por 10% (dez por cento) das receitas previstas no inciso I deste artigo e pelas receitas financeiras decorrentes de sua aplicação, acrescido do total das contribuições extraordinárias destinadas à sua recomposição.

§4º - A sobrecarga contributiva destinada ao custeio das despesas administrativas não poderá exceder a 15% (quinze por cento) do total das receitas prevista no inciso I deste artigo.

Art. 39 Os valores das contribuições mensais e eventuais valores de coparticipação ou de penalidades impostas pelo Conselho Gestor de Saúde serão descontados na folha de pagamento ou de benefícios do Associado Titular/Responsável Financeiro, mediante sua autorização.

§1º - Na impossibilidade de desconto em folha de pagamento ou de benefícios, o Associado Titular/Responsável Financeiro obriga-se a efetuar o pagamento dos valores de sua responsabilidade por meio de débito automático no banco, diretamente na tesouraria da AMAGIS SAÚDE, ou através de Ficha de Compensação Bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente a que corresponderem.

§2º - Em caso de inobservância do prazo estabelecido no parágrafo anterior, as contribuições ficarão sujeitas à aplicação de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

CAPÍTULO XIII REAJUSTE

Art. 40 Os valores das contribuições mensais serão reajustados anualmente com base na variação acumulada positiva do Índice Geral de Preços (IGP-DI), calculado pela Fundação Getúlio Vargas, observada nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, tendo como data-base o mês de abril.

Parágrafo Único - Nos casos em que não for disponibilizado pelo órgão competente o índice previsto no *caput* deste artigo, será adotado para apuração do reajuste das contraprestações pecuniárias o Índice Geral de Preços ao Consumidor (INPC), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Art. 41 O Plano de Custeio do PLANO será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro, levando-se em conta a variação dos custos médico-hospitalares, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de Associados.

Parágrafo Único - O reajuste técnico previsto no *caput* deste artigo, decorrente da alteração do nível de utilização do PLANO, será fundamentado em estudos técnicos, sempre buscando o seu equilíbrio e será aplicado no momento do reajuste financeiro.

Art. 42 Quando o Fundo de Assistência Global não for suficiente para a cobertura da despesa operacional do PLANO e o saldo do Fundo de Reserva do PLANO for inferior a um montante equivalente a, pelo menos, 2 (duas) vezes o valor da despesa operacional média, será cobrada a contribuição extraordinária dos Associados, prevista neste Regulamento.

§1º - O valor da despesa operacional média será apurado pela média das despesas efetuadas com saúde, verificada nos 6 (seis) meses imediatamente anteriores.

§2º - O valor da contribuição extraordinária será apurado, dividindo-se o valor do déficit do Fundo de Assistência Global, coberto pelo Fundo de Reserva, pelo total de Associados inscritos, sejam eles Titulares ou Dependentes ou Agregados.

§3º - A contribuição extraordinária será aplicada no momento do reajuste financeiro anual.

Art. 43 A data base para a aplicação do reajuste previsto neste Regulamento não é definida em função da época de adesão de cada Associado.

§1º - Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS.

§2º - Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, deverão ser

observadas as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Associado.

Art. 44 O presente Regulamento trata da oferta de plano de saúde por uma entidade de autogestão constituída sob a forma de associação aos magistrados a ele associados e à Associação dos Magistrados Mineiros - AMAGIS e seus dependentes e agregados, inexistindo a figura do Convênio de Adesão, sendo inaplicáveis, portanto, as regras relativas ao pool de risco.

CAPÍTULO XIV FAIXAS ETÁRIAS

Art. 45 As contribuições dos Associados Titulares e seus Dependentes e Agregados dar-se-ão mediante o pagamento de contribuições mensais, fixadas de acordo com a faixa etária de cada Associado inscrito, conforme o valor estabelecido no Termo de Adesão.

Art. 46 A variação percentual das contraprestações pecuniárias dos Associados Titulares, Dependentes e Agregados em relação à faixa etária imediatamente anterior é a estabelecida a seguir:

- a) 0 a 18 anos: não há;
- b) 19 a 23 anos: 20%;
- c) 24 a 28 anos: 20%;
- d) 29 a 33 anos: 20%;
- e) 34 a 38 anos: 15%;
- f) 39 a 43 anos: 10%;
- g) 44 a 48 anos: 12,06%;
- h) 49 a 53 anos: 30%;
- i) 54 a 58 anos: 30%;
- j) 59 anos e acima: 44,93%;

Art. 47 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 Associado, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§1º - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

§2º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária foram fixados observando que:

- I. o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (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.

§3º - Em virtude da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, em específico no seu art. 3º, foram criadas as tabelas previstas acima, na qual não é aplicado o reajuste por faixa etária ao Associado com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste Regulamento.

CAPÍTULO XV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE ASSOCIADO

Seção I

Da Exclusão

Art. 48 O Associado Titular será excluído e perderá o direito de usufruir dos benefícios do PLANO:

- I. pelo cancelamento de sua inscrição na AMAGIS ou AMAGIS SAÚDE;
- II. pelo requerimento de desligamento da AMAGIS ou AMAGIS SAÚDE;
- III. em caso de fraude, tentativa de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- IV. em caso de inadimplência em face das contribuições mensais e valores de coparticipação suportados em função de sua inscrição, bem como da inscrição de seus Dependentes e Agregados.

Art. 49 A exclusão dos Dependentes e Agregados do PLANO dar-se-á nas seguintes hipóteses:

- I. pelo cancelamento da inscrição do Titular ao qual esteja vinculado, ressalvada a hipótese de falecimento, quando poderá solicitar a manutenção da assistência à saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do óbito;
- II. pela perda da qualidade de Dependente e quando não for admissível inscrição na qualidade de Agregado;
- III. pela perda da qualidade de Agregado;
- IV. em caso de fraude, tentativa de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado

processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

V. a pedido do Titular, desde que a manutenção da sua inscrição não seja obrigatória judicialmente.

VI. em caso de inadimplência do Responsável Financeiro em face das contribuições mensais e valores de coparticipação suportados em função de sua inscrição, bem como da inscrição dos demais Dependentes e Agregados vinculados no PLANO.

§1º - O Titular/Responsável Financeiro que deixar de recolher as contraprestações a que se obrigou, na data exigível, terá a fruição dos serviços suspensa, inclusive em relação aos Dependentes e Agregados vinculados no PLANO, a partir do 60º (sexagésimo) dia de atraso cumulativo ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Termo de Adesão e, caso não regularize seu débito, terá sua inscrição e a dos Dependentes e Agregados vinculados no PLANO cancelada, após notificação através de carta registrada, que será encaminhada até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso cumulativo para o endereço cadastrado na AMAGIS SAÚDE pelo Associado.

§2º - Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, cumulativo ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Termo de Adesão, a AMAGIS SAÚDE poderá notificar o Associado mantido no PLANO, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

§3º - O cancelamento da inscrição ou a suspensão dos serviços, em virtude de atraso no pagamento de qualquer valor, não libera o Titular/Responsável Financeiro da obrigação de quitar os valores em atraso.

§4º - Em caso de cancelamento do PLANO por inadimplência, o Titular poderá solicitar a sua reinclusão, bem como a de seus Dependentes e Agregados, não se reconhecendo a ele ou aos Dependentes ou Agregados o direito a benefícios durante o período em que a inscrição estiver cancelada, observando-se, ainda, as carências previstas neste Regulamento, para a concessão de benefícios a partir da reinscrição, bem como o disposto no parágrafo a seguir.

§5º - Nos casos de reinclusão do Associado, serão considerados os tratamentos e procedimentos já realizados desde a primeira adesão ao PLANO, para os casos sujeitos às limitações por vida previstas neste Regulamento.

§6º - O Associado que solicitar sua exclusão na AMAGIS SAÚDE somente poderá se reinscrever uma única vez, observado, ainda, o disposto no Estatuto Social da AMAGIS SAÚDE.

§7º - O Titular/Responsável Financeiro poderá cancelar a sua inscrição a qualquer momento, desde que inexistam débitos em relação ao PLANO.

Seção II Das Penalidades

Art. 50 A condição de Associado do PLANO impõe a obrigação de zelar pela correta aplicação das regras estabelecidas, abstendo-se de praticar ou de permitir a prática de ato, omissivo ou comissivo, que, de qualquer forma ou por qualquer meio, seja prejudicial ao PLANO.

§1º - Para fins deste Regulamento, será entendido como ato prejudicial ao PLANO aquele que, de forma direta ou indireta, violar regra de concessão dos benefícios cobertos, por meio de fraude.

§2º - Poderá o Associado ter sua inscrição suspensa quando descumprir qualquer regra estabelecida no Estatuto da AMAGIS SAÚDE ou no Regulamento do PLANO, atuando por qualquer meio ou forma contra os interesses da AMAGIS SAÚDE.

§3º - Os atos comissivos ou omissivos prejudiciais ao PLANO, praticados por Associado Titular ou Dependente ou Agregado, serão punidos na forma deste Regulamento.

§4º - A recusa do Associado em submeter-se a perícia, sindicância ou averiguação que o PLANO julgar necessárias será entendida como confissão de irregularidade e tentativa de fraude.

Art. 51 As penalidades a que se sujeitam o Titular e seus Dependentes e Agregados, conforme o caso, são:

- I. advertência e/ou comunicação, através de repreensão formal, nos atos de menor gravidade, decorrentes de mera interpretação viciada das regras regulamentares;**
- II. reposição imediata do valor do benefício auferido de maneira irregular, acrescido de multa, variável de 20% a 100% do valor, em função da gravidade do ato praticado, e seus encargos de atualização monetária e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês;**
- III. suspensão do direito aos benefícios do PLANO pelo cancelamento temporário da inscrição, por um período não inferior a 6 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, quando se caracterizar a tentativa de fraude, sob qualquer forma;**
- IV. exclusão, pelo cancelamento definitivo da inscrição, no caso de reincidência, não se admitindo nova adesão futura.**

§1º - A suspensão ou a exclusão do Associado Titular/Responsável Financeiro, nos termos previstos neste artigo implicará a automática suspensão ou o cancelamento da inscrição de seus Dependentes ou Agregados.

§2º - As penalidades recomendadas pela Diretoria de Saúde do PLANO à Vice-Presidência de Saúde da AMAGIS SAÚDE poderão ser aplicadas de forma cumulativa e serão submetidas ao Conselho Gestor de Saúde para referendá-las ou, segundo a avaliação do caso, alterar o enquadramento do ato, para impor outro tipo de penalidade.

CAPÍTULO XVI DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 52 Somente terão direito aos benefícios previstos neste Regulamento os Associados regularmente inscritos, e o PLANO não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

Art. 53 Este Regulamento vigorará por prazo indeterminado a partir de 17 de junho de 2015, mantendo-se a data base de aniversário para fins de reajuste no mês de abril.

Art. 54 O encerramento da operação do Plano de Saúde prevista neste Regulamento se dará de acordo com o previsto no Estatuto Social da **AMAGIS SAÚDE**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 55 Além das regras previstas neste Regulamento deverão ser observadas pelos Associados às disposições previstas no Estatuto Social da **AMAGIS SAÚDE**.

Art. 57 Fica eleito o foro do domicílio do Associado Titular/Responsável Financeiro para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento.

Belo Horizonte, 17 de junho de 2015.