

REGULAMENTO DO PLANO PRODEMGE FAMÍLIA

CAPÍTULO I DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Art. 1º. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL**, nome fantasia **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 37.821-6, e 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 30.170-000, na cidade de Belo Horizonte/MG, doravante denominada **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, é a instituição que administrará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º. A **PRODEMGE – COMPANHIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**, inscrita no CNPJ sob o nº 16.636.540/0001-04, estabelecida na Rua da Bahia, 2277 - Lourdes, CEP. 30160-012, na cidade de Belo Horizonte/MG, doravante denominada **PATROCINADORA**, participará do custeio do **PLANO**, na forma estabelecida neste Regulamento.

Parágrafo único. A formalização da condição da **PATROCINADORA** será efetivada por meio de Convênio de Adesão, através do qual as partes pactuarão direitos e obrigações recíprocos para a administração e execução do **PLANO**, conforme determina legislação vigente publicada pela ANS.

Art. 3º. O **PLANO** de que trata este Regulamento destina-se aos Titulares regularmente inscritos, bem como aos seus respectivos Dependentes Diretos e Dependentes Especiais, nos termos deste instrumento.

CAPÍTULO II

DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 4º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **PRODEMGE FAMÍLIA** e está registrado na ANS sob o nº **505.037/25-5**, possuindo 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;
- V. Padrão de Acomodação em Internação:** Coletivo;
- VI. Formação do Preço:** Pré-estabelecido;
- VII. Mecanismo de Regulação:** Atenção Primária com Porta de Entrada obrigatória e direcionamento, nos termos dispostos neste Regulamento.
- VIII. Fator moderador:** Coparticipação;

§1º. O **PLANO**, objeto do presente Regulamento, é baseado no modelo de Atenção Primária à Saúde, vinculando o Beneficiário à equipe multiprofissional da Clínica de Atenção Primária à Saúde da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** – como porta de entrada obrigatória para acesso à rede secundária de especialistas, além de direcionamento, conforme definido e delimitado neste Regulamento.

§2º. Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo VI – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III desse Capítulo.

CAPÍTULO III

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - 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 IV

DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 6º. As internações hospitalares ocorrerão em acomodações coletivas, conhecida como enfermaria.

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. 7º. O **PLANO** se compõe das seguintes categorias de Beneficiários:

I. Titulares:

- a) os empregados e diretores da **PATROCINADORA**, bem como seus empregados cedidos sem ônus e em licença sem vencimentos;
- b) os aposentados e demitidos sem justa causa que manifestarem interesse em se manter no **PLANO**, após a perda do vínculo empregatício com a **PATROCINADORA**, respeitadas as demais condições previstas neste instrumento sobre a manutenção desses Titulares no **PLANO**.

II. Dependentes Diretos:

- a) o cônjuge;
- b) o(a) companheiro(a), assim considerado(a) quando houver união estável, **caracterizada, nos termos do Código Civil Brasileiro, quando haja convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família;**
- c) Os filhos naturais, adotivo e enteados, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade;
- d) os filhos naturais, adotivo e enteados, entre 21 (vinte e um) e a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

III. Dependentes Especiais:

- a) o(a) filho(a), o(a) enteado(a), o(a) tutelado(a), o(a) curatelado(a) e o menor sob guarda, quando perderem a condição de Dependentes Diretos, até 38 (trinta e oito) anos;**
- b) o(a) sobrinho(a) até 38 (trinta e oito) anos de idade;**
- c) o(a) neto(a) até 38 (trinta e oito) anos de idade.**

Parágrafo único. Para inclusão de enteado como seu Dependente, o Titular deverá apresentar a sua Certidão de Casamento ou Declaração de união estável e a certidão de nascimento do enteado, e comprovar a sua dependência econômica, mediante apresentação da última declaração de Imposto de Renda encaminhada à Receita Federal.

Seção I

DA INSCRIÇÃO

Art. 8º. A inscrição do Titular dar-se-á mediante preenchimento do Termo de Adesão (Ficha de Inscrição), no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

§1º. A adesão dos Dependentes e dos Dependentes Especiais fica condicionada à participação do Titular.

§2º. A inscrição dos Dependentes e dos Dependentes Especiais 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 Titular será comunicado, pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, quanto à perda da condição de inscrição de seus Dependentes Diretos e quanto à alteração da

categoria, para Dependente Especial, quando deverá requerer à FUNDAÇÃO LIBERTAS formalmente o cancelamento da inscrição, caso não concorde com a alteração promovida.

Art. 9º. No caso em que o Titular solicitar a inscrição ou permanência de ex-cônjuge por decisão judicial, é facultado inscrevê-lo na condição de Dependente Especial.

Art. 10. É assegurada a inscrição:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, 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 do nascimento ou da adoção;**
- II. Do filho adotivo do Beneficiário, menor de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, **observado o disposto na regulamentação da ANS.**

§1º. A inclusão dos Dependentes mencionados nos incisos deste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no art. 7º do presente Regulamento.

§2º. Ultrapassados os prazos citados neste artigo, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

Art. 10. Aos Dependentes do Titular falecido, será assegurado o direito de continuar usufruindo dos benefícios assistenciais ofertados pelo **PLANO**.

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 e sua assunção como titular.**

Seção II

Das Condições de Permanência no PLANO para o Beneficiário Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa

Art. 11. Ao ex-empregado da **PATROCINADORA** que tiver contribuído para o **PLANO** na vigência do seu contrato de trabalho com a **PATROCINADORA**, é assegurado, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário neste **PLANO**, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, **desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da PATROCINADORA.**

Parágrafo único: O direito de manutenção no PLANO deixará de existir nas seguintes hipóteses:

I - 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.

II - Cancelamento pela PATROCINADORA do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

Seção III

Das Condições de Permanência no PLANO para o Beneficiário Aposentado

Art. 12. O ex-empregado aposentado poderá manter-se no PLANO na qualidade de Titular aposentado, nos termos e prazos descritos 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 mensalidade, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade da PATROCINADORA.

§2º. O aposentado deve optar pela manutenção no PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da PATROCINADORA quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da aposentadoria.

§3º. Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na PATROCINADORA, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como Beneficiário na condição de aposentado.

§4º. Em caso de óbito do empregado aposentado, é garantida a permanência no PLANO dos Dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à FUNDAÇÃO LIBERTAS sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO.

Parágrafo Único: O direito de manutenção no PLANO deixará de existir quando da admissão do Beneficiário aposentado 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 PATROCINADORA do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

Seção IV

Das Disposições Comuns às condições de Permanência

Art. 13. O PLANO tratado neste Regulamento destina-se à categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nas Seções II e III deste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

§1º. O direito de manutenção do ex-empregado será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **PATROCINADORA**.

Art. 14. A manutenção da condição de beneficiário prevista nas Seções II e III deste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo Titular ou estendida também a 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 ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no **PLANO** dos Dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou exonerado sem justa causa ou o aposentado, **desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à FUNDAÇÃO LIBERTAS sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de 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 Diretos e Dependentes Especiais.

§4º. Os direitos assegurados neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§5º. 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 Diretos e Dependentes Especiais.

§6º. 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, após a perda do vínculo empregatício.

Art. 15. 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 Capítulo;
- II. Cancelamento pela PATROCINADORA do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

Art. 16. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado e aos seus Dependentes vinculados ao **PLANO** o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

Art. 17. 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.

SEÇÃO V**DA SUSPENSÃO OU CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO**

Art. 18. Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I. perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto na Seções II e III, que tratam das Condições de Permanência no PLANO para o Beneficiário Demitido e Aposentado;**
- II. perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- III. por atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e coparticipações), inclusive em função da inscrição dos Dependentes, ressalvados os casos de Beneficiários que efetuam o pagamento da contribuição mensal diretamente à FUNDAÇÃO LIBERTAS, quando a exclusão por inadimplência será realizada diretamente pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, conforme regras previstas na regulamentação da ANS.**

§1º. Também se considera perda das condições exigidas para a manutenção da inscrição no PLANO:

- I. No caso dos Dependentes, o cancelamento da inscrição do Titular;**
- II. No caso dos Dependentes, o cancelamento ocorrido a pedido do Titular;**
- III. No caso do cônjuge, pelo abandono do lar sem justo motivo, desde que reconhecida a hipótese por autoridade judiciária.**

§2º. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO, caberá à PATROCINADORA, obrigatória e expressamente, informar à FUNDAÇÃO LIBERTAS:

- I. Se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;**
- II. Se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se encontra na condição de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;**
- III. Se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO em virtude do vínculo empregatício mantido com a PATROCINADORA;**
- IV. Por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO; e**
- V. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário e recusou ou foi omissa no prazo regular a manter essa condição.**

§3º. 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 arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 19. A FUNDAÇÃO LIBERTAS só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:

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

- II. perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto na Seções II e III, que tratam das Condições de Permanência no PLANO para o Beneficiário Demitido e Aposentado;
- III. perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente;
- IV. quando da solicitação de exclusão encaminhada pelo Titular à FUNDAÇÃO LIBERTAS;
- V. por atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e coparticipações), inclusive em função da inscrição dos Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, observada a regulamentação vigente aplicável, estando os Beneficiários sujeitos à suspensão da cobertura assistencial pelo PLANO a partir do 30º (trigésimo) dia de atraso.

§1º. Durante a suspensão da cobertura assistencial dos Beneficiários em razão da inadimplência, persistirá a obrigação do Beneficiário pelo pagamento das contribuições mensais vincendas, que continuarão sendo cobradas pela FUNDAÇÃO LIBERTAS no período enquanto os Beneficiários permanecerem vinculados ao PLANO.

§2º. A suspensão da cobertura assistencial pela FUNDAÇÃO LIBERTAS ao longo do período de inadimplência do Beneficiário e a exclusão do Beneficiário do PLANO por inadimplência ocorrerão mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

§3º. A notificação por inadimplência será realizada pela FUNDAÇÃO LIBERTAS pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou



pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor e 4) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, nos termos da Resolução Normativa nº 593 da ANS ou outra que vier a substituí-la, não sendo necessária a assinatura do Beneficiário; ou preposto da FUNDAÇÃO LIBERTAS, com comprovante de recebimento assinado pelo Beneficiário.

§4º. Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do respectivo Beneficiário no banco de dados da FUNDAÇÃO LIBERTAS, fornecidas pela PATROCINADORA ou pelo Beneficiário, cabendo a este o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.

§5º. No processo de movimentação cadastral, a FUNDAÇÃO LIBERTAS informará os Beneficiários excluídos por inadimplência no período.

§6º. A condição de Titular, perdida nos termos dos parágrafos antecedentes, poderá ser readquirida, não se reconhecendo a esse ou aos seus Dependentes 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 futuros benefícios, a partir da reinscrição.

§7º. A exclusão em razão de inadimplência, ainda que requerida pelo próprio Titular, não o isenta 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. 20. Em caso de óbito do Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, é garantido ao grupo familiar inscrito o direito de manutenção no PLANO, nos termos e prazos dispostos no presente Regulamento, consoante exigência contida na regulamentação da ANS.

Art. 21. O Titular terá 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 Titular implicará a automática suspensão ou cancelamento da inscrição dos seus Dependentes.

Art. 22. Em caso da prática de qualquer ato de fraude ou que cause prejuízo para o PLANO, o infrator poderá ser penalizado conforme abaixo, considerando a definição da Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO LIBERTAS no caso concreto:

- 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.

Art. 24. O Beneficiário que tiver a sua inscrição cancelada, por quaisquer das causas previstas neste instrumento, exceto o cancelamento por fraude, poderá ser readmitido no PLANO, 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.

CAPÍTULO VI

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 23. 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. 24. A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - a) **Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.**
- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas**

Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

- III. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- IV. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente;**
- V. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, **de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listada 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.
- VII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VIII. 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, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;
 - a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- IX. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- X. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

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

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 25. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I.** Internações hospitalares em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, **solicitadas pelo médico assistente.**
- II.** Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;
- III.** Atendimento por outros profissionais de saúde durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:**
 - a)** O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

- b) **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.**
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente**, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V. Remoção do paciente, **nas hipóteses previstas na regulamentação vigente**;
- VI. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou com deficiência, **salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;
- VII. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento, **observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial**;
- 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 pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da

intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observando as seguintes regras:

1. 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;
 2. 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 ambulatoriais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
 - d) Procedimentos radioterápicos;
 - e) Hemoterapia;
 - f) Nutrição parenteral ou enteral;
 - g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos 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.

- 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, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b)** medicamentos utilizados durante a internação;
 - c)** acompanhamento clínico no 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, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
 - 1.** Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica.
 - 2.** O Beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos 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;
 - 3.** As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes 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;

4. 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, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

XVI. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário, pai ou mãe do recém-nascido.

Art. 26. 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 sempre que houver indicação do médico assistente;
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- 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;**

- a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- IV. O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, contínuos ou não, havendo a cobrança de coparticipação quando ultrapassado esse período**, conforme previsto em Seção específica deste Regulamento.

Art. 27. 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 e sedação, **caso haja indicação do profissional assistente;**
- III. equipe necessária à realização do procedimento, caso haja indicação do profissional assistente, **observada a regulamentação da ANS;**
- IV. taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos 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/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;**
- V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas,

quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

- VI. Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, 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, **conforme indicação do profissional assistente.**

Seção III

Da Cobertura Adicional

Art. 28. O **PLANO** oferece, ainda, uma cobertura adicional àquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para o plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em:

- I. Eletroconvulsoterapia, **limitada a 12 (doze) sessões por ano civil e desde que decorrentes dos quadros de saúde descritos a seguir, comprovados mediante diagnóstico e relatório do médico assistente:**
 - a) **Depressão grave com risco de suicídio ou sintomas psicóticos;**
 - b) **Transtorno bipolar refratário a fármacos;**
 - c) **Esquizofrenia resistente e catatonia.**
- II. Mamografia digital, independentemente da idade da Beneficiária.
- III. Reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde em território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência**, quando o Beneficiário não for atendido na rede assistencial da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, conforme regras estabelecidas em Capítulo específico deste Regulamento.

CAPÍTULO VII DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 29. 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, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;**
- 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 pós-tuma, 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;**
 - 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, à exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
 - XII. **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
 - XIII. **Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material**

- permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- XIV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
 - XV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
 - XVI. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
 - XVII. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
 - XVIII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
 - XIX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento ou que não estejam expressamente previstos como cobertura adicional neste Regulamento;**
 - XX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
 - XXI. Aparelhos ortopédicos;**
 - XXII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
 - XXIII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, fora da área geográfica de abrangência ou fora da rede credenciada 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;**
 - XXIV. Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, nos termos definidos neste Regulamento;**
 - XXV. Alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos 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. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXVIII. Avaliação pedagógica;**
- XXIX. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- XXX. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- XXXI. Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXXII. Remoção domiciliar;**
- XXXIII. Exames médicos admissionais, periódicos, e retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

CAPÍTULO VIII

DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 30. 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;**
- 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.**

Parágrafo único. 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.

Art. 31. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. o Titular e seus Dependentes cujas inscrições no **PLANO** sejam solicitadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de assinatura do Convênio de Adesão ou da data de vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;
- 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 IX

DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

Art. 32. 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. 33. 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.

Art. 34. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

Art. 35. 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.

Art. 36. 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.

Art. 37. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Art. 38. 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 privado de assistência à saúde.

Art. 39. 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.

Art. 40. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 41. 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.

Art. 42. 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 ou Temporária.

Art. 43. 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. 44. Exercendo prerrogativa legal, a FUNDAÇÃO LIBERTAS não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 45. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, 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 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 preexistente, pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, bem como será excluído do Plano.

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

Art. 46. O presente Capítulo não vigorará para:

- I. o Titular e seus Dependentes cujas inscrições no **PLANO** sejam solicitadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de assinatura do Convênio de Adesão ou da data de vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;
- 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

DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

Art. 47. 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 morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 48. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando que:

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

processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.**

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

Seção I

Da Remoção

Art. 49. Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

Art. 50. 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.

§1º. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

§2º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

§3º. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. quando não possa haver remoção por risco de morte, 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 terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a **FUNDAÇÃO LIBERTAS** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO XI

DO REEMBOLSO

Art. 51. Será assegurado o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência realizados em todo território nacional.**

Art. 52. Os reembolsos, em qualquer hipótese, se darão 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.

Parágrafo único. 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.

Art. 53. Serão descontados do reembolso eventuais valores de coparticipação previstos neste Regulamento.

Art. 54. A diferença entre o valor da despesa e o valor do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Titular.

Art. 55. Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

Art. 56. 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.

Art. 57. O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos comprovantes.

Art. 58. Os recibos dos procedimentos pagos pelo Beneficiário deverão ser emitidos em seu nome.

Art. 59. 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 cópia da documentação comprobatória, 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, nos termos da Instrução Normativa RFB Nº 2.240;

- 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 procedimentos 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. Eventuais créditos a serem recebidos pelo Beneficiário serão compensados com débitos para o **PLANO**.

CAPÍTULO XII DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Seção I Da Prestação dos Serviços

Art. 60. A assistência médico-hospitalar será prestada pela FUNDAÇÃO LIBERTAS aos seus Beneficiários através de rede assistencial credenciada pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, obedecidas as determinações deste Regulamento, priorizando a atenção primária à saúde, conforme especificado a seguir:

- I. **Consultas:** são garantidas as consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo o atendimento

previamente realizado, de forma obrigatória, com o médico de referência (médico de saúde da família, clínico geral, geriatra, pediatra ou ginecologista) disponível no prestador de serviços indicado pela Fundação Libertas (Clínica Libertas Saúde), que procederá à indicação ao especialista, quando cabível.;

- II. Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: mediante apresentação de solicitação médica e após autorização prévia, os beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela Fundação Libertas, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do plano, ressalvados os casos de urgência ou emergência.
- III. Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- IV. Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e demais coberturas ambulatoriais: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

§1º. É considerado uso indevido o acesso direto do Beneficiário ao especialista, sem a indicação prévia do médico referência de que trata o inciso I do *caput* deste artigo, ressalvadas as situações comprovadas de urgência ou de emergência.

§2º. Para a realização dos serviços previstos neste Regulamento, incluindo consultas, terapias, cirurgias, internações e demais procedimentos cobertos pelo PLANO, os Beneficiários deverão apresentar à FUNDAÇÃO LIBERTAS o pedido do médico ou do cirurgião-dentista assistente para fins de autorização e direcionamento pela Operadora (indicação do prestador apto ao atendimento, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO), respeitando os

prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

Art. 61. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** disponibilizará a relação atualizada dos profissionais médicos e estabelecimentos que compõem a rede de atenção primária e a rede credenciada do **PLANO** através do seu portal corporativo na *internet*, devendo ser observadas as regras de direcionamento previstas neste Regulamento.

Art. 62. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** deverá manter, permanentemente, seus Beneficiários cientes dos acontecimentos relativos ao **PLANO**, através de seu *site*.

Art. 63. Os profissionais ou entidades credenciadas, prestadores de serviços médico-hospitalares e de diagnóstico serão pagos diretamente pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Art. 64. 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.

Art. 65. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** poderá ampliar, excluir ou substituir prestadores de serviço e locais de atendimento previstos neste Regulamento, obedecidos os trâmites estabelecidos na regulamentação da ANS em vigor, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme disposto no artigo 17 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. 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.

§2º. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por indicação 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.**

§3º. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção II

Dos Mecanismos de Regulação

Art. 66. A utilização dos procedimentos previstos neste Regulamento pelo Beneficiário, à exceção dos casos de urgência e emergência, **está condicionada à autorização prévia da FUNDAÇÃO LIBERTAS.**

§1º. Quando não houver o direcionamento pela FUNDAÇÃO LIBERTAS previsto neste Regulamento, o prestador de serviço credenciado deverá providenciar a autorização prévia junto ao PLANO.

§2º. As informações e os documentos necessários para a obtenção da autorização prévia estão disponíveis no Portal da Operadora (www.fundacaolibertas.com.br), por meio do telefone (31) 2111-3700 ou diretamente na sede da FUNDAÇÃO LIBERTAS.

§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. 67. 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.

§1º. Fica ressalvado o direito de a FUNDAÇÃO LIBERTAS arguir o credenciado, caso os exames complementares de diagnóstico, realizados ou solicitados, não estejam dentro de um padrão normal de ocorrência.

Art. 68. As consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta dependerão de indicação e solicitação do médico assistente.

Art. 69. 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. 70. Após a autorização prévia, os Beneficiários poderão ser atendidos no hospital indicado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO, conforme prerrogativa prevista neste Capítulo.

§1º. 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.

§2º. 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.

§3º. Durante a internação do Beneficiário, em qualquer caso, considerando as regras de direcionamento estabelecidas neste instrumento, é assegurado à FUNDAÇÃO LIBERTAS o direito de remover o Beneficiário de um hospital credenciado para outro hospital credenciado, desde que o novo hospital disponha dos recursos necessários para continuidade da assistência ao Beneficiário e sejam atendidas as disposições da ANS em vigor para remoção.

Art. 71. Em caso de divergência médica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, o participante deverá ser informado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS de que 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. 72. As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 60 (sessenta) dias.

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

Art. 73. *No caso de tratamentos continuados, o Beneficiário deverá apresentar pedido médico atualizado, a cada período de 3 (três) meses, confirmando o tratamento ou as alterações na prescrição que for pertinente.*

Art. 74. A FUNDAÇÃO LIBERTAS não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes neste Regulamento, bem como pelo atendimento a pessoas não integrantes do PLANO.

Art. 75. Embora a cobertura do **PLANO** esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, é admitido que os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais possam ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**. Nesse caso, deve o Beneficiário entrar em contato com a **FUNDAÇÃO LIBERTAS** para obter orientações e indicação do prestador integrante da rede que irá realizar os procedimentos solicitados.

Seção III

Da Coparticipação

Art. 76. Na utilização, pelos Beneficiários inscritos, dos procedimentos abaixo relacionados, serão devidos os seguintes valores de coparticipação:

- I. **Consultas:** 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais);
- II. **Exames:** 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais);

- III. Sessões de psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, nutrição: coparticipação de 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais);
- IV. Terapias: coparticipação de 35% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais);
- V. Internação clínica ou cirúrgica: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por internação;
- VI. 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.

§1º. A coparticipação incide sobre o valor dos serviços utilizados 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 a sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

§3º. Não haverá cobrança de coparticipação em relação aos atendimentos realizados pelos Beneficiários na Clínica Libertas Saúde - APS.

Seção IV

Da Carteira de Identificação

Art. 77. 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 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 XIII

DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 78. O PLANO será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 543/22 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 79. O plano será custeado pela reserva constituída especificamente com essa finalidade, formada pelas seguintes fontes de receita:

- I. contribuições mensais dos Beneficiários, conforme valores fixados no Plano de Custeio anexo ao Regulamento;



- II. contribuições mensais relativas à parte da **PATROCINADORA**, conforme valores e condições estabelecidas no Convênio de Adesão;
- III. valores de coparticipação eventualmente devidos pelos Beneficiários;
- IV. receitas provenientes do Fundo Garantidor de Benefícios, conforme estabelecido pelo Conselho Deliberativo da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**;
- V. doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias;
- VI. aportes extraordinários da **PATROCINADORA**.

Parágrafo único. Haverá participação financeira da **PATROCINADORA** para o custeio do **PLANO** em relação aos Titulares ativos e Dependentes Diretos, conforme valores e condições estabelecidas no Convênio de Adesão firmado junto à **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Art. 80. As contribuições mensais referidas neste Regulamento, assim como os valores de coparticipação previstos neste instrumento, serão recolhidas aos cofres da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao que corresponderem, devendo ser observado o meio de pagamento estabelecido a seguir, conforme a categoria de Beneficiário:

- I. na folha de pagamento da **PATROCINADORA**, se empregado ou diretor;
- II. através de boleto bancário, débito em conta ou PIX, se empregado afastado por doença ou em licença sem vencimento, bem como se demitido ou exonerado sem justa causa;
- III. através da folha de benefícios da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, se aposentado ou pensionista;
- IV. através de boleto bancário, débito em conta ou PIX, se aposentado sem vínculo previdenciário com a **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

§1º. Na impossibilidade de desconto em folha de pagamento ou de benefícios, ficará o Titular obrigado a recolher os valores devidos ao **PLANO** aos cofres da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** no prazo previsto no *caput* deste artigo através de boleto

bancário, débito em conta ou PIX, ficando sujeito ainda às penalidades de mora aqui previstas.

§2º. Em caso de inobservância do prazo estabelecido neste artigo, por parte da PATROCINADORA ou dos Beneficiários responsáveis pelo pagamento, conforme o caso, 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 corrigidos pelo IPCA.

CAPÍTULO XIV DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 81. As contribuições mensais devidas ao **PLANO** foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, 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 poderão 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.

§3º. 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.

CAPÍTULO XV

DO REAJUSTE

Art. 82. As contribuições mensais e as coparticipações, inclusive seus componentes, serão reajustados, anualmente, no mês de outubro, com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, acumulada nos 12 (doze) meses anteriores à data base de reajuste considerando a última competência divulgada, ou outro índice oficial equivalente.

§1º. Além do reajuste financeiro previsto no *caput* deste artigo, o custeio do PLANO poderá ser reajustado por outro índice apurado na avaliação atuarial do PLANO sempre que houver indícios de desequilíbrio do PLANO, analisada pela Diretoria Executiva da LIBERTAS e após aprovação da Diretoria da PRODEMGE.

§2º. As proposições de alterações do Plano de Custeio serão fundamentadas em estudos técnicos, sempre buscando o equilíbrio do Plano de Custeio, e deverão ser apresentadas à Diretoria Executiva da LIBERTAS e à Diretoria da PRODEMGE, para aprovação da efetiva implantação das propostas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 83. Caracterizam indícios de desequilíbrio econômico-financeiro do PLANO, dentre outros fatores não expressos no presente artigo:

- I.** Aumento da sinistralidade;
- II.** Aumento considerável dos custos médicos;
- III.** Alteração sensível na composição dos Beneficiários.
- IV.** Redução do Fundo Garantidor de Benefícios abaixo do limite mínimo estipulado no Art. 86.

Art. 84. 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.

Art. 85. Os reajustes aplicados ao PLANO serão comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

Seção I

Do Fundo Garantidor de Benefícios

Art. 86. Será constituído Fundo Garantidor de Benefícios em função dos resultados das aplicações financeiras e da diferença entre o montante das contribuições em relação ao total das despesas mensais e aportes da PATROCINADORA, ficando estabelecido um limite inferior de 4 (quatro) vezes e um limite superior de 10 (dez) vezes a despesa média mensal, apurada nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores.

§1º. Quando o Fundo Garantidor de Benefícios atingir o limite superior previsto no *caput*, os excedentes mensais da receita em relação à despesa eventualmente apurados constituirão um Fundo para Futuras Melhorias de Benefícios, que poderão ser concedidas mediante realização de estudo atuarial específico e após aprovação pelo Conselho Deliberativo.

§2º. O Fundo para Futuras Melhorias de Benefícios será utilizado prioritariamente para a implantação de programas de prevenção e promoção à saúde.

§3º A constituição e a manutenção do Fundo para Futuras Melhorias de Benefícios ficam condicionadas ao atendimento das exigências mínimas de garantias financeiras estabelecidas pela ANS, consideradas, para fins deste regulamento, o cálculo individual para os Planos Assistenciais Prodemege.

§4º. Na hipótese de o Fundo Garantidor de Benefícios ser reduzido a valor inferior ao limite mínimo estabelecido no caput, os recursos do Fundo para Futuras Melhorias de Benefícios serão automaticamente revertidos para recomposição do Fundo Garantidor de Benefícios.

§5º. O **Fundo Garantidor de Benefícios** e o **Fundo para Futuras Melhorias de Benefícios** será comum a todos os planos da **PATROCINADORA**.

CAPÍTULO XVI DO ACOMPANHAMENTO DO PLANO

Art. 87. 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. 88. A **FUNDAÇÃO LIBERTAS** se compromete, nos termos da legislação vigente, a manter a contabilização em separado dos planos assistenciais e previdenciários por ela mantidos ou administrados, e realizar o acompanhamento econômico-financeiro do **PLANO**, com o envio mensal à **PATROCINADORA** dos relatórios gerenciais que informem as movimentações financeiras relevantes e os dados básicos do **PLANO**, incluindo evolução do fundo, dados da massa e outros relatórios pertinentes à **PATROCINADORA**.

Art. 89. Sem prejuízo da atuação dos órgãos institucionais da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, as atividades relacionadas a este **PLANO** serão assessoradas por um Comitê de Curadores .

Parágrafo Único: A composição, regras de funcionamento e atribuições serão definidas em regimento próprio, aprovado pela Diretoria Executiva.

CAPÍTULO XVII

DA VIGÊNCIA DO REGULAMENTO E DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 90. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 29 de agosto de 2025.

Art. 91. Fica assegurada a manutenção no presente **PLANO** dos Dependentes do Beneficiário Titular que se encontravam regularmente inscritos no “Plano da PRODEMGE”, cadastrado no SCPA com código nº 14 – PLANO DA PRODEMGE, por ocasião da entrada em vigor deste Regulamento, não sendo admitido o reingresso após a exclusão.

Parágrafo único. No caso dos pais mantidos no **PLANO**, deverão ser observadas as seguintes regras:

- I. A manutenção no presente **PLANO** será realizada observando a mesma categoria em que os pais se encontravam vinculados na data de entrada em vigor deste Regulamento.
- II. **Ocorrendo a inscrição pelo Titular de qualquer outro Dependente Direto no PLANO, os pais anteriormente inscrito nessa categoria, automaticamente, e para todos os fins, passará a ser considerado Dependente Especial, alterando-se a categoria original.**
- III. **Haverá a perda do direito ao PLANO para os pais que deixarem de viver comprovadamente sob a dependência econômica do Titular (dependente no Imposto de Renda) e auferirem rendimentos mensais de qualquer natureza em valores superiores a um salário-mínimo e meio vigente, após parecer do Comitê de Curadores.**
- IV. **Não será admitida a vinculação de novos pais na categoria Dependentes, após a entrada em vigor deste Regulamento, sendo preservado exclusivamente o direito daqueles já inscritos na data de entrada em vigor deste Regulamento.**

Art. 92. 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. 93. A utilização indevida das coberturas previstas neste Regulamento, mediante o cometimento de ato ilícito, bem como a realização de serviços não cobertos implica em dever do Beneficiário, ou seu responsável legal, em arcar com o respectivo custo do procedimento, em seu valor integral.

Art. 94. Qualquer tolerância da FUNDAÇÃO LIBERTAS na execução das normas regulamentares não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 95. Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO LIBERTAS** emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do **PLANO**.

Art. 96. Este Regulamento e suas alterações serão aprovados pelo Conselho Deliberativo da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

Art. 97. O encerramento da operação do **PLANO** se dará de acordo com o previsto no Estatuto Social da **FUNDAÇÃO LIBERTAS**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

CAPÍTULO XVIII

DA Proteção de Dados Pessoais e Sensíveis

Art. 98. A FUNDAÇÃO LIBERTAS, na condição de Controladora dos Dados Pessoais, realizará o tratamento de dados pessoais e sensíveis dos Beneficiários, Titulares e Dependentes, em estrita conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), demais normas aplicáveis e boas práticas de segurança da informação.

Art. 99. O tratamento dos dados pessoais e sensíveis terá como finalidade exclusiva a execução e a gestão do presente Plano de Assistência à Saúde, incluindo, mas não se limitando a:

- I - a inscrição, manutenção e exclusão de Beneficiários;
- II - a autorização, auditoria e pagamento de procedimentos assistenciais;
- III - o cumprimento de obrigações legais e regulatórias impostas pela ANS e demais órgãos competentes;
- IV - a realização de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde no âmbito do Plano.

Art. 100. Os dados pessoais e sensíveis somente serão compartilhados com terceiros (prestadores, profissionais de saúde, órgãos reguladores e parceiros técnicos) quando estritamente necessário para o cumprimento das finalidades previstas no caput, observando-se:

- I. a adoção de medidas de segurança técnicas e administrativas aptas a proteger os dados de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas;
- II. o dever de sigilo profissional e a preservação do sigilo médico-assistencial, nos termos da legislação aplicável.

Art. 101. A FUNDAÇÃO LIBERTAS garantirá aos Beneficiários, Titulares e Dependentes os direitos previstos no art. 18 da LGPD, incluindo, mas não se limitando a:

- I. confirmação da existência de tratamento;
- II. acesso e correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- III. anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;
- IV. informação sobre compartilhamento de dados;
- V. portabilidade e eliminação de dados pessoais, observadas as hipóteses legais de conservação obrigatória.

Parágrafo único. Para exercício dos direitos previstos nesta cláusula, o Beneficiário poderá contatar o Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO) da FUNDAÇÃO LIBERTAS, por meio dos canais disponibilizados no portal institucional ou outros meios oficiais de comunicação.

Art. 102. A FUNDAÇÃO LIBERTAS manterá normas internas de privacidade e segurança da informação, bem como adotará todas as providências necessárias para prevenir, detectar e mitigar incidentes de segurança, comunicando aos titulares e à ANS ou à ANPD, quando exigido, os casos de incidentes que possam acarretar risco ou dano relevante aos direitos dos titulares, na forma da legislação aplicável.

CAPÍTULO XIV DO FORO

Art. 103. Fica eleito o foro de Belo Horizonte/MG para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2025.

ANEXO:**PLANO DE CUSTEIO – PLANO PRODEMGE FAMÍLIA**

(Vigência 01/11/2025 a 31/10/2026)

Faixas etárias:	% de variação:	Contribuição (R\$):
0 a 18 anos	0,00%	R\$ 246,78
19 a 23 anos	20,00%	R\$ 296,14
24 a 28 anos	20,83%	R\$ 357,83
29 a 33 anos	20,69%	R\$ 431,87
34 a 38 anos	20,00%	R\$ 518,24
39 a 43 anos	23,81%	R\$ 641,63
44 a 48 anos	21,15%	R\$ 777,36
49 a 53 anos	22,22%	R\$ 950,10
54 a 58 anos	20,78%	R\$ 1.147,53
59 anos ou mais	24,73%	R\$ 1.431,32