Libertas
Saúde

Regulamento

Plano de Saúde
Fundação Libertas

Operado por Fundação Libertas
Registro ANS 37821-6
Plano: 06 – Fundação Libertas

REGULAMENTO DO PLANO DOS EMPREGADOS DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

Capítulo I
DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Art. 1º. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL**, nome fantasia **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, entidade fechada de previdência complementar que opera planos privados de assistência à saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 37821-6, classificada como autogestão com patrocinador, inscrita no CNPJ sob o nº 20.119.509/0001-65, estabelecida na Avenida Álvares Cabral, nº 200, 8º andar, CEP 30170-000, na cidade de Belo Horizonte/MG, é a instituição que administrará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º. O **PLANO** de que trata este Regulamento destina-se aos beneficiários titulares regularmente inscritos, bem como aos seus respectivos dependentes e dependentes especiais, nos termos deste instrumento.

Capítulo II
DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 3º. 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 - CID, da Organização Mundial de Saúde, **compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** da ANS, vigente à época do evento.

§1º. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

§2º. O presente Regulamento também se caracteriza pela bilateralidade, onerosidade, presença de vínculo coletivo, ausência de fins lucrativos e inexistência de cunho comercial, sendo gerido por uma instituição de autogestão, pelo sistema de mutualismo.

Capítulo III
DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 4º. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** oferecerá, aos beneficiários regularmente inscritos, Plano Privado de Assistência à Saúde, titulado "Plano dos Empregados da PREVIMINAS", cadastrado no SCPA com código nº 06 - PREVIMINAS, instituído anteriormente à Lei nº 9.656/98 e adaptado às suas disposições, em cumprimento ao determinado pela RN nº 254/11, alterada pela RN nº 263/11. O **PLANO** possui como Características Gerais:

I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
III. Área Geográfica de Abrangência: Estadual;
IV. Área de Atuação: Estado de Minas Gerais;

ANS nº 37821-6

Elevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

V. Padrão de Acomodação em Internação: Individual, padrão standard/privativo;
VI. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Capítulo IV
DA SEGMENTAÇÃO E DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 5º. As internações hospitalares ocorrerão em **acomodações individuais, conhecidas como apartamento standard/privativo, com direito a acompanhante**.

Parágrafo Único - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Capítulo V
DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. Poderão se inscrever no **PLANO**, nas seguintes categorias:

I. **Titulares**:
- **a)** os empregados da **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** vinculados ao plano de benefícios de natureza previdenciária dos funcionários da entidade;
- **b)** os diretores da **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** vinculados ao plano de benefícios de natureza previdenciária dos funcionários da entidade;

II. **Dependentes Diretos**:
- **a)** o cônjuge;
- **b)** o(a) companheiro(a), assim considerado quando houver união estável, caracterizada nos termos do Código Civil Brasileiro, configurada **quando haja convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, sem eventual concorrência com o cônjuge;**
- **c)** o(a) filho(a) e o(a) enteado(a) **com idade inferior 21 (vinte e um) anos; ou com idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos, se estudante universitário;**
- **d)** o menor que, **por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada**.

III. **Dependente Especial**:
- **a)** o(a) filho(a), o(a) enteado(a), o tutelado e o menor sob guarda, **quando perderem a condição de dependentes diretos.**

Seção I
Da Inscrição

Art. 7º. A inscrição do titular dar-se-á mediante preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

§1º. A inscrição dos dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§2º. A inscrição dos dependentes dar-se-á igualmente mediante preenchimento de Termo de Adesão, pelo titular, ao qual deverão ser anexados os documentos comprobatórios da relação de parentesco, com as respectivas declarações de estado civil dos dependentes.

§3º. O dependente direto, que perder as condições de inscrição nessa categoria, deverá requerer à FUNDAÇÃO LIBERTA, por escrito, a sua inscrição na categoria de dependente especial, caso seja elegível nessa categoria.

§4º. No caso em que o beneficiário titular solicitar a inscrição ou permanência de ex-cônjuge por decisão judicial, é facultado inscrevê-lo na condição de dependente especial.

Art. 8º. Aos dependentes do beneficiário titular falecido será assegurado o direito de continuar usufruindo dos benefícios assistenciais ofertados pelo **PLANO,** enquanto permanecerem vinculados ao plano de benefícios de natureza previdenciária da **FUNDAÇÃO LIBERTAS, desde que a solicitação da inscrição seja feita pelo responsável pelo grupo de dependentes, se juridicamente capaz, ou por quem tiver a guarda, no caso do titular da pensão ser menor**.

Parágrafo Único – O responsável pelo grupo de Dependentes será comunicado pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS** quanto à manutenção dos Dependentes no PLANO, após o falecimento do Titular, e **deverá expressamente manifestar a sua eventual discordância quanto à manutenção processada nas condições deste artigo.**

Art. 9º. É assegurada a inclusão:

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

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

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

Seção II
Da Suspensão ou Cancelamento da Inscrição

Art. 10. Perderá o direito aos benefícios ofertados pelo PLANO:

I. Titular:
a) pelo cancelamento de sua inscrição;
b) pelo seu falecimento;
c) por inadimplência, nos termos previstos neste Regulamento;

ANS nº 37821-6

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

d) pelo desligamento com a FUNDAÇÃO LIBERTAS, exceto se permanecer vinculado ao plano de benefícios de natureza previdenciária da entidade e optar pela manutenção no PLANO, nos termos dispostos neste Regulamento;
e) pela perda do vínculo empregatício com a FUNDAÇÃO LIBERTAS, exceto se requerer a sua manutenção no PLANO nos termos e prazos descritos.

II. Dependente Direto:
a) pelo cancelamento da inscrição do beneficiário titular ao qual esteja vinculado;
b) pelo seu falecimento;
c) no caso do cônjuge, pelo abandono do lar sem justo motivo, desde que reconhecida a hipótese por autoridade judiciária;
d) a pedido do beneficiário titular, desde que a manutenção de sua inscrição não seja obrigatória por determinação de decisão judicial.

III. Dependentes Especiais:
a) pelo falecimento ou cancelamento de inscrição do titular ao qual esteja vinculado;
b) pelo cancelamento de sua inscrição por solicitação do beneficiário titular;
c) pelo seu falecimento.

§1º - Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares do PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

§2º - Em caso de óbito do Titular demitido ou aposentado, é garantido ao grupo familiar inscrito o direito de manutenção no PLANO, nos termos e prazos dispostos no presente Regulamento.

Art. 11. Poderá o beneficiário titular ter sua inscrição suspensa ou cancelada quando descumprir qualquer regra estabelecida neste Regulamento, fraudar ou tentar fraudar o PLANO, atuando por qualquer meio ou forma contra os seus interesses, ou utilizando-se de processos dolosos.

Parágrafo Único - A suspensão ou cancelamento da inscrição do beneficiário titular implicará na automática suspensão ou cancelamento da inscrição dos seus dependentes.

Art. 12. Em caso da prática de qualquer ato de fraude ou que cause prejuízo para o PLANO, competirá ao Conselho de Curadores a análise de cada caso, podendo o infrator ser penalizado com:

I. 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, acrescida de multa, variável de 50% (cinquenta por cento) a 100% (cem por

cento) do valor, em função da gravidade do ato praticado, e atualização monetária;

III. suspensão do direito aos benefícios do PLANO, pelo cancelamento temporário, por um período não inferior a 6 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, quando se caracterizar a prática de fraude, sob qualquer forma;

IV. cumprimento das carências e da cobertura parcial temporária na reinscrição;

V. exclusão, pelo cancelamento definitivo da inscrição, não se admitindo nova adesão futura.

Parágrafo Único - As penalidades recomendadas pela Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO LIBERTAS serão submetidas ao Conselho de Curadores que poderá referendá-las ou, segundo a avaliação do caso, alterar o enquadramento do ato, para impor outro tipo de penalidade.

Art. 13. O titular que deixar de recolher as contribuições a que se obrigou na data exigível, pelo prazo de 30 (trinta) dias consecutivos, terá a fruição dos serviços suspensa e, caso não regularize seus débitos pelos próximos 30 (trinta) dias subsequentes após a suspensão, acumulando, assim, 60 (sessenta) dias de inadimplência, terá a sua inscrição cancelada, sem prejuízo da cobrança do valor total devido, acrescido de multa e juros legais.

§ 1º. A FUNDAÇÃO LIBERTAS notificará previamente o titular inadimplente, no 30º (trigésimo) dia de atraso, anteriormente à suspensão, bem como no 60º (sexagésimo) dia de atraso, anteriormente ao cancelamento da inscrição, caso perdure a inadimplência.

§ 2º. A exclusão em razão de inadimplência, ainda que requerida pelo próprio Titular, não o isento do pagamento dos valores em atraso e não extingue eventuais débitos constituídos com o PLANO, os quais serão cobrados pela FUNDAÇÃO LIBERTAS utilizando-se dos meios legais cabíveis.

Art. 14 - O Beneficiário que tiver a sua inscrição cancelada, por quaisquer das causas previstas neste instrumento, ressalvadas as hipóteses de fraude ou de inadimplência, que possuem regras específicas neste Regulamento, poderá ser readmitido no PLANO, por uma única vez, após manifestação expressa de sua vontade.

§ 1º. Durante o período de cancelamento, não serão reconhecidos quaisquer direitos decorrentes deste instrumento, ao Beneficiário excluído, bem como ao seu grupo de dependentes, conforme for o caso.

§ 2º. Por ocasião da readmissão no PLANO, deverão ser cumpridos todos os períodos de carência previstos neste instrumento, à exceção de quando a readmissão ocorrer no prazo inferior a 30 (trinta) dias da data do cancelamento, hipótese em que o Beneficiário excluído, e seu grupo de dependentes, aproveitam os períodos de carência já cumpridos.

Diretor Presidente
Fundação Libertas

Seção III
Das Condições de Permanência no Plano para o Beneficiário Demitido

Art. 15. O beneficiário titular demitido, sem justa causa, que se mantiver vinculado ao plano de benefícios de natureza previdenciária da **FUNDAÇÃO LIBERTA** e que **manifeste interesse em se manter no PLANO, em até 30 (trinta) dias da data de afastamento da entidade**, poderá manter-se na qualidade de beneficiário titular, nos termos dispostos neste Regulamento, **por prazo indeterminado, mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da FUNDAÇÃO LIBERTAS.**

Art. 16. O beneficiário titular demitido, sem justa causa, e que optar por não permanecer vinculado ao plano de benefícios de natureza previdenciária da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, terá assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da FUNDAÇÃO LIBERTAS.**

§ 1º. O período de manutenção da condição de beneficiário titular mantido será de um 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o PLANO, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º. Os direitos assegurados neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 3º. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular mantido em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à **FUNDAÇÃO LIBERTAS** sob pena de cometimento de fraude e de sujeição às respectivas sanções regulamentares. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir, também nas seguintes hipóteses:

I. Decurso dos prazos de manutenção previstos neste artigo;
II. Cancelamento pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

§ 4º. O direito de permanência no **PLANO**, de que trata este artigo, dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após o seu desligamento, a contar da comunicação da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

§ 5º. O beneficiário titular que não contribuir (participar financeiramente) para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à garantia de manutenção da inscrição tratada neste Regulamento.

§6º. Para fins de concessão do direito tratado neste artigo, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo

empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos dependentes e dependentes especiais.

Seção IV
Das Condições de Permanência no Plano para o Beneficiário Aposentado

Art. 17. O aposentado pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** em gozo de benefício no plano de benefícios de natureza previdenciária da entidade, poderá manter-se no **PLANO** na qualidade de beneficiário titular, nos termos dispostos neste Regulamento, por prazo indeterminado, mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da **FUNDAÇÃO LIBERTAS.**

Art. 18. O aposentado que contribuiu para o **PLANO,** em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, e que optar por não permanecer vinculado ao plano de benefícios de natureza previdenciária da **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** terá assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

§ 1º. Ao aposentado que contribuiu para o **PLANO**, por período inferior a 10 (dez) anos, **é assegurado o direito de manutenção como beneficiário titular, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.**

§ 2º. Os direitos assegurados neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 3º. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular mantido em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à **FUNDAÇÃO LIBERTAS** sob pena de cometimento de fraude e de sujeição às respectivas sanções regulamentares. O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir, também nas seguintes hipóteses:

I. Decurso dos prazos de manutenção previstos neste artigo;
II. Cancelamento pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

§ 4º. O direito de permanência no **PLANO**, de que trata esse artigo, dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** formalizada no ato da rescisão contratual.

§5º. Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

§ 6º. Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **FUNDAÇÃO LIBERTAS,** antes do exercício do direito previsto nesta Seção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras**.

§ 7º. O beneficiário titular que não contribuir (participar financeiramente) para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à garantia de manutenção da inscrição tratada neste Regulamento.

§ 8º. Para fins de concessão do direito tratado neste artigo, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos dependentes e dependentes especiais.

Seção V
Das Disposições Comuns às Condições de Permanência

Art. 19. O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nas Seções III e IV deste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

Parágrafo Único - O direito garantido nas Seções III e IV deste Capítulo será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **FUNDAÇÃO LIBERTAS, desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

Art. 20. A manutenção da condição de beneficiário prevista nas Seções III e IV deste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também ao seu grupo familiar **inscrito quando da vigência do contrato de trabalho**, a critério do próprio titular.

§1º - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§2º - Em caso de óbito do demitido ou aposentado, é garantida a permanência no PLANO dos dependentes inscritos na vigência do contrato de trabalho, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalize expressamente junto a **FUNDAÇÃO LIBERTAS** sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena e exclusão do plano.

§3º - À exceção da hipótese tratada no parágrafo antecedente, a retirada do beneficiário titular mantido do **PLANO** implica no automático cancelamento da inscrição dos seus dependentes e dependentes especiais.

§4º - É assegurado ao ex-empregado demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a

portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras.

§5º - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

Capítulo VI
DOS BENEFÍCIOS

Art. 21. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I
Da Cobertura Ambulatorial

Art. 22. 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 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,** vigente à época do evento 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. 08 (oito) consultas / sessões com fonoaudiólogo, por mês, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente, devendo ser observados, ainda, os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, para a concessão da cobertura prevista neste item;

V. 06 (seis) consultas / sessões com nutricionista, **por ano de adesão do beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente**, limite que poderá ser aumentado para 12 (doze) ou para 18 (dezoito) consultas / sessões, nas mesmas condições destacadas acima, **exclusivamente quando preenchidos os**

ANS nº 37821-6

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;

VI. 40 (quarenta) consultas / sessões com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, **por ano de adesão do beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e 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. 08 (oito) consultas / sessões com terapeuta ocupacional, por mês, não cumulativas, **desde que solicitadas pelo médico assistente**, devendo ser observados, ainda, os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, para a concessão da cobertura prevista neste item,

VIII. 12 (doze) consultas / sessões de psicoterapia, **por ano de adesão do beneficiário, não cumulativas,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme diretrizes estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento,

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

X. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

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

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

XV. Hemoterapia ambulatorial;

XVI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um)

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II
Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 23. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

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

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

III. Atendimento por outros profissionais de saúde no 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. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VI. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, salvo contra indicação do acompanhante pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

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

a) 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;

b) 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 a critério da FUNDAÇÃO LIBERTAS**;

c) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

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

IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária a 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;

a. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras;
b. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
c. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

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

a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) 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.

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

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

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

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

a) despesas assistenciais com doadores vivos,
b) medicamentos utilizados durante a internação;
c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **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.
e) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
f) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
g) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

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

XV. Alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e **limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra-indicação do acompanhante pelo 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**;

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

Art. 24. 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;

IV. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

V. O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, **por ano de adesão do beneficiário, não cumulativos, contínuos ou não.**

Art. 25. O presente Regulamento garante, ainda:

I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 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 anestesiologista, caso haja indicação clínica;

III. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

IV. 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
Dos Atendimentos de Urgência e de Emergência

Art. 26. Considera-se:

I. atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

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

I. para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao PLANO;

II. **depois de cumpridas as carências 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 dos períodos 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 cumpridas as carências para internação,** 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 para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

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

Seção IV
Da Remoção

Art. 28. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do PLANO e conforme regras previstas nessa Seção.

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

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

Edevaldo Reinaldes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

§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. 29. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I. **quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a FUNDAÇÃO LIBERTAS, desse ônus;**

II. **caberá à FUNDAÇÃO LIBERTAS 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 FUNDAÇÃO LIBERTAS deverá disponibilizar 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 FUNDAÇÃO LIBERTAS estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

Seção V
Do Reembolso

Art. 30. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, quando o beneficiário for atendido fora da rede credenciada do PLANO, em função de:

I. **atendimentos prestados dentro do território nacional, nos casos de urgência ou de emergência;**
II. **atendimentos eletivos prestados dentro da área de abrangência geográfica do PLANO.**

Art. 31. O reembolso se dará conforme cobertura especificada neste Regulamento e de acordo com os valores previstos na Tabela de Referência utilizada pela FUNDAÇÃO LIBERTAS vigente à data do evento.

§1º Entende-se por Tabela de Referência, para fins do disposto neste Regulamento, a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela FUNDAÇÃO LIBERTAS no pagamento à rede credenciada.

§2º Serão descontados do reembolso eventuais valores de coparticipação previstos neste Regulamento.

Jacinto Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

§3º A diferença entre o valor da despesa e o valor do reembolso é de exclusiva responsabilidade do beneficiário titular.

§4º Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

§5º Os reembolsos somente serão processados após o recebimento, pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, de toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

§6º O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos comprovantes.

§7º Os recibos dos procedimentos pagos pelo beneficiário deverão ser emitidos em seu nome.

Art. 32. O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da FUNDAÇÃO LIBERTAS, até o prazo de 12 (doze) meses, após a realização do procedimento, acompanhado da documentação comprobatória original, datada, que deverá obedecer aos seguintes requisitos:

I. **se pessoa física: ser emitida pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda;**

II. **se pessoa jurídica: ser emitida através de nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.**

§ 1º Em ambos os casos, deverão ser discriminados os procedimento ou atendimentos contendo o CID, se for o caso, número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste o beneficiário, expressão numérica e por extenso do valor do procedimento, data e assinatura do profissional.

§ 2º Nas contas hospitalares, deverão ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, materiais, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários.

§ 3º A Tabela de Referência da FUNDAÇÃO LIBERTAS está registrada no cartório do 2º ofício de registro de Títulos e Documentos de Belo Horizonte, sob o nº 1097252, estando também disponível na sede da FUNDAÇÃO LIBERTAS e no site (www.fundacaolibertas.com.br). Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§ 4º As dúvidas relativas à tabela de serviços poderão ser esclarecidas por meio do telefone 31-2111.3681

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

Capítulo VII
DAS EXCLUSÕES

Art. 33. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, 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 instrumento, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento e os provenientes de:

I. **Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FUNDAÇÃO LIBERTAS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**

II. **Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;**

III. **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);**

IV. **Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**

V. **Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**

VI. **Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**

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

VIII. **Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor 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;**

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

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 em vigor na data do evento para a segmentação odontológica;

XI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

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

XIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

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

XX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento;

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

XXII. Aparelhos ortopédicos;

XXIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área

Edevaldo Pereira da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

geográfica de abrangência do plano, à exceção dos atendimentos de urgência e emergência que poderão ser realizados em todo o território nacional e reembolsados nos termos e condições previstos neste Regulamento;

XXV. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;

XXVI. 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;

XXVII. 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;

XXVIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXIX. Avaliação pedagógica;

XXX. Orientações vocacionais;

XXXI. Psicoterapia com objetivos profissionais;

XXXII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXIV. Cirurgia para mudança de sexo;

XXXV. Remoção domiciliar.

XXXVI. Exames médicos admissionais, periódicos, e retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Capítulo VIII
DAS CARÊNCIAS

Art. 34. As coberturas previstas neste Regulamento serão ofertadas aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das seguintes carências, 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 de urgência e emergência, observado o disposto neste Regulamento;

II. 30 (trinta) dias para consultas e exames complementares;

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libanesa

III. **180 (cento e oitenta) dias para internações;**

IV. **180 (cento e oitenta) dias para as demais coberturas, inclusive quimioterapia e radioterapia, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;**

V. **300 (trezentos) dias para partos a termo.**

§1º Os prazos de carência previstos neste artigo serão também observados na reinscrição de titulares e de seus dependentes e começam a ser computados da data da adesão do beneficiário ao PLANO.

§2º É isento do cumprimento dos períodos de carência:

a) o Titular e seus Dependentes cujas inscrições no **PLANO** ocorram no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de vinculação do Titular à **FUNDAÇÃO LIBERTAS**;
b) o Dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o **PLANO**.

§3º Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data de nascimento ou de adoção para a inscrição de filho recém-nascido, a data de casamento para a inscrição de cônjuge etc.

§4º Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos beneficiários.

Capítulo IX
DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 35. Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 36. No momento da adesão ao presente instrumento, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do PLANO, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a carta de orientação ao beneficiário.

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

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

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

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

§5º É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, com vistas à sua admissão no **PLANO**.

Art. 37. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a FUNDAÇÃO LIBERTAS 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 preexistentes.

§2º A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

§3º As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela FUNDAÇÃO LIBERTAS 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 FUNDAÇÃO LIBERTAS 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 FUNDAÇÃO LIBERTAS, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 38. Exercendo prerrogativa legal, a FUNDAÇÃO LIBERTAS não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 39. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao PLANO, a FUNDAÇÃO LIBERTAS deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo

Diretor Presidente
Fundação Libertas

administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

§1º Instaurado o processo administrativo na ANS, à **FUNDAÇÃO LIBERTAS** caberá o ônus da prova.

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

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

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

§5º Após julgamento, e acolhida a alegação da FUNDAÇÃO LIBERTAS, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, 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.

Art. 40. O presente Capítulo não vigorará:

I. o Titular e seus Dependentes cujas inscrições no **PLANO** ocorram no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de vinculação do Titular à **FUNDAÇÃO LIBERTAS**;

II. o Dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o **PLANO**.

Parágrafo Único Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data de nascimento ou de adoção para a inscrição de filho recém-nascido, a data de casamento para a inscrição de cônjuge etc.

Capítulo X
DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Seção I
Da Prestação dos Serviços

Art. 41. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** prestará seus serviços por meio dos seguintes sistemas:

I. **Escolha dirigida**: que compreende o atendimento prestado aos beneficiários do **PLANO** por meio de rede credenciada;

II. **Livre escolha**: que compreende o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, **relativas a atendimentos eletivos efetuados nos limites da área de abrangência geográfica do PLANO,** nos valores especificados na Tabela de Referência da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, em vigor na data do atendimento, obedecidas as demais regras regulamentares.

§1º Será entregue, aos beneficiários, catálogo próprio informando a relação dos profissionais médicos e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do **PLANO.** As atualizações do catálogo constarão do *site* da **FUNDAÇÃO LIBERTAS.**

§2º Os profissionais ou entidades credenciados, prestadores de serviços médico-hospitalares e de diagnóstico serão pagos diretamente pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

§3º A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§4º A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** 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.

§5º É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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.

§6º Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo **médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a FUNDAÇÃO LIBERTAS providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.**

§7º No caso de redução de entidade hospitalar, é necessário autorização prévia da ANS.

Seção II
Dos Mecanismos de Regulação

Art. 42. A FUNDAÇÃO LIBERTAS poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar perícias médicas de quaisquer tratamentos autorizados, com vistas a comprovar sua necessidade, realização e eficácia.

Art. 43. Dependerão de autorização prévia da FUNDAÇÃO LIBERTAS:

I. **Todos os procedimentos indicados na Tabela de Referência da FUNDAÇÃO LIBERTAS;**

Edevaldo [illegible] da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

II. **As internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas;**

III. **Os tratamentos, assim definidos na Tabela de Referência da FUNDAÇÃO LIBERTAS, tais como, tratamentos dermatológicos, fisioterápicos etc.**

§1º O limite de valor apontado neste Regulamento, para fins de requerimento de autorização prévia, poderá ser majorado de acordo com a variação dos custos dos serviços de saúde.

§2º Fica ressalvado o direito da FUNDAÇÃO LIBERTAS arguir o credenciado, caso os exames complementares de diagnóstico, realizados ou solicitados, não estejam dentro de um padrão normal de ocorrência.

§3º Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **FUNDAÇÃO LIBERTAS** garantirá, ao Beneficiário, avaliação pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento do recebimento de sua solicitação.

Art. 44. No caso de exames complementares de diagnóstico, as guias de atendimento deverão ser emitidas por profissional devidamente habilitado, observados os critérios formais e materiais exigidos e adotados pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS.**

§1º As guias de atendimento somente serão consideradas, para efeito de pagamento, se efetuadas e relacionadas conforme critérios formais e materiais exigidos e adotados pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, devidamente preenchidos e assinados pelo beneficiário e pelo credenciado, observando a regulamentação da ANS em vigor à época.

§2º No caso do beneficiário ser menor de idade ou legalmente incapaz, as guias de atendimento a que se refere o caput do artigo deverão ser assinadas por seu titular ou responsável legal, observando a regulamentação da ANS em vigor à época.

Art. 45. Nos casos de internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, o beneficiário deverá encaminhar à FUNDAÇÃO LIBERTAS os documentos necessários para atestar a necessidade da realização do procedimento, conforme critérios formais e materiais exigidos e adotados, podendo a FUNDAÇÃO LIBERTAS, a seu critério, solicitar o comparecimento do paciente para submeter-se à perícia médica.

Parágrafo Único - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização, devendo a documentação, nestes casos, ser apresentada *a posteriori*, no prazo de 03 (três) dias úteis para a competente autorização.

Art. 46. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico da FUNDAÇÃO LIBERTAS e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da FUNDAÇÃO LIBERTAS. Caso o beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do Beneficiário.

Art. 47. As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

Parágrafo Único - Após o vencimento, essas autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas.

Art. 48. A FUNDAÇÃO LIBERTAS não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento, bem como pelo atendimento a pessoas não integrantes do PLANO.

Art. 49. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, independentemente de pertencer à rede credenciada da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Seção III
Da Coparticipação

Art. 50. Na utilização, pelos Beneficiários inscritos, dos procedimentos abaixo relacionados, serão devidos os seguintes valores de coparticipação:

I. **Consultas e exames complementares:** coparticipação de 30% (trinta por cento) nas consultas e nos exames cujo valor máximo é limitado a um teto de R$ 96,17 (noventa e seis reais e dezessete centavos);
II. **Sessões de psicoterapia, fonoaudiologia , terapia ocupacional e consulta com nutricionista:** coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor das despesas;
III. **Sessões de fisioterapia :** 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 40 (quarenta) sessões para os eventos agudos e 60 (sessenta) sessões para os quadros crônicos, contínuas ou não, por ano em curso, não cumulativas.
IV. **Internação psiquiátrica:** 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.
V. Hospital-dia psiquiátrico: 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassadas 8 (oito) semanas anuais, contínuos ou não, não cumulativos, de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, ou 180 (cento e oitenta) dias de Hospital-dia, por ano em curso, contínuos ou não, não cumulativos, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID."

§ 1º A coparticipação incide sobre a utilização do PLANO por qualquer Beneficiário, seja ele titular, ou dependente.

§ 2º O beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do **PLANO**, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação

Seção IV
Da Carteira de Identificação

Art. 51. Os beneficiários deverão identificar-se através da apresentação de carteira de identificação, emitida pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, acompanhada de documento oficial de identidade.

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

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

§3º O beneficiário 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, acrescido de juros, encargos e multa de 50% (cinquenta por cento) do valor do atendimento.

§4º Na hipótese de reincidência do previsto no parágrafo precedente, o grupo familiar do titular será excluído do PLANO, além de sujeitar-se às mesmas penalidades.

§5º Será cobrada taxa de expediente na emissão de 2ª via da carteira de identificação, à exceção dos casos de comprovado roubo ou furto.

Capítulo XI
DO CUSTEIO

Seção I
Da Formação do Preço

Art. 52. O **PLANO** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Seção II
Das Fontes de Receita

Art. 53. O PLANO será custeado pela reserva constituída especificamente com essa finalidade, constituída pelas seguintes fontes de receita:

I. **Contribuições mensais recolhidas pela FUNDAÇÃO LIBERTAS de seus empregados e diretores, bem como dos respectivos dependentes diretos e especiais, conforme valores fixados na Tabela anexa ao Regulamento, que indicam os valores aplicáveis aos beneficiários titulares e dependentes e aos beneficiários dependentes especiais;**
II. **Valores de coparticipação eventualmente devidos pelos beneficiários;**
III. **Receitas provenientes do Fundo Assistencial, conforme estabelecido pelo Conselho de Curadores da FUNDAÇÃO LIBERTAS;**

IV. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias.

Art. 54. Os valores de contribuições mensais foram fixados em função da idade do beneficiário inscrito e faixas etárias em que se enquadrarem, conforme valores e percentuais de variação previstos no Plano de Custeio Anexo ao presente Regulamento.

§ 1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições: (i) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 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.

§ 2º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto no presente Regulamento.

Art. 55. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 56. As contribuições referidas neste Regulamento, assim como os valores de coparticipação previstos neste instrumento, serão recolhidos aos cofres da FUNDAÇÃO LIBERTAS, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao que corresponderem, mediante autorização do titular, e descontados:

I. **na folha de pagamento da FUNDAÇÃO LIBERTAS, se titular ativo;**
II. **através de boleto bancário, se titular em manutenção de inscrição e demitido sem justa causa; e**
III. **através da folha de benefícios da FUNDAÇÃO LIBERTAS, se titular assistido.**

§ 1º - A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** custeará parte da contribuição mensal de seus empregados, diretores e respectivos dependentes diretos, conforme percentual previsto no Plano de Custeio a ser fixado pela Diretoria Executiva incidente sobre a Tabela anexa a este Regulamento.

§ 2º - Em caso de inobservância do prazo estabelecido neste artigo, por parte dos beneficiários responsáveis pelo pagamento, as contribuições ficarão sujeitas a juros de 1/30% (um trinta avos por cento) por dia de atraso nos recolhimentos devidos, além da multa de 2,0% (dois por cento), sobre os valores já atualizados pelo IPCA.

§ 3º - Nos casos que, por qualquer motivo, inclusive afastamento por licença médica, não tenham sido descontados em folha os valores devidos à **FUNDAÇÃO LIBERTAS** relativos ao **PLANO**, ficará o beneficiário titular obrigado a recolhê-los no prazo previsto no caput deste artigo, ficando sujeito ainda às penalidades de mora aqui previstas.

Edevaldo Fernandes da Silva
Diretor Presidente
Fundação Libertas

Seção III
Dos Reajustes

Art. 57. Os valores de contribuição definidos na Tabela prevista no Anexo serão reajustados, anualmente, com base na variação positiva acumulada do INPC – Índice Geral de Preços ao Consumidor, calculado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, tendo como data base o mês de dezembro.

§1º Além do reajuste financeiro previsto no *caput* deste artigo, os valores de contribuição definidos na Tabela prevista no Anexo, poderão ser alterados sempre que houver indícios de desequilíbrio do PLANO, no momento do reajuste financeiro anual.

§2º Tais alterações serão fundamentadas em estudos técnicos, sempre buscando o equilíbrio do plano de custeio.

§3º. Caracterizam indícios de desequilíbrio econômico-financeiro do PLANO, dentre outros fatores não expressos no presente item:

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

Art. 58. Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste no momento do reajuste financeiro previsto nesta Seção, entendendo esta como data base única.

Parágrafo Único - Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS.

Art. 59. O PLANO será administrado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, que elaborará as normas de funcionamento e credenciamento dos prestadores de serviço, dentre outras estipulações, como cobranças, multas, recebimentos e ações pertinentes, mediante a utilização de uma parcela das receitas vertidas para o PLANO, cujo valor será anualmente estabelecido no orçamento da FUNDAÇÃO LIBERTAS e devidamente aprovado pelo Conselho Deliberativo da Entidade."

Art. 60. A FUNDAÇÃO LIBERTAS se compromete, nos termos da legislação vigente, a manter toda a movimentação do PLANO contabilizada em separado dos demais planos por ela mantidos ou administrados.

Art. 61. Sem prejuízo da atuação dos órgãos institucionais da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, as atividades relacionadas a este **PLANO** serão supervisionadas por um Conselho de Curadores composto pelos seguintes membros:

I. Diretor de Seguridade Social da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**;
II. Gerente Assistencial Integrado da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**;
III. 03 (três) membros titulares e 03 (três) membros suplentes, designados pelo Presidente da Diretoria Executiva, dentre os empregados ativos e os assistidos, vinculados ao plano de benefícios de natureza previdenciária da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** que manifestarem interesse em compor o Conselho.

§ 1º. O Diretor de Seguridade e o Gerente Assistencial Integrado da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** participarão do Conselho de Curadores durante o período em que estiverem no exercício dos respectivos cargos e, em sua ausência, serão representados pelos seus substitutos.

§ 2º. O Conselho de Curadores será presidido pelo Diretor de Seguridade Social da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** que, além de voto comum, terá direito ao voto de qualidade nas decisões em que se registrar empate.

§ 3º. O Conselho de Curadores se reunirá ordinariamente, com um mínimo de 03 (três) conselheiros a cada 02 (dois) meses, em dia previamente determinado pelo seu Presidente, ao qual competirá convocar reuniões extraordinárias, quando julgar necessário e se solicitado.

§ 4º. Os empregados que compuserem o Conselho de Curadores, indicados nos termos deste Regulamento, terão mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos através de novas indicações feitas dentro do disposto neste instrumento.

Art. 62. São atribuições do Conselho de Curadores:

I. acompanhar e avaliar permanentemente o desempenho do **PLANO**;
II. propor e sugerir mudanças e melhorias necessárias ao bom desempenho do **PLANO**;
III. examinar, ao final de cada semestre, os demonstrativos elaborados pela área de planejamento da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** e/ou pelo atuário responsável, avaliando os benefícios concedidos e o fiel cumprimento do Regulamento;
IV. sugerir à Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** as alterações no Regulamento que julgar necessárias ao melhor desempenho dos serviços prestados pelo **PLANO**, inclusive quando da necessidade de revisão das coberturas e das taxas de contribuição para o seu custeio, observada a regulamentação em vigor;
V. examinar e emitir parecer anual sobre a Prestação de Contas do **PLANO**, após Parecer da Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**;
VI. deliberar sobre os recursos impetrados pelos beneficiários do **PLANO**, conforme os direitos assegurados neste Regulamento;
VII. analisar e julgar os casos de suspensão ou exclusão dos beneficiários do **PLANO**;
VIII. examinar e resolver os casos omissos no Regulamento e nas resoluções que o disciplina.

Capítulo XII
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 63. Deverão ser observadas as Diretrizes de Utilização e as Diretrizes Clínicas necessárias para a concessão da cobertura obrigatória descrita neste Regulamento, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Art. 64. A utilização indevida das coberturas previstas neste Regulamento, mediante o cometimento de ato ilícito, bem como a realização de serviços não cobertos, implicam em dever do beneficiário, ou seu responsável legal, em arcar com o respectivo custo do procedimento, em seu valor integral.

Art. 65. Qualquer tolerância da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** na execução das normas regulamentares, não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 66. Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do **PLANO**.

Art. 67. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, ficando sujeito à aprovação do Conselho de Curadores do **PLANO** inclusive quanto às alterações posteriores, e entrará em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Art. 68. Fica eleito o foro do domicílio do local de sede da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2018.

CLÁUDIA FERREIRA V. M. DA CUNHA BALULA
Diretora de Seguridade Social

EDEVALDO FERNANDES DA SILVA
Diretor Presidente

EUGÊNIA BOSSI FRAGA
Diretora Administrativa Financeira

@fundacaolibertas

@fundacaolibertas

fundacao-libertas

Fundação Libertas

fundacaolibertas.com.br