

REGULAMENTO DO PLANO AGROS MAIS SAÚDE V SEM ODONTOLOGIA

**Registro nº. 499.978/24-9
Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
Acomodação Individual**

**Viçosa – MG
Agosto de 2024**



REGULAMENTO DO PLANO AGROS MAIS SAÚDE V SEM ODONTOLOGIA

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS

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

Art. 2º. São **PATROCINADORAS** do **PLANO**:

- I. **Universidade Federal de São João Del-Rei**, nome fantasia UFSJ, inscrita no CNPJ sob o nº 21.186.804/0001-05, com sede na Praça Frei Orlando, nº 170, Centro, em São João Del-Rei/MG, CEP 36.307-352;
- II. **Universidade Federal de Juiz de Fora**, nome fantasia UFJF, inscrita no CNPJ sob o nº 21.195.755/0001-69, com sede no Campus Universitário - Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Bairro São Pedro, Juiz de Fora - MG, CEP 36036-900;
- III. **Fundação Arthur Bernardes**, nome fantasia Funarbe, inscrita no CNPJ sob o nº 20.320.503/0001-51 Inscrição estadual: 713298969.13-82, com sede no Edifício Sede, s/n, Campus da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, CEP 36570-900.

Art. 3º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **Agros Mais Saúde V sem Odontologia** e está registrado na ANS sob o nº 499.978/24-9, possuindo como Características Gerais:

- I. **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II. **Segmentação Assistencial:** Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- III. **Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Municípios;
- IV. **Área de Atuação:** Os seguintes municípios do Estado de Minas Gerais: Barbacena, Barroso, Belo Horizonte, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Divinópolis, Governador Valadares, Juiz de Fora, Muriaé, Nova Lima, Ouro Branco, Pará de Minas, Ponte Nova, São João del-Rei, Sete Lagoas, Ubá, Viçosa e Visconde do Rio Branco.
- V. **Padrão de Acomodação em Internação:** Individual;
- VI. **Formação do Preço:** Pré-estabelecido.

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

CAPÍTULO II ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de

Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 6º. Este instrumento contempla os requisitos legais necessários à oferta do denominado plano de saúde aos servidores, seus Dependentes, Dependentes Agregados e Pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, nos termos da Lei nº 8.112/90 e da Instrução Normativa nº 97/22 da Secretária de Gestão e Desempenho de Pessoal Substituta da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia.

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

CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES

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

- I. ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
- III. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.
- IV. CARÊNCIA:** prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- V. CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.^a revisão.
- VI. COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, diabetes e abortamento.
- VII. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.
- VIII. HOSPITAL-DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

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

CAPÍTULO IV CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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



- I.** Na qualidade de **Beneficiário Titular/servidor**:
- a.** os aposentados e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial vinculados às **PATROCINADORAS**, desde que participantes de Plano de Benefícios de Natureza Previdenciária do **Agros**.
- II.** Na qualidade de **Beneficiário Dependente** do Titular:
- a.** o cônjuge ou companheiro na união estável, **sendo que a inscrição do primeiro impede a inscrição do segundo, e vice-versa**;
 - b.** a pessoa separada, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, **com percepção de pensão alimentícia**;
 - c.** os filhos e enteados, **solteiros, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade**;
 - d.** **Filhos inválidos, solteiros, enquanto durar a invalidez, desde que a invalidez tenha ocorrido até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos**;
 - e.** os filhos e enteados, **solteiros, 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**;
 - f.** o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.
- III.** Na qualidade de **Pensionista**:
- a.** pensionistas de participante falecido do Plano de Benefícios de Natureza Previdenciária do **Agros**, desde que se enquadre em qualquer das alíneas do inciso II deste artigo.
- IV.** Na qualidade de **Dependentes Agregados** do Titular:
- a.** filho ou enteado, solteiro, que perder a condição de Dependente;
 - b.** neto, solteiro;
 - c.** filho de enteado, solteiro;
 - d.** bisneto, solteiro.

§1º. Equipara-se ao servidor referido no inciso I deste artigo o ocupante de emprego público vinculado às **PATROCINADORAS**, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento das **PATROCINADORAS**.

§2º. A inscrição do cônjuge ou companheiro de união estável exclui a assistência à saúde da pessoa separada, divorciada ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com percepção de pensão alimentícia.

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

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

§2º. Os **Beneficiários Dependentes e Dependentes Agregados** deverão ser incluídos em **PLANO** com a característica de padrão de acomodação do **PLANO** do Titular.

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

Art. 11. Caberá às PATROCINADORAS encaminharem ao Agros os deferimentos das solicitações de inscrição dos Beneficiários, bem como remeter os pedidos de exclusão até o último dia útil de cada mês, data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Parágrafo Único. A partir da integração do sistema do Agros com a plataforma do SouGov.Br por meio de *Web service*, a inscrição, a exclusão ou a troca de Plano de Saúde será efetivada a partir da data de solicitação, sendo o marco inicial para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 12. Caberá, ainda, às PATROCINADORAS a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos Titulares e Pensionistas com elas próprias e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes ou Dependentes Agregados com o Titular, após a análise da dependência econômica (se for o caso), quando solicitados pelo Agros.

§1º. É dever do Beneficiário Titular manter atualizadas suas informações cadastrais e a de seus Dependentes e Dependentes Agregados, inclusive quanto ao envio, semestralmente, do comprovante de matrícula, referente ao Dependente na condição de filho e enteado maior de 21 (vinte e um) anos, estudante de curso de ensino regular, de que trata a alínea 'e' do inciso II do art. 9º deste Regulamento.

§2º. O Agros tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 13. Após o falecimento do Beneficiário Titular, os Dependentes referidos no inciso II do art. 9º deste Regulamento poderão permanecer como Beneficiários do PLANO, na qualidade de Pensionistas, mediante opção a ser efetivada junto à respectiva PATROCINADORA.

§1º. Caberá à unidade de gestão de pessoas das PATROCINADORAS comunicarem o falecimento do Beneficiário Titular ou do Pensionista ao Agros na data da ciência do óbito.

§2º. As unidades de gestão de pessoas das PATROCINADORAS se comprometem a comunicar os Dependentes da possibilidade de permanência como Beneficiário do PLANO, de forma inequívoca.

§3º. A opção de permanência no PLANO deverá ser efetivada mediante a assinatura de novo Termo de Adesão em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o §1º deste artigo.

§4º. O Beneficiário que optar por permanecer no PLANO na forma do *caput* e não detiver a condição de Pensionista deverá assumir integralmente o pagamento do PLANO.

Art. 14. Caso a informação de óbito seja efetuada junto ao Agros, este deverá dar conhecimento imediatamente à PATROCINADORA ao qual o Beneficiário Titular estiver vinculado.

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

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

Art. 15. Caso a adesão do Pensionista não se dê dentro do período de 30 (trinta) dias, o PLANO será cancelado e a reintegração sujeitará os Beneficiários ao cumprimento integral dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

Art. 16. É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;**
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.**

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

CAPÍTULO V COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 17. O Agros cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do Agros, ou por meio de reembolso nos termos previstos neste instrumento, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 18. A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;**
 - a. Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo**



Conselho Federal de Medicina – CFM.

- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- III. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- IV. 18 (dezoito) consultas com nutricionista, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- V. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), solicitada pelo médico assistente;
- VI. Consultas com 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;**
- VII. 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;
- VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- IX. 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.
- X. 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;**
- XI. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII. 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;
- XIII. Hemoterapia ambulatorial;
- XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II Das Coberturas Hospitalares

Art. 19. 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 assistente ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a. O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
 - b. No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente.
- VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, salvo contra-indicação 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 à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.
 - 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, observadas 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 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 vigente à época do evento.
- XIII. Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) **previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde do Beneficiário receptor;
 - b. medicamentos utilizados durante a internação;
 - c. Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia) **exceto medicamentos de manutenção;**
 - d. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;
 - e. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;
 - 1. 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;
2. 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);
 3. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XIV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.
- XV. Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, 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 Titular, 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. 20. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais e de dependência química 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 e de dependência química, 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. **Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos e por dependência química, haverá coparticipação de 30% (trinta 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.**

Art. 21. O presente Regulamento garante, ainda:

- I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia 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, especialmente quanto aos critérios de credenciamento e reembolso praticados pelo **Agros**;
- 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 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 especificadas 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
Das Coberturas Adicionais

Art. 22. Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em função de atendimentos prestados dentro do território nacional, **nos casos de urgência ou de emergência.**

Art. 23. O reembolso também será assegurado nos atendimentos eletivos ocorridos em território nacional aos beneficiários que estejam residindo em localidade fora da área de atuação do **PLANO**, observadas as condições previstas na regulamentação vigente aplicável às entidades de autogestão.

Art. 24. Afora a remoção inter-hospitalar, obrigatória por Lei e prevista neste Regulamento, o **PLANO** contará com um serviço de ambulância, por via terrestre, que poderá ser utilizado pelos Beneficiários, exclusivamente para tratamento de saúde, **em caso de impossibilidade de remoção por outro meio, comprovada mediante apresentação de laudo médico, e autorizada previamente, dentro da área geográfica de abrangência, conforme normatização interna do Agros.**

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

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

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

Art. 25. Os pedidos de reembolso de despesas previstas nesta Seção serão processados em conformidade com o disposto em Capítulo específico deste Regulamento.

CAPÍTULO VI EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 26. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, a Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97/22, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do Agros sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II.** Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;
- III.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, ou, 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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma 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.** Cirurgias plásticas pós-bariátrica ou por emagrecimento natural, exceto as previstas no Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- VIII.** Plásticas mamárias, exceto para Beneficiários com diagnóstico de câncer de mama; probabilidade de desenvolver câncer de mama de acordo com exame genético e lesões traumáticas e tumores em geral (quando a sua retirada, mesmo em caráter investigativo, mutila a mama), com cobertura no Rol de Procedimentos em Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- IX.** 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;
- X.** Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XI.** 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;



- XII. 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 na segmentação odontológica;**
- XIII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- XIV. 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;**
- XV. 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;**
- XVI. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XVII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XVIII. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- XIX. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XX. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
- XXI. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou não previstos na cobertura adicional estabelecida no presente Regulamento;**
- XXII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XXIII. Aparelhos ortopédicos;**
- XXIV. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XXV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do PLANO, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados em todo o território nacional por profissionais não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pelo Agros;**
- XXVI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXVII. Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, nos termos estabelecidos neste Regulamento;**
- XXVIII. 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;
- XXIX. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXX. Avaliação pedagógica;
- XXXI. Orientações vocacionais;
- XXXII. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXXIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXIV. Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXVI. Remoção de pacientes por via aérea;
- XXXVII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII DURAÇÃO DO REGULAMENTO

Art. 27. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

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

CAPÍTULO VIII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 28. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98:

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

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

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

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



Art. 29. É isento do cumprimento dos períodos de carência:

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

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

Art. 30. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.

CAPÍTULO IX DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 31. 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. 32. No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

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

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

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



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

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

Art. 33. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o Agros oferecerá a cobertura parcial temporária.

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

Art. 34. A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

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

Art. 35. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências do Agros, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 36. Exercendo prerrogativa legal, o Agros não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 37. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o Agros deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

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

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

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

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

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

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

Art. 38. O presente capítulo não vigorará para:

- I. O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus Dependentes e Dependentes Agregados no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data de início da vigência do Convênio de Adesão ou de sua vinculação à PATROCINADORA, se for após o início da vigência do Convênio de Adesão;
- II. O Beneficiário Dependente ou Dependente Agregado cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO;
- III. O Beneficiário de pensão que se inscrever na condição de Pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do Titular.

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

CAPÍTULO X ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 39. Considera-se:

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

Art. 40. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

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



- II. **Depois de cumprida a carência para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III. Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;**
- IV. **Depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V. **Durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias**, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

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

Seção II Da Remoção

Art. 41. Estará garantida a remoção, por via terrestre, inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor, inclusive quanto à área geográfica de abrangência do **PLANO**.

§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 de o **Beneficiário** estar cumprindo período de carência para internação.

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

Art. 42. Na remoção para uma unidade do **SUS** serão observadas as seguintes regras:

- I. **Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o Agros, desse ônus;**
- II. Caberá ao **Agros** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do **SUS** que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;



- III. Na remoção, o **Agros** deverá disponibilizar ambulância, por via terrestre, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV. **Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, o Agros estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

CAPÍTULO XI REEMBOLSO

Art. 43. Será assegurado o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de:

- I. **Atendimentos de urgência ou de emergência realizados dentro do território nacional;**
- II. **Atendimentos eletivos realizados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO.**

§1º. Será garantido o reembolso nos atendimentos eletivos realizados em localidade diversa da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO, na forma prevista no art. 23 deste Regulamento.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência do **Agros** (que não serão inferiores ao valor praticado pelo **Agros** junto à rede de prestadores deste PLANO), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- I. **Consultas médicas, consultas/sessões de psicologia, de fonoaudiologia, de terapia ocupacional, de nutrição, de fisioterapia, de enfermagem e de acupuntura realizada por médico, observando as regras dispostas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:**
 - a. Vias originais dos recibos e/ou notas fiscais de pagamento dos honorários do profissional de saúde executante dos serviços.
- II. **Exames:**
 - a. Solicitação do médico assistente, conforme Rol da ANS, ou do nutricionista em relação aos exames expressamente definidos pela auditoria técnica do **Agros**;
 - b. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas e notas fiscais do prestador de serviço e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - c. Vias originais dos recibos e/ou notas fiscais de pagamento dos honorários do profissional de saúde executante dos serviços.
- III. **Conta hospitalar:**
 - a. Solicitação do médico assistente, respeitado o disposto na regulamentação em vigor;



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XII MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Da Carteira Assistencial

Art. 44. Na inscrição de qualquer Beneficiário no **PLANO**, será entregue uma carteira assistencial, de uso pessoal e intransferível, para utilização dos serviços.

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

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

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

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

§5º. Não serão aceitas solicitações de procedimentos e nem acatadas cobranças realizadas pelo Beneficiário para si mesmo.

Seção II Do Padrão de Acomodação

Art. 45. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como *apartamento standard*.

§1º. Os Beneficiários que possuam interesse em acomodação de nível superior ao assegurado pelo **PLANO** deverão negociar e pagar diretamente ao hospital o valor excedente das despesas referentes à troca de acomodação.

§2º. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **Agros**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, **até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.**

Seção III Dos Serviços Próprios e da Rede Credenciada



Art. 46. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede de serviço do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

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

§2º. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o Beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com a carteira assistencial do plano de saúde.

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

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

Art. 47. O atendimento, por meio do sistema de escolha dirigida, será prestado aos Beneficiários do **PLANO** por meio de:

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

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

§2º. O **Agros** disponibilizará a relação dos profissionais e estabelecimentos credenciados por meio do seu portal corporativo na internet (www.agros.org.br).

§3º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, e poderá ser consultada no portal do **Agros** na *internet*, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões, respeitadas as normas editadas pela ANS. No que se refere à alteração da rede hospitalar, serão observadas as regras abaixo previstas:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- II. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade do **Agros** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das

despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando o Agros providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

Seção IV

Das Solicitações de Cobertura Assistencial e das Autorizações Prévias

Art. 48. A solicitação de cobertura assistencial, realizada por profissional credenciado ao PLANO ou não, terá prazo de validade de 90 (noventa) dias da data da emissão da solicitação.

Parágrafo Único. No caso de tratamentos continuados, o beneficiário deverá apresentar relatório médico atualizado, a cada período de 6 (seis) meses, confirmando o tratamento ou as alterações na prescrição que for pertinente.

Art. 49. Para utilizar os procedimentos previstos neste Regulamento, à exceção dos casos de urgência e emergência e das consultas, o Beneficiário deve providenciar a autorização prévia, que pode ser obtida na sede do Agros ou pelos meios eletrônicos disponíveis.

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

§2º. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, quando obrigatória, desobriga o PLANO de seu pagamento.

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

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

Art. 50. De posse da autorização de procedimentos emitida pelo PLANO, acompanhada de uma via do laudo médico, o Beneficiário deverá procurar o hospital ou clínica credenciada para a realização do procedimento.

§1º. As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 90 (noventa) dias da data de liberação da autorização.

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

§3º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

§4º. Em caso de divergência técnico-assistencial sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico do **Agros** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do **Agros**.

§5º. Os requisitos e procedimentos para instauração da junta mencionada no parágrafo anterior serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 51. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, independentemente de pertencer à rede credenciada do **Agros**.

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

Art. 52. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do **Agros**.

Art. 53. O **Agros** não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

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

Seção V Da Coparticipação

Art. 54. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ou Pensionista ao **Agros**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus Dependentes ou Dependentes Agregados, definida em termos fixos ou em percentuais.

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

- I. Consultas Médicas: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada consulta;**
- II. Consultas/Sessões com enfermagem, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada**



- consulta/sessão;
- III. **Fisioterapia: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada procedimento.**
 - IV. **Exames: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada exame;**
 - V. **Sessões de Acupuntura realizadas por médico: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada sessão;**
 - VI. **Sessões de Reeducação Postural Global (RPG) realizadas por fisioterapeuta: 35% (trinta e cinco por cento) do custo final de cada sessão;**
 - VII. **Hospital-dia psiquiátrico e por dependência química: 30% (trinta por cento) a partir do 30º (trigésimo) dia de tratamento.**

Art. 55. Na hipótese de internação psiquiátrica e por dependência química, será cobrada coparticipação de 30% (trinta por cento) a partir do 30º (trigésimo) dia de tratamento, por ano de adesão do Beneficiário.

Art. 56. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

Art. 57. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO ou do âmbito do participante, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

CAPÍTULO XIII FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 58. O PLANO será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 543/22 da ANS (Anexo II, item 11, subitem 11.1.1) e alterações posteriores.

Art. 59. O plano de custeio do PLANO, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

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

§1º. O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, valores de coparticipação, valores de patrocínio e eventuais novas fontes de receita e deverá ser publicado por Resolução do Conselho Deliberativo do **Agros**, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

§2º. O plano de custeio deverá ser aprovado conforme disposições estatutárias vigentes e que regulem as atribuições das instâncias decisórias do **Agros** e não poderá prever estipulações



que afrontem as normas legais aplicáveis, bem como eventuais convênios firmados entre as **PATROCINADORAS** e o **Agros**.

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

Art. 60. As contribuições e eventuais coparticipações, relativas aos Beneficiários Titulares e Pensionistas, por si e seus Dependentes e Dependentes Agregados, serão descontadas em folha de pagamento, ficando as **PATROCINADORAS** responsáveis pelo processamento dos referidos descontos, bem como pela transferência dos valores ao **Agros**, acrescido das suas respectivas contribuições, até 05 (cinco) dias úteis após a data de pagamento dos Titulares e Pensionistas.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento salarial ou em folha de pagamento de benefícios as contribuições e coparticipações em despesas assistenciais, essas serão debitadas na conta corrente do Titular ou do Pensionista e, em caso de permanência do débito, os Titulares e Pensionistas ficarão obrigados a recolhê-las diretamente aos cofres do **Agros**, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente.

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

§3º. Em caso de suspensão ou supressão do repasse de valores pelas **PATROCINADORAS**, inclusive pela irregularidade no cadastro, o Beneficiários Titular e/ou Pensionista assumirá os encargos relativos ao custeio do **PLANO**, por si e pelos Dependentes e Dependentes Agregados inscritos.

Art. 61. Em caso de atraso no pagamento, os Titulares e Pensionistas se sujeitarão à multa de 2% (dois por cento), acrescidos de juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, apurado por dia de atraso.

Art. 62. Os recursos destinados ao custeio do **PLANO** serão contabilizados em conta específica e administrados pelo **Agros**.

CAPÍTULO XIV REAJUSTE

Art. 63. Os valores das contribuições mensais e coparticipações, bem como seus eventuais componentes, definidos no plano de custeio, serão reajustados no mês de agosto de cada ano, pela variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas - FGV, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 01 (um) mês, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, devendo ainda ser observada a necessidade de reajuste técnico tratado neste Regulamento.



Art. 64. Os valores das contribuições mensais e coparticipações, bem como seus eventuais componentes, definidos no plano de custeio, serão revistos no momento da aplicação da modalidade de reajuste estipulada no artigo anterior, em virtude de:

- I. Aumento da sinistralidade;
- II. Aumento considerável dos custos médico-hospitalares;
- III. Alteração sensível na composição dos Beneficiários.

Art. 65. Anualmente, será efetuada a avaliação do plano de custeio referente ao exercício anterior, que poderá indicar a necessidade de aplicação do reajuste técnico e/ou revisão da forma de custeio ou das coberturas previstas.

Art. 66. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 67. Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no mês de agosto de cada ano, entendendo esta como data base única.

Art. 68. Qualquer reajuste aplicado ao PLANO deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art. 69. Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do PLANO, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais, nos eventuais componentes e coparticipações em valor.

Art. 70. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool* de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo do Agros para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

CAPÍTULO XV FAIXAS ETÁRIAS

Art. 71. As contribuições mensais previstas no plano de custeio foram fixadas em função da categoria e da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Tabela de Titulares e Dependentes:

Faixas Etárias:	Percentuais de Reajustes:
0 a 18 anos de idade	0,0%
19 a 23 anos de idade	20,0%
24 a 28 anos de idade	20,8%



29 a 33 anos de idade	20,7%
34 a 38 anos de idade	22,9%
39 a 43 anos de idade	20,9%
44 a 48 anos de idade	23,1%
49 a 53 anos de idade	20,3%
54 a 58 anos de idade	22,1%
59 anos e acima	27,2%

Tabela de Dependentes Agregados:

Faixas Etárias:	Percentuais de Reajustes:
0 a 18 anos de idade	0,0%
19 a 23 anos de idade	20,0%
24 a 28 anos de idade	20,8%
29 a 33 anos de idade	20,7%
34 a 38 anos de idade	22,9%
39 a 43 anos de idade	20,9%
44 a 48 anos de idade	23,1%
49 a 53 anos de idade	20,3%
54 a 58 anos de idade	22,1%
59 anos e acima	27,2%

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

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

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

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

CAPÍTULO XVI REGRAS PARA MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS

Seção I Do Demitido

Art. 72. Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo mantido junto à **PATROCINADORA**, no caso de exoneração, redistribuição ou demissão sem justa causa pela **PATROCINADORA**, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, acrescido do valor de responsabilidade da **PATROCINADORA**, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98.

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

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

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

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

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

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

I. Quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego, ficando sob sua



- responsabilidade a comunicação do fato ao **Agros**;
- II.** Decurso dos prazos de manutenção previstos nesta Seção.

Seção II **Do Aposentado**

Art. 73. Ao aposentado que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário mantido junto à **PATROCINADORA**, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o seu pagamento integral, quando não houver repasse pela **PATROCINADORA**.

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

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

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

Seção III **Das Disposições Comuns**

Art. 74. O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos, exonerados e aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

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

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

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

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



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

Art. 75. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **PATROCINADORA**, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos Dependentes e Dependentes Agregados.

Art. 76. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, aposentado e aos seus Dependentes e Dependentes Agregados vinculados ao **PLANO** o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

Art. 77. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XVII

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Exclusão

Art. 78. Caberá à **PATROCINADORA** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I.** Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- II.** Perda da qualidade de Pensionista, de Dependente ou de Dependente Agregado, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário, ressalvado o filho, neto, bisneto e filho de enteado que poderão ser mantidos no **PLANO** independente do estado civil, observando as regras estabelecidas pelo Conselho Deliberativo do Agros;
- III.** Quando da solicitação de exclusão apresentada pelo Beneficiário.

Art. 79. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Titular do **PLANO**, caberá à **PATROCINADORA**, obrigatória e expressamente, informar ao Agros:

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

manter esta condição.

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

Art. 80. O Agros poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, independente de manifestação da PATROCINADORA ou do próprio Titular, nas seguintes hipóteses:

- I. Em caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- II. Perda da qualidade de Beneficiário, nos termos estabelecidos no presente Regulamento;
- III. Interrupção do pagamento das contribuições e eventuais coparticipações, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes e Dependentes Agregados, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

Art. 81. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular ou Pensionista ao PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 82. Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

- I. Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III. Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade que não ofertar convênio ou contrato nos mesmos moldes;
- IV. Licença sem remuneração;
- V. Decisão administrativa ou judicial;
- VI. Voluntariamente, por opção do Beneficiário;
- VII. Falecimento;
- VIII. Outras situações previstas em Lei ou em normas do Órgão Regulador.

Art. 83. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração ou proventos, o Titular poderá optar por permanecer no PLANO, devendo assumir, integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo pagamento das despesas. A opção pela permanência do Beneficiário, deverá ser formalizada no prazo de 30 (trinta) dias contados da aquisição da respectiva condição.

Art. 84. A exclusão do Beneficiário Titular implicará a automática exclusão de todos os seus Dependentes e Dependentes Agregados, exceto no caso de falecimento, nos termos dispostos no Regulamento.

Art. 85. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário Titular ou Pensionista de quitar eventuais débitos com o Agros, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

Seção II Da Reintegração

Art. 86. A reintegração do Beneficiário Titular excluído dar-se-á a seu pedido, desde que não tenha sido afastado em razão do cancelamento de sua inscrição no Plano de Benefícios de Natureza Previdenciária do Agros, ou em razão de prática de fraude contra o PLANO, e que não possua débitos pendentes.

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

Art. 87. A reintegração no PLANO, após o prazo de 30 (trinta) dias do cancelamento, será considerada nova adesão, para todos os fins e efeitos, respeitadas as disposições deste Regulamento e da regulamentação em vigor, inclusive no que se refere ao cumprimento, ou isenção de cumprimento, dos prazos de carência e de cobertura parcial temporária nos casos de doenças e lesões preexistentes.

Seção III Da Vedação de Exclusão

Art. 88. O beneficiário excluído do PLANO deverá entregar seu cartão de identificação ao Agros.

§1º. É vedada a exclusão de Beneficiário em decorrência da insuficiência de margem consignável do Beneficiário Titular.

§2º. Durante o período de insuficiência da margem consignável, o Beneficiário Titular não se exime de quitar os débitos de sua responsabilidade junto ao Agros, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação, sob pena de a inadimplência gerar os efeitos previstos neste Regulamento.

Seção IV Da Suspensão

Art. 89. O Beneficiário Titular afastado, por motivo de estudo ou cumprimento de missão no exterior, poderá requerer a interrupção de seus direitos e obrigações em relação ao PLANO, devendo, quando do seu retorno, solicitar formalmente o término da suspensão, nos termos descritos neste Regulamento.

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

§2º. O Titular afastado por motivo de estudo ou cumprimento de missão no exterior e o Dependente ou Dependente Agregado afastado para exercício de estágio no exterior, poderá retornar ao PLANO, sem exigência de cumprimento de novos períodos de

carência, desde que solicite a reintegração em até 60 (sessenta) dias, contados do retorno ao Brasil.

Art. 90. O Titular afastado por motivo de estudo ou cumprimento de missão em território nacional, caso tenha permanecido vinculado a outro plano de saúde durante o período de suspensão de seus direitos no PLANO, poderá retornar ao PLANO, com aproveitamento das carências já cumpridas no plano de origem, desde que solicite a reintegração em até 60 (sessenta) dias, contados da data de cancelamento e/ou exclusão do plano a que esteve vinculado durante o afastamento do PLANO.

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

§2º. O aproveitamento das carências será feito mediante apresentação dos documentos exigidos pelo Agros, dentre os quais, cópia do contrato ou regulamento do plano de saúde a que esteve o Beneficiário vinculado e cópia de documento que comprove a data de sua inscrição nesse PLANO. O período de carência já cumprido pelo Beneficiário será descontado dos períodos de carência previstos neste Regulamento.

Seção V Das Penalidades

Art. 91. As irregularidades e os casos comprovados de fraude que culminem ou não utilização indevida do PLANO, apurados administrativamente, por iniciativa de qualquer interessado, serão encaminhados à Diretoria de Seguridade e, posteriormente, à Diretoria Executiva do Agros para análise e deliberação, podendo o infrator ser penalizado com:

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

Parágrafo Único. O Titular sujeitar-se-á ainda à reposição do valor do gasto indevido realizado às custas do PLANO, em virtude das irregularidades acima mencionadas ou outras que venham a ser apuradas, acrescido de atualização monetária e multa de 10%

(dez por cento) na ocorrência do disposto no inciso I e II, ou de 50% (cinquenta por cento) na ocorrência do disposto nos incisos III, IV ou V.

CAPÍTULO XVIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 92. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 93. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 94. Nenhuma responsabilidade caberá ao Agros por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do Titular ou de seus Dependentes, Dependentes Agregados e Pensionistas, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do Beneficiário.

Art. 95. O Agros não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 96. Os termos de credenciamento e de convênio, bem como os Manuais e atos normativos fornecerão informações complementares a este Regulamento.

Art. 97. O Agros manterá registros estatísticos, financeiros e contábeis das ocorrências do PLANO, separadamente das atividades previdenciárias.

Art. 98. Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva do Agros, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 99. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas PATROCINADORAS, na forma da regulamentação da ANS.

Art. 100. Este regulamento somente poderá ser alterado por decisão do Conselho Deliberativo do AGROS.

Art. 101. O encerramento da operação do PLANO pelo Agros se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 102. Este Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 103. Fica eleito os foros das comarcas das respectivas PATROCINADORAS para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

