

Válido a partir de 24/05/2011

ÍNDICE DO REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

Título I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- Capítulo I - Da Finalidade
- Capítulo II - Da Implantação
- Capítulo III - Dos Beneficiários
- Capítulo IV - Da Inscrição
- Capítulo V - Do Desligamento

Título II - DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E PARAMÉDICA

- Capítulo I - Das Disposições Gerais
- Capítulo II - Da Forma de Concessão / Limitações
- Capítulo III - Do Atendimento

Título III - DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

- Capítulo I - Das Disposições Gerais
- Capítulo II - Da Forma de Concessão / Limitações
- Capítulo III - Do Atendimento

Título IV - DA FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Título V - DO CUSTEIO

- Capítulo I - Das Disposições Gerais
- Capítulo II - Dos Serviços Oferecidos pela Rede Credenciada
- Capítulo III - Dos Serviços Oferecidos pela Empresa Contratada pelo TRT
- Capítulo IV - Dos Servidores Federais Requisitados
- Capítulo V - Dos Servidores Cedidos

Título VI - DO REEMBOLSO

Título VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º. O Plano de Assistência à Saúde – TRTer SAÚDE tem por finalidade oferecer aos seus beneficiários um programa de promoção e recuperação da saúde, capaz de proporcionar a manutenção de níveis adequados de saúde física e mental e garantia de condições compatíveis com o pleno desempenho de suas atividades.

CAPÍTULO II DA IMPLANTAÇÃO

Art. 2º. O Plano de Assistência à Saúde prevê alterações conforme disponibilidade orçamentária.

Art. 3º. A utilização do Plano de Assistência à Saúde implica a aceitação, por parte do beneficiário, das condições estabelecidas neste regulamento.

Art. 4º. O descumprimento das normas regulamentares deste Plano por parte do beneficiário poderá acarretar, a critério da Administração, o cancelamento, de ofício, de sua inscrição.

Art. 5º. A prática de irregularidade para obtenção ou utilização do Plano de Assistência à Saúde sujeitará o beneficiário às cominações disciplinares, civis, administrativas e penais cabíveis.

Art. 6º. A Administração poderá, a seu critério, alterar a forma de concessão e/ou limitações de quaisquer tipos de assistência, bem como os percentuais de participação do beneficiário.

CAPÍTULO III DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 7º. Poderão ser considerados beneficiários titulares, para os efeitos do presente plano:

I - os desembargadores, juízes e servidores, ativos e aposentados, os juízes classistas aposentados do quadro do TRT, inclusive os ocupantes dos cargos em comissão CJ-1 a CJ-4;

II - os servidores federais requisitados e os servidores removidos com função comissionada designada, que comprovadamente não possuírem Planos de Saúde no órgão de origem, ou cuja cessão ou remoção implique a perda do direito de utilização do Plano de Saúde do referido órgão.

III - os servidores do quadro do TRT cedidos para outros órgãos, com ônus do TRT – 3ª Região;

IV - os desembargadores, juízes e servidores, ativos, inclusive os ocupantes dos cargos em comissão CJ-1 a CJ-4, para fins de tratamento em

decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame periódico;

V - os servidores federais requisitados e removidos, que possuem ou não Planos de Saúde no órgão de origem, para fins de tratamento em decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame periódico.

VI - os pensionistas de acordo com o art. 217, I, alínea “a” e “c” da Lei nº 8112/90;

VII - os servidores federais removidos sem função comissionada designada, que comprovadamente não possuem Planos de Saúde no órgão de origem, conforme Recomendação CSJT nº 07/2009.

§ 1º. Estendem-se os direitos e obrigações dos servidores federais removidos aos servidores com lotação provisória conforme art. 84 da lei 8.112/90.

§ 2º. Os desembargadores, juízes e servidores, ativos, inclusive os ocupantes dos cargos em comissão CJ-1 a CJ-4, para fins de tratamento em decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame periódico que optaram por dispensar o benefício oferecido através da empresa contratada pelo TRT farão jus ao reembolso das despesas advindas de tratamento em decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame médico periódico, conforme disposto no art. 47 deste Regulamento.

Art. 8º. Poderão ser inscritos, como beneficiários dependentes, o cônjuge, o companheiro ou o parceiro de relação homoafetiva estável dos beneficiários titulares descritos no art. 7º, incisos I, II, III e VII.

§ 1º. Considera-se companheiro ou companheira a pessoa que mantenha união estável com o beneficiário titular.

§ 2º. Considera-se parceiro ou parceira a pessoa que mantenha relação homoafetiva estável com o beneficiário titular.

§ 3º. Para comprovação da existência de união estável, na forma do disposto no parágrafo anterior, consideram-se os seguintes documentos:

- I - certidão de casamento religiosa;
- II - certidão de nascimento de filho havido em comum;
- III - declaração do imposto de renda do servidor em que conste o interessado como seu dependente;
- IV - disposições testamentárias;
- V - declaração especial feita perante tabelião;
- VI - prova de mesma residência e domicílio;
- VII - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade de comunhão nos atos da vida civil;
- VIII - procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- IX - conta bancária conjunta;
- X - registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do servidor;

XI - apólice de seguro da qual conste o servidor como instituidor do segurado e a pessoa interessada como sua beneficiária;

XII - ficha de tratamento em instituição de Assistência Médica, a qual conste o servidor como responsável;

XIII - escritura de compra de imóvel pelo servidor, em nome do interessado;

XIV - qualquer outro elemento que possa levar à convicção do fato a comprovar.

§ 4º. Para comprovação da existência de relação homoafetiva estável, na forma do disposto no parágrafo anterior, consideram-se os documentos descritos nas alíneas III a XIV do § 3º.

§ 5º. Dentre os documentos enumerados nos parágrafos anteriores, os apresentados pelo interessado serão analisados em conjunto, corroborados, quando for o caso, mediante justificação administrativa, com vistas à comprovação de que trata o caput deste artigo.

§ 6º. Quando desembargadores, juízes e servidores forem cônjuges, companheiros ou parceiros entre si, serão sempre considerados individualmente como beneficiários titulares.

Art. 9º. Poderão ser inscritos como beneficiários especiais os seguintes familiares dos desembargadores, juízes e servidores, beneficiários titulares, citados no art. 7º, incisos I, II, III e VII.

- I – os filhos ou enteados;
- II – mãe e pai;
- III – menor sob guarda judicial.

§ 1º. Os pensionistas, de acordo com o art. 217, II, alínea “a” da Lei nº 8112/90, e os servidores requisitados municipais e estaduais poderão ser inscritos como beneficiários especiais.

§ 2º. Fica o beneficiário titular obrigado a informar o número do CPF do beneficiário especial, filho ou enteado, após completar 18 anos, junto a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde.

§ 3º. Os servidores municipais e estaduais requisitados farão jus ao reembolso das despesas advindas de tratamento em decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame periódico, conforme disposto no art. 47 deste Regulamento.

Art. 10. O direito do beneficiário de utilizar os serviços, conforme disposto neste Regulamento, cessará nas seguintes hipóteses:

- I) Em se tratando de beneficiário titular:
 - a) licença e afastamento sem remuneração;
 - b) exoneração;
 - c) demissão;

- d) destituição do cargo em comissão CJ-1 a CJ-4, salvo se o servidor for detentor de cargo efetivo no órgão;
- e) retorno ao órgão de origem do servidor federal requisitado e removido;
- f) cancelamento de ofício da inscrição;
- g) cancelamento voluntário da inscrição;
- h) falecimento.

II) Em se tratando de beneficiário dependente:

- a) perda do direito do beneficiário titular, conforme art. 10 inciso I, alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f”, “g” e “h”;
- b) separação judicial ou divórcio;
- c) fim da união estável, ou dissolução da relação homoafetiva estável, informado por escrito, pelo beneficiário titular;
- d) cancelamento de ofício da inscrição;
- e) cancelamento voluntário da inscrição;
- f) falecimento.

III) Em se tratando de beneficiário especial:

- a) perda do direito do beneficiário titular, conforme art. 10 incisos I, alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f”, “g” e “h”;
- b) cancelamento de ofício da inscrição;
- c) cancelamento voluntário da inscrição;
- d) falecimento.

§ 1º. Nos casos de desligamento do beneficiário titular, o cônjuge, o companheiro ou o parceiro, beneficiário dependente, bem como filho, enteado, mãe e pai, beneficiários especiais, serão excluídos.

§ 2º. Nos casos de falecimento do beneficiário titular, e após deferimento administrativo, o cônjuge, companheiro ou parceiro, beneficiário dependente, passa a se enquadrar como beneficiário titular, conforme art. 7º, inciso VI e poderá requerer sua nova inscrição observando o disposto no art. 11.

§ 3º. Nos casos de falecimento do beneficiário titular, e após deferimento administrativo, o beneficiário especial filho ou enteado passa a se enquadrar no art. 9º, § 1º e poderá requerer sua nova inscrição observando o disposto no art. 11.

§ 4º. O beneficiário titular, dependente e especial excluídos tem direito de permanecer como cliente da Empresa contratada pelo TRT, se responsabilizando pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observado o exposto no instrumento contratual firmado.

§ 5º. Nos casos de falecimento do beneficiário titular, o beneficiário especial, mãe e pai, serão excluídos, tendo direito de permanecer como cliente da Empresa contratada pelo TRT, se responsabilizando pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observado o exposto no instrumento contratual firmado.

§ 6º. Ao completar 21 anos, o beneficiário especial, menor sob guarda judicial, será excluído, tendo direito de permanecer como cliente da Empresa contratada pelo TRT, se responsabilizando pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observado o exposto no instrumento contratual firmado.

§ 7º. Quando o ocupante do cargo em comissão CJ-1 a CJ-4 for destituído, salvo se o servidor for detentor de cargo efetivo no órgão, será excluído como beneficiário titular, bem como os beneficiários dependentes e especiais a ele vinculados, tendo direito de permanecerem como cliente da Empresa contratada pelo TRT, se responsabilizando pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observado o exposto no instrumento contratual firmado.

CAPÍTULO IV DA INSCRIÇÃO

Art. 11. Aqueles que preencherem os requisitos enumerados no art. 7º, 8º e 9º deverão requerer sua inscrição, encaminhando o formulário padrão devidamente preenchido a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde.

§ 1º. O desembargador, juiz ou servidor é responsável pela solicitação de cadastro do cônjuge, companheiro ou parceiro, filho, enteado, pai e mãe junto à Secretaria Geral da Presidência ou à Diretoria da Secretaria de Pessoal, respectivamente. Este procedimento é pré-requisito para efetiva inclusão do beneficiário dependente e do beneficiário especial.

§ 2º. Os servidores federais requisitados e removidos deverão encaminhar a declaração do órgão de origem de que não é beneficiário de outro plano de saúde, juntamente com o formulário de inscrição.

§ 3º. O beneficiário especial só poderá ser incluído caso o desembargador, juiz ou servidor, beneficiário titular, ou o pensionista citado no art. 9º 1º possua margem consignável em folha de pagamento para fazer face às despesas, observando o disposto no artigo 44 § 3º e § 4º.

§ 4º. Os servidores federais removidos, sem função comissionada designada, deverão apresentar à Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, no ato de sua inscrição a declaração do Órgão de Origem de que não é beneficiário de outro plano de saúde, juntamente com o formulário de inscrição, cópia do último contracheque e Guia de Recolhimento da União (GRU), com a quitação do valor total do mês subsequente, do plano de saúde contratado. Toda a documentação deverá chegar à Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde até o dia 15 de cada mês para que a inclusão se dê a partir do primeiro dia do mês subsequente ao mês de solicitação de inclusão. Será responsabilidade do servidor removido, sem função comissionada designada, o envio mensal do contracheque do Órgão de Origem.

§ 5º. A ausência de quitação dos valores devidos, discriminados na Guia de Recolhimento da União, paga pelo servidor removido, sem função

comissionada, enseja o cancelamento da inscrição destes beneficiários titulares e seus beneficiários especiais e dependentes por inadimplência.

Art. 12. No ato da inscrição, o requerente autorizará a promoção dos meios necessários para efetuar o pagamento de sua parcela de participação enquanto beneficiário titular e do beneficiário dependente e especial, se for o caso, de acordo com o previsto nos arts. 40, 42, 43 e 44, assim como a realização de perícias médicas e/ou odontológicas a qualquer momento, em orçamentos de qualquer valor.

Art. 13. A Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde emitirá carteira de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços oferecidos pela rede credenciada diretamente ao TRT conforme disposto no art. 16, inciso I, deste Regulamento, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de inscrição do beneficiário nesta Subsecretaria.

§ 1º. Os beneficiários com direito a utilizar os serviços oferecidos por Empresa contratada pelo TRT, receberão a carteira de identificação no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de inscrição na Subsecretaria supracitada.

§ 2º. De posse da carteira de identificação o beneficiário poderá, automaticamente, usufruir os serviços oferecidos.

§ 3º. Fica o beneficiário obrigado a comunicar, por escrito, a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, os casos de perda ou extravio da carteira de identificação, seja do TRTer SAÚDE e ou da Empresa contratada pelo TRT, sendo que a utilização indevida até a data do comunicado é de sua responsabilidade. A Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde providenciará a emissão da 2ª via ou a solicitação da mesma junto a Empresa contratada pelo TRT, observando os prazos citados no *caput* e § 1º deste art.

CAPÍTULO V DO DESLIGAMENTO

Art. 14. Em caso de desligamento deste Plano, deverão ser observados os seguintes procedimentos:

I - nos desligamentos decorrentes das hipóteses previstas no art. 10 inciso I, alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, e “e”, o beneficiário titular deverá quitar seu débito e do beneficiário dependente, se for o caso, mediante pagamento a ser efetuado na Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, integralmente, no ato do desligamento;

II - nos desligamentos decorrentes das hipóteses previstas no art. 10, inciso I, alíneas “f” e “g”, com continuidade de gozo dos direitos funcionais, o saldo de custeio, se houver, continuará sendo liquidado de acordo com os arts. 42, 43 e 44;

III - no desligamento decorrente da hipótese prevista no art. 10, inciso I, alínea “h”:

a) o saldo advindo da participação no custeio dos serviços prestados através de instituições e credenciados diretamente ao TRT, se houver, continuará sendo quitado pelos pensionistas, de acordo com o art. 42 § 1º e § 4º.

b) o saldo advindo da participação no custeio dos serviços prestados através de instituições e credenciados vinculados à Empresa contratada pelo TRT, se houver, continuará sendo quitado pelos pensionistas, de acordo com o art. 44, caput, § 1º, § 2º, §6º, §7º e § 8º;

c) o TRT liquidará o saldo de custeio, se houver, quando o beneficiário titular não possuir pensionista;

IV - nos casos dos desligamentos decorrentes das hipóteses previstas no art. 10, inciso II, alíneas “b”, “c”, “d”, “e” e “f” e inciso III, alíneas “b”, “c” e “d”, o saldo de custeio ou os valores consignáveis em folha de pagamento, se houver, continuará sendo quitado pelo beneficiário titular de acordo com os arts. 42, 43 e 44.

V - O beneficiário titular fica obrigado a informar a Secretaria Geral da Presidência ou a Diretoria da Secretaria de Pessoal e a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde a separação judicial, o divórcio, bem como o fim da união estável ou a dissolução da relação homoafetiva estável. A não observância desta exigência obrigará o beneficiário titular a arcar com o pagamento integral das despesas de procedimentos realizados pelo beneficiário dependente, bem como o custeio per capita pago pelo TRT à Empresa contratada.

VI – O beneficiário titular fica obrigado a informar, por escrito, a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde o falecimento do beneficiário dependente. A não observância desta exigência obrigará o beneficiário titular a arcar com o custeio per capita pago pelo TRT a Empresa contratada.

VII – O beneficiário titular fica obrigado a informar, por escrito, a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde quando ocorrer o falecimento do beneficiário especial, filho, enteado, pai ou mãe ou o cancelamento voluntário da inscrição. A não observância desta exigência acarretará a continuidade do desconto da mensalidade consignada em folha de pagamento.

a) a suspensão dos valores consignáveis em folha de pagamento ocorrerá quando transcorrido os prazos contratuais estipulados com a empresa contratada pelo TRT.

§ 1º. Em quaisquer casos de desligamento, é obrigatória a devolução imediata das carteiras de identificação do TRTer SAÚDE e da Empresa contratada pelo TRT a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde.

§ 2º. A solicitação para reingresso poderá ser feita a qualquer momento, cabendo a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde verificar a possibilidade.

§ 3º. Haverá carência, na forma da lei, no caso de reingresso do beneficiário especial, quando o beneficiário titular houver solicitado anteriormente o cancelamento voluntário da inscrição do beneficiário especial a ele vinculado.

TÍTULO II DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E PARAMÉDICA

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15. A assistência médica e paramédica será prestada:

I - por profissionais e instituições credenciados diretamente ao TRT conforme disposto no art. 35 para prestação dos serviços estipulados no art. 16 e 21

II - por profissionais e instituições vinculados à Empresa contratada pelo TRT para prestação dos serviços estipulados no art. 17 nas cidades do Estado de Minas Gerais onde o TRT possui Vara do Trabalho e em caráter emergencial, em nível nacional.

III - por profissionais e instituições de livre escolha:

a) nos casos de atendimentos estipulados no art. 16, inciso I e II, o beneficiário terá suas despesas reembolsadas de acordo com o disposto no art. 47.

b) nos casos de atendimentos estipulados no art. 17, o beneficiário terá suas despesas reembolsadas de acordo com o disposto no art. 48.

CAPÍTULO II DA FORMA DE CONCESSÃO / LIMITAÇÕES

Art. 16. A cobertura assegurada por profissionais e instituições credenciados diretamente ao TRT compreenderá:

I – Assistência aos beneficiários titulares e dependentes, por ano civil (não cumulativo),

a) 40 (quarenta) sessões de RPG, realizadas por fisioterapeuta, sendo necessária autorização prévia emitida pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde;

b) assistência odontológica conforme disposto no art. 21 deste Regulamento mediante perícia prévia realizada pela Subsecretaria de Assistência Odontológica.

II – Assistência à população ativa prestando serviço no TRT 3ª Região, por ano civil (não cumulativo), sendo necessária autorização prévia da Subsecretaria de Assistência Psicológica, mediante apresentação de parecer de psicólogo credenciado nos moldes definidos pela Resolução Nº 30/2001 do Conselho Federal de Psicologia:

- a) 40 (quarenta) sessões de psicologia clínica individual, exceto para os CIDs F 20 a F 29; F 31, F 33, F 50, F 84;

III – Assistência à população ativa e prestando serviço no TRT 3ª Região, para fins administrativos:

- a) perícias médicas na especialidade de psiquiatria e de ortopedia realizadas nas dependências do TRT.
- b) Exame Neuropsicológico em psicologia clínica. Os atendimentos serão realizados no consultório da rede credenciada ao TRT 3ª, mediante encaminhamento da Subsecretaria de Assistência Psicológica.

Art. 17 - A cobertura assegurada pela Empresa contratada pelo TRT aos beneficiários titulares, dependentes e especiais compreenderá:

I – Assistência ambulatorial:

- a) consultas médicas em número ilimitado;
- b) intervenções cirúrgicas ambulatoriais;
- c) medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados no transcorrer do atendimento ambulatorial;
- b) serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento fora do regime de internação hospitalar;
- c) radioterapia, quimioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal;
- d) tratamento psiquiátrico e de dependência química, na forma e nos limites previstos na Resolução CONSU;
- e) sessões de fisioterapia critério do médico assistente, sem limite de quantidade.

II - Assistência médico-hospitalar:

- a) diárias de paciente com acomodações em apartamento individual com banheiro, direito a acompanhante, vedada a limitação de prazo;
- b) alimentação de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos, vedada a limitação de prazo;
- c) utilização de centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva, leitos especiais e toda a aparelhagem necessária ao tratamento do paciente durante a internação hospitalar, vedada a limitação de prazo;
- d) honorários da equipe médica;
- e) transfusão de sangue e seus derivados, durante o período de internação;
- f) medicina fisiátrica e de reabilitação, sem finalidade estética, e sessões de fisioterapia a critério do médico assistente, sem limite de quantidade;
- g) remoção em ambulância, na forma da lei;
- h) cirurgias éticas e plásticas não-estéticas, quando efetuadas exclusivamente para restauração de funções fisiológicas;
- i) atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações no processo gestacional, bem como abortamentos determinados exclusivamente em razão do risco de morte da gestante, desde

- que observados os princípios da de ontologia médica, além de despesas com berçário, bem como cobertura assistencial ao recém-nascido, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida;
- j) exames complementares especializados para diagnósticos, controle de tratamento e evolução da doença que motivou a internação, até a alta hospitalar;
 - k) tratamento psiquiátrico e de dependência química, na forma e nos limites determinados pela legislação em vigor;
 - l) cirurgias esterilizadoras quando sob indicação terapêutica, observados os procedimentos éticos pertinentes;
 - m) doenças crônicas preexistentes;
 - n) alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
 - o) serviços gerais de enfermagem;
 - p) despesas com próteses, órteses e acessórios ligados ao ato cirúrgico, excetuando-se o uso para fins estéticos;
 - q) materiais, medicamentos, anestésicos e gases medicinais necessários ao tratamento até a alta hospitalar;
 - r) transplantes de rins e córnea e implantes, incluindo despesas com doadores vivos até a alta hospitalar;
 - s) radioterapia, quimioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal;
 - t) fonoaudiologia e foniatria para paciente em UTI neonatal (observado o disposto na alínea “i”) e pacientes traqueostomizados, em casos indicados pelo médico assistente.

§ 1º. Caso a empresa contratada possua transporte aeromédico médico o beneficiário titular poderá optar por este serviço, sendo que sua opção se estenderá obrigatoriamente a seus beneficiários dependente e especial e o custeio se dará de acordo com o disposto no art. 44 § 2º, § 3º e §7º.

Art. 18. Os magistrados, servidores do quadro do Tribunal, requisitados das esferas federal, estadual e municipal, removidos, servidores com lotação provisória na forma do art. 84 da Lei 8112/90, de 1990 e ocupantes de cargos em comissão CJ-1 a CJ-4, todos ativos, têm direito ao Exame Médico Periódico, cuja periodicidade será definida pela Diretoria da Secretaria de Saúde, em conjunto com a Subsecretaria de Assistência Médica e pela Subsecretaria de Assistência à Saúde Ocupacional, considerando os riscos inerentes à execução da atividades desenvolvidas no Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

Art. 19. Não serão cobertos pela assistência médica, os seguintes procedimentos:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) medicamentos sem registro na ANVISA;
- c) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidas pelas autoridades competentes (Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina);
- d) cirurgias para mudança de sexo;
- e) atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, cataclismas, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem

- pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- f) tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes;
 - g) vacinas;
 - h) medicamentos importados não nacionalizados;
 - i) tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, inseminação artificial, técnica de reprodução artificial e estudo de DNA e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico para todos os tipos de impotência sexual;
 - j) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - k) cirurgias plásticas, exceto as reparadoras;
 - l) tratamentos clínicos e cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado à obesidade mórbida) ou ganho de peso;
 - m) tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, exceto quando a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, desde que justificado pelo laudo do médico cooperado assistente e do ortopedista, ficando ainda o associado sujeito à perícia médica;
 - n) medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministradas em internações ou durante atendimentos em ambulatório, urgência e emergência, ficando claro que não será fornecido qualquer medicamento para tratamento domiciliar, exceto nos casos de quimioterapia oral;
 - o) necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - p) investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar;
 - q) aparelhos ortopédicos; órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
 - t) despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhantes nos termos da lei ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;
 - u) implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim;
 - v) tratamentos em SPA (exceto para obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - w) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
 - x) investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
 - y) identificação de cadáveres ou restos mortais.

CAPÍTULO III DO ATENDIMENTO

Art. 20. Para utilizar os serviços oferecidos o beneficiário deverá:

I - apresentar-se ao profissional ou à instituição credenciados diretamente ao TRT conforme disposto no art. 35, munido da carteira de identificação de beneficiário, fornecida pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, juntamente com outro documento de identidade, e da autorização conforme disposto no art. 16, inciso I, deste Regulamento.

II – obter junto a Empresa contratada pelo TRT os esclarecimentos sobre a forma de acesso aos profissionais e instituições a ela vinculadas e os critérios estabelecidos por tal Empresa.

TÍTULO III DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21. A assistência odontológica será prestada aos beneficiários titulares e beneficiários dependentes, pelos profissionais credenciados e/ou de livre escolha e compreenderá:

- I - Consultas e procedimentos preventivos;
- II - Dentisteria básica;
- III - Periodontia;
- IV - Endodontia;
- V - Radiologia, compreendendo: radiografias periapicais, “bite-wing”, oclusais, panorâmicas e da ATM;
- VI - Cirurgia e traumatologia buco maxilo faciais;
- VII – Prótese dentária;
- VIII - Reabilitação oral nos casos de acidente de trabalho;
- XIX - Tratamento das disfunções da articulação têmporo-mandibular e dores orofaciais;
- X – Estomatologia.

§ 1º. O beneficiário titular ou dependente poderá utilizar a assistência odontológica de livre escolha se não houver, na localidade onde o beneficiário procurou o atendimento odontológico, corpo clínico credenciado conforme art. 35, devendo se submeter à perícia inicial e final.

§ 2º. Nos casos de emergência comprovada o beneficiário titular ou dependente poderá utilizar a assistência odontológica de livre escolha em qualquer localidade, sendo que o valor a ser reembolsado observará o disposto no art. 47 § 5º.

§ 3º. Considera-se consulta de urgência ou emergência todo atendimento que não se constitua em passo intermediário e/ou final de tratamento e nos seguintes casos: odontalgias, hemorragias, drenagens de abscessos, recimentação de coroas e pontes, alveolite, fraturas dentárias e ósseas e deslocamento de restaurações com comprometimento estético.

§ 4º. Na hipótese prevista no parágrafo anterior, fica o beneficiário titular ou dependente obrigado a solicitar do profissional que o atendeu,

laudo que caracterize a necessidade de atendimento, comparecendo ou enviando, conforme o caso, laudo, radiografias e o pedido de reembolso à Subsecretaria de Assistência Odontológica para perícia.

§ 5º. Para a repetição dos serviços de Prótese Dentária, Dentística e Endodontia deverá ser observada carência de 02 (dois) anos. Para a repetição de restaurações em resina composta em dentes posteriores e restaurações estéticas indiretas (código 4051 da Tabela de Honorários) deverá ser observada carência de 04 (quatro) anos, seja realizada pelo mesmo cirurgião-dentista ou não.

§ 6º. Após a conclusão do tratamento endodôntico, o beneficiário deverá providenciar a restauração final tão logo quanto possível. Caso haja necessidade de retratamento endodôntico pela não observação do disposto acima, o ônus do retratamento recairá integralmente sobre o beneficiário.

§ 7º. Para tratamentos em Prótese Dentária deverá ser observado o limite de valor por beneficiário informado na Tabela de Honorários Odontológicos. Este valor, não cumulativo, poderá ser renovado a cada 02 (dois) anos.

Art. 22. Os magistrados, servidores do quadro do Tribunal, requisitados das esferas federal, estadual e municipal, removidos, servidores com lotação provisória na forma do art. 84 da Lei 8112/90, de 1990 e ocupantes de cargos em comissão CJ-1 a CJ-4, todos ativos, têm direito ao Exame Odontológico Periódico, cuja periodicidade do exame ou da consulta de manutenção preventiva será definida pela Diretoria da Secretaria de Saúde, em conjunto com a Subsecretaria de Assistência à Saúde Ocupacional e a Subsecretaria de Assistência Odontológica, mediante agendamento na Subsecretaria de Assistência Odontológica ou na rede credenciada com o uso de formulário próprio, ou em consultórios de profissionais não credenciados, observado o disposto no art. 47, deste Regulamento.

CAPÍTULO II DA FORMA DE CONCESSÃO / LIMITAÇÕES

Art. 23. Não serão cobertos pela assistência odontológica os seguintes procedimentos:

- I - implantes;
- II - tratamentos ortodônticos;
- III - procedimentos não codificados pela Tabela de Honorários Odontológicos do TRT;
- IV - próteses com facetas laminadas de porcelana;
- V - restaurações “inlay” e “onlay” de porcelana;
- VI - coroas de jaqueta de cerâmica pura;
- VII - cirurgias buco-maxilo-faciais com finalidade estética;
- VIII - substituições de restaurações com finalidade estética;

IX - documentações complementares relacionadas a implantes e tratamentos ortodônticos.

Parágrafo Único. Em se tratando de tratamento decorrente de acidente de trabalho, não se aplica o disposto nos incisos I, II, VII, tendo o beneficiário direito a todo tratamento que se fizer necessário, desde que a necessidade do tratamento esteja confirmada por parecer da Subsecretaria de Assistência Odontológica.

Art. 24. Nos tratamentos odontológicos em que o beneficiário titular ou dependente optar por serviços que utilizem ouro, a despesa decorrente do uso deste material será exclusivamente de sua responsabilidade.

CAPÍTULO III DO ATENDIMENTO

Art. 25. Para usufruir a assistência odontológica junto à rede credenciada ou nos casos de livre escolha é imprescindível a realização de perícia prévia realizada pela Subsecretaria de Assistência Odontológica.

Art. 26. Ao optar pela rede credenciada, o beneficiário titular ou dependente deverá se apresentar ao profissional, munido da carteira de identificação de beneficiário, fornecida pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, juntamente com outro documento de identidade e do formulário PTO (Plano de Tratamento e Orçamento). O formulário encontra-se disponível nos sítios da INTRANET e INTERNET (www.trt3.jus.br).

§ 1º. Para a realização das radiografias descritas no Art. 21, inciso V, o beneficiário titular ou dependente deverá se dirigir a uma clínica de radiologia odontológica credenciada, de posse de sua Carteira de Identificação do Beneficiário e da solicitação de radiografias assinada por um cirurgião-dentista. Nas localidades onde não houver clínica credenciada nesta especialidade, o beneficiário titular ou dependente poderá utilizar a assistência de livre escolha e solicitar o reembolso conforme descrito no art. 47.

Art. 27. O beneficiário titular lotado ou residente na capital e seu dependente deverão dirigir-se ao profissional credenciado para exame clínico inicial e elaboração do “plano de tratamento e orçamento”, através do preenchimento do PTO. De posse dessa documentação, deverá marcar horário na Subsecretaria de Assistência Odontológica para que seja efetuada a perícia inicial.

§ 1º. O beneficiário titular lotado ou residente nas cidades do interior do Estado e seu dependente deverão dirigir-se ao profissional credenciado para exame clínico inicial e elaboração do “plano de tratamento e orçamento”, através do preenchimento do PTO, e deverá encaminhá-lo à Subsecretaria de Assistência Odontológica para autorização, juntamente com as radiografias solicitadas pelo credenciado e laudo justificando a proposta de tratamento, se for o caso.

§ 2º. Quando não houver rede credenciada na localidade onde o serviço irá ser efetuado e este for coberto pelo Plano, o beneficiário titular ou dependente deverá dirigir-se a um profissional de sua livre escolha munido do PTO e, posteriormente, encaminhá-lo à Subsecretaria de Assistência Odontológica para perícia inicial juntamente com as radiografias solicitadas pelo dentista e laudo justificando a proposta de tratamento, se for o caso. Ao final do tratamento o beneficiário titular ou dependente e o dentista deverão assinar nos campos apropriados do PTO e encaminhá-lo à Subsecretaria de Assistência Odontológica juntamente com o Recibo original do profissional que o atendeu, todos devidamente preenchidos, para perícia final.

§ 3º. O cirurgião-dentista da Subsecretaria de Assistência Odontológica emitirá parecer sobre o tratamento proposto, podendo solicitar radiografias e laudos complementares, aprovando-o integralmente ou, se houver discordância, com restrições, informando ainda neste momento se o tratamento é decorrente de acidente de trabalho.

§ 4º. Os tratamentos realizados sem aprovação em perícia inicial prévia ou que incluam procedimentos não constantes da Tabela de Honorários não serão pagos pelo Plano.

§ 5º. Fica a critério da Subsecretaria de Assistência Odontológica a possibilidade de realização de perícia sem a presença do beneficiário titular ou dependente.

Art. 28. Após aprovação do PTO, o beneficiário titular ou dependente deverá, no período máximo de 15(quinze) dias, iniciar o tratamento.

§ 1º. O PTO aprovado e não concluído em até 01 (um) ano da data da perícia inicial será excluído, salvo haja manifestação formal do beneficiário e/ou do cirurgião-dentista solicitando prorrogação deste prazo.

Art. 29. Ao término do tratamento, beneficiário titular ou dependente e cirurgião-dentista deverão atestar, em campo próprio do PTO, a conclusão do serviço.

Art. 30. Até 05 (cinco) dias úteis após a conclusão do tratamento aprovado na perícia inicial, o beneficiário titular ou dependente que optou pela rede credenciada da capital deverá marcar consulta junto à Subsecretaria de Assistência Odontológica, que no prazo de 06 (seis) dias úteis realizará a perícia final. O não cumprimento do prazo pelo beneficiário titular ou dependente acarretará o desconto em folha de pagamento do valor integral das despesas.

§ 1º. O beneficiário titular ou dependente que optou pela rede credenciada do interior do Estado terá 10 (dez) dias úteis, após a conclusão do tratamento inicialmente aprovado, para encaminhar à Subsecretaria de Assistência Odontológica deste Regional as radiografias finais solicitadas pelo credenciado ou pela SAO e o formulário PTO, devidamente assinado, juntamente com o Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA).

§ 2º. O beneficiário titular ou dependente que optou por ser atendido mediante livre escolha, após a conclusão do tratamento inicialmente aprovado, fará o pagamento integral dos honorários ao profissional e terá 30 (trinta) dias para encaminhar à Subsecretaria de Assistência Odontológica as radiografias finais, solicitadas pelo credenciado ou pela SAO, o formulário PTO devidamente assinado e o recibo do profissional, para perícia final.

Art. 31. Em caso de abandono injustificado do tratamento odontológico pelo beneficiário observar-se-á:

I - junto à rede credenciada: fica assegurado o pagamento dos serviços efetivamente prestados, desde que os mesmos estejam comprovados pela assinatura do beneficiário no campo apropriado do PTO quando da perícia final, o qual será integralmente descontado do beneficiário em folha de pagamento.

II - junto aos profissionais de livre escolha: o beneficiário perderá o direito ao reembolso.

§ 1º. Constitui abandono pelo beneficiário quando o mesmo deixar de comparecer às consultas, no decorrer da execução do tratamento, por um período superior a 30 (trinta) dias a contar do último procedimento odontológico realizado, ou a falta não justificada a 03 (três) consultas consecutivas ou não.

§ 2º. Nos casos dispostos neste artigo, o retorno para tratamento fará observar uma carência de 02 (dois) anos.

Art. 32. Poderá haver interrupção no tratamento desde que por motivo justificado, tanto pelo profissional quanto pelo beneficiário, sendo assegurada a remuneração ao profissional pelos trabalhos já efetuados, desde que os mesmos estejam comprovados pela assinatura do beneficiário no campo apropriado do PTO.

§ 1º. A interrupção do tratamento por parte do profissional credenciado por mais de 30 (trinta) dias obrigará o beneficiário a comunicar o fato a Subsecretaria de Assistência Odontológica.

§ 2º. A interrupção do tratamento por parte do beneficiário por mais de 30 (trinta) dias, ou falta injustificada a 03 (três) consultas, obrigará o credenciado a comunicar o fato à Subsecretaria de Assistência Odontológica.

§ 3º. Caberá à Subsecretaria de Assistência Odontológica o julgamento do motivo justificado para os efeitos deste artigo.

Art. 33. Não ocorrendo o cancelamento da consulta, com pelo menos 06 (seis) horas de antecedência, o não comparecimento no horário previamente marcado poderá implicar, após comprovação do fato, o débito ao beneficiário do valor integral da mesma.

Art. 34. Após a realização da perícia final, a Subsecretaria de Assistência Odontológica encaminhará à Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde o documento comprobatório do serviço prestado.

TÍTULO IV DA FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 35. A forma de contratação para prestação dos serviços constantes no art. 16 e no art. 21, será o credenciamento efetuado por inexigibilidade de licitação (inviabilidade de competição, conforme disposto no art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93) mediante edital publicado na imprensa escrita e seguirá a norma de prova de títulos detalhada para credenciamento de pessoa física, e exigência de documentos de habilitação para pessoas jurídicas.

§ 1º. Aqueles que preenchem os requisitos enumerados no art. 7º quer sejam beneficiários ou não, bem como o beneficiário dependente, que prestem os serviços cobertos, são impedidos de se credenciar como pessoas físicas e/ou jurídicas. Caso pertençam ao corpo clínico de entidade credenciada diretamente ou por meio da Empresa contratada pelo TRT poderão prestar aos beneficiários do Plano os serviços cobertos.

§ 2º. O pagamento aos credenciados será efetuado nas formas e períodos estabelecidos nos termos de credenciamento e nos termos de adesão.

Art. 36. A forma de contratação para prestação dos serviços constantes no art. 17 será mediante processo licitatório.

Parágrafo Único. O pagamento à Empresa contratada pelo TRT obedecerá ao estipulado neste processo.

Art. 37. A fiscalização da assistência prestada nos termos deste regulamento será de competência da Diretoria da Secretaria de Saúde.

§ 1º. Constatada qualquer irregularidade ou inadequação dos serviços deverá ser instaurado procedimento administrativo pela Diretoria da Secretaria de Saúde.

§ 2º. Os credenciamentos, bem como a contratação, poderão ser denunciados unilateralmente pelo TRT, devendo o fato ser comunicado a entidade ou profissional credenciado no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

TÍTULO V DO CUSTEIO

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 38. As despesas decorrentes da aplicação deste Plano correrão à conta de recursos próprios do Tribunal Regional do Trabalho - 3ª Região, em programa específico e verba orçamentária destinada ao Plano de Assistência à Saúde.

Art. 39. Nos casos de assistência por intermédio dos profissionais e instituições credenciados diretamente ao TRT conforme disposto no art. 35, a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, a Subsecretaria de Assistência Odontológica, a Subsecretaria de Assistência Psicológica, a Subsecretaria de Assistência à Saúde Ocupacional e a Subsecretaria de Assistência Médica receberão os documentos comprobatórios das despesas realizadas e, após a conferência, autorizarão o pagamento aos profissionais ou instituições que efetivamente prestaram os serviços.

Art. 40. O cálculo para pagamento de profissionais e de instituições credenciados na forma do art. 35, bem como os procedimentos para reembolso previstos no art. 47 serão efetuados com base em tabelas de honorários e despesas do Tribunal.

Art. 41. Os beneficiários indicados no art. 18 deste Regulamento, desde que com efetiva prestação de serviços no Tribunal, são isentos de participar de custeio nos casos de exame periódico, doença ocupacional ou acidente de trabalho.

CAPÍTULO II DOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA REDE CREDENCIADA

Art. 42. Nos casos dos serviços oferecidos através dos profissionais e instituições credenciados diretamente ao TRT conforme disposto no art. 16, inciso I, e art. 21 deste Regulamento, os beneficiários titulares citados no art. 7º, inciso I, II, III, VI e VII e os beneficiários dependentes citados no art. 8º participarão do custo dos procedimentos, apenas quando da sua utilização com a contribuição de 10% (dez por cento) do valor total do procedimento.

§ 1º. A parcela correspondente à participação no custeio será recolhida em folha de pagamento do beneficiário titular no mês subsequente ao recebimento, pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, dos documentos comprobatórios da execução dos serviços e será descontada de uma só vez, se o valor for igual ou inferior a 10% (dez por cento) de sua remuneração bruta mensal. Se for superior, o montante será descontado em parcelas mensais tantas vezes quantas forem necessárias, respeitando-se esse limite, até a quitação do débito, facultada ao beneficiário titular a opção pelo pagamento do valor integral.

§ 2º. O beneficiário titular ou dependente contribuirá com 100% (cem por cento) do valor total, quando os serviços prestados excederem os limites constantes do artigo 16, inciso I, e artigo 21, § 6º, observando o exposto nos arts. 40 e 42 § 1º e § 4º.

§ 3º. Não haverá contribuição da população ativa lotada e prestando serviço no TRT 3ª Região nos casos dos procedimentos advindos do artigo 16, inciso II e III.

§ 4º. A parcela correspondente à participação no custeio do servidor removido, sem função comissionada, e de seu dependente, será paga pelo beneficiário titular, através de Guia de Recolhimento da União, a ser quitada junto à instituição bancária competente, conforme valores informados pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. Os valores serão informados dentro do mês subsequente ao recebimento pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde dos documentos comprobatórios da execução dos serviços e será cobrado de uma só vez, se o valor for igual ou inferior a 10% (dez por cento) de sua remuneração bruta mensal. Se for superior, o montante será cobrado em parcelas mensais tantas vezes quantas forem necessárias, respeitando-se esse limite, até a quitação do débito, facultada ao beneficiário titular a opção pelo pagamento do valor integral. Até o dia 15 de cada mês o beneficiário titular é obrigado a enviar cópia do GRU quitada para a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde.

Art. 43. O percentual constante do art. 42 incidirá sobre os valores estabelecidos pelas tabelas descritas no art. 40.

CAPÍTULO III DOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA EMPRESA CONTRATADA PELO TRT

Art. 44. Nos casos dos serviços prestados por profissionais e instituições vinculados à Empresa contratada, conforme disposto no art. 17, o Tribunal Regional do Trabalho arcará com 80% do valor mensal *per capita* advindo desta contratação. Os beneficiários titulares citados no art. 7º, inciso I, II, III, VI e VII e os beneficiários dependentes citados no art. 8º participarão com 20% do valor mensal *per capita* advindo desta contratação. A parcela correspondente à participação no custeio será descontada em folha de pagamento do beneficiário titular no mesmo mês do recebimento, pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, das informações fornecidas pela Empresa contratada pelo TRT. Os beneficiários titulares que não possuírem folha de pagamento deverão quitar a parcela correspondente à participação no custeio, através de Guia de Recolhimento da União, junto à instituição bancária competente, conforme valores informados pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde.

§ 1º. Os beneficiários titulares citados no art. 7º, inciso I, II, III e VI e os beneficiários dependentes citados no art. 8º participarão com 30% do valor da consulta médica conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos vigente na data do atendimento, realizada através dos serviços oferecidos pela Empresa contratada pelo TRT. A parcela correspondente à participação no custeio será descontada em folha de pagamento do beneficiário titular no mesmo mês do recebimento, pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, das informações fornecidas pela Empresa contratada pelo TRT.

§ 2º. Os beneficiários titulares citados no art. 7º, inciso I, II, III e VI e os beneficiários dependentes citados no art. 8º que optarem pelo transporte

aéreo médico, ficarão responsáveis pelo pagamento. Tal contribuição será descontada em folha de pagamento do beneficiário titular no mesmo mês do recebimento, pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, das informações fornecidas pela Empresa contratada pelo TRT. Caso o TRT venha a negociar outros serviços e estes sejam de interesse do beneficiário, o custeio se dará da forma supracitada.

§ 3º. Será de responsabilidade do beneficiário titular o custeio do preço per capita por faixa etária do beneficiário especial citado no art. 9º, sendo o pagamento efetuado mediante consignação em folha de pagamento. Caso o TRT venha a negociar outros serviços e estes sejam de interesse do beneficiário, o custeio será mediante consignação.

§ 4º. Será de responsabilidade do pensionista, servidor requisitado municipal e estadual citado no art. 9º § 1º, beneficiário especial, o custeio do preço per capita por sua faixa etária, sendo o pagamento efetuado mediante consignação em folha de pagamento. Caso o TRT venha a negociar outros serviços e estes sejam de interesse do beneficiário, o custeio será mediante consignação.

§ 5º. Quando o beneficiário titular, dependente ou especial ultrapassar o período de internação conforme previsto no artigo 17, inciso II, alínea I caberá co-participação, observado o exposto no instrumento contratual firmado. A parcela correspondente à participação no custeio será recolhida em folha de pagamento do beneficiário titular no mês subsequente ao recebimento, pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, dos documentos comprobatórios da execução dos serviços e será descontada de uma só vez, se o valor for igual ou inferior a 05% (cinco por cento) de sua remuneração bruta mensal. Se for superior, o montante será descontado em parcelas mensais tantas vezes quantas forem necessárias, respeitando-se esse limite, até a quitação do débito, facultada ao beneficiário titular a opção pelo pagamento do valor integral.

§ 6º- Os beneficiários titulares citados no art. 7º, inciso VII, e seus beneficiários dependentes citados no art. 8º participarão com 30% do valor da consulta médica conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos vigente na data do atendimento, realizada através dos serviços oferecidos pela Empresa contratada pelo TRT. A parcela correspondente à participação no custeio será paga pelo beneficiário titular, através de Guia de Recolhimento da União, junto à instituição bancária competente, conforme valores informados pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. Até o dia 15 de cada mês o beneficiário titular é obrigado a enviar cópia do GRU quitada para a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde.

§ 7º. Os beneficiários titulares, citados no art. 7º, inciso VII, e seus beneficiários dependente e especial citados no art. 8º e 9º, que optarem pelo transporte aeromédico médico, ficarão responsáveis pelo pagamento. A contribuição correspondente ao custeio deste serviço será paga pelo beneficiário titular através de Guia de Recolhimento da União, junto à instituição bancária competente, conforme valores informados pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. Até o dia 15 de cada mês o

beneficiário titular é obrigado a enviar cópia do GRU quitada para a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. Caso o TRT venha a negociar outros serviços e estes sejam de interesse do beneficiário, o custeio se dará da forma supracitada.

§ 8º- Será de responsabilidade do beneficiário titular citado no art. 7º, inciso VII, o custeio do preço per capita por faixa etária do beneficiário especial citado no art. 9º, sendo o pagamento efetuado pelo beneficiário titular através de Guia de Recolhimento da União, junto à instituição bancária competente, conforme valores informados pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. Até o dia 15 de cada mês o beneficiário titular é obrigado a enviar cópia do GRU quitada para a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. A primeira mensalidade será por pré pagamento.

§ 9º. Quando o beneficiário titular, servidor removido sem função comissionada, e os beneficiários dependentes e especiais a ele vinculados ultrapassarem o período de internação conforme previsto no artigo 17, inciso II, alínea I, caberá co-participação, observado o exposto no instrumento contratual firmado. A parcela correspondente à participação no custeio será paga pelo beneficiário titular através de Guia de Recolhimento da União, junto à instituição bancária competente, conforme valores informados pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. Até o dia 15 de cada mês o beneficiário titular é obrigado a enviar cópia do GRU quitada para a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde. A cobrança será realizada de uma única vez se o valor for igual ou inferior a 05% (cinco por cento) de sua remuneração bruta mensal. Se for superior, o montante será cobrado em parcelas mensais tantas vezes quantas forem necessárias, respeitando-se esse limite, até a quitação do débito, facultada ao beneficiário titular a opção pelo pagamento do valor integral.

CAPÍTULO IV DOS SERVIDORES FEDERAIS REQUISITADOS

Art. 45. A utilização do Plano pelos servidores federais requisitados e removidos obedecerá aos seguintes critérios:

I - os servidores federais requisitados e removidos que possuírem Planos de Saúde no órgão de origem farão jus ao reembolso das despesas advindas de tratamento em decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame médico periódico, conforme disposto no art. 47, § 9º e 11.

II - os servidores federais requisitados e removidos que não possuem Planos de Saúde no órgão de origem, deverão observar o disposto nos arts. 40, 42, 43, 44 e 47. A utilização do Plano pelos servidores federais requisitados obedecerá aos seguintes critérios:

CAPÍTULO V DOS SERVIDORES CEDIDOS

Art. 46. A utilização do Plano pelos servidores do quadro do TRT, cedidos para prestarem serviço em outra entidade, com ônus para o TRT-3ª Região deverão observar o disposto nos arts. 40, 42, 43, 44 e 47.

Parágrafo Único. Os servidores do quadro do TRT, cedidos para prestarem serviço em outra unidade, sem ônus para o TRT-3ª Região, não poderão ser inscritos como beneficiários.

TÍTULO VI DO REEMBOLSO

Art. 47. Nos casos de atendimentos cobertos pelo Plano e realizados por profissionais e instituições não credenciados diretamente ao TRT, conforme disposto no art. 35, os beneficiários farão o pagamento integral dos serviços utilizados tendo direito a reembolso:

I - para as sessões de fisioterapia (RPG) realizadas por beneficiários titulares e dependentes, observando o limite estipulado no art. 16;

II - para as sessões de psicologia clínica individual, realizadas pela população ativa prestando serviço no TRT 3ª Região observado o limite estipulado no art. 16 deste Regulamento somente:

- a) nas localidades onde não houver rede credenciada do TRT 3ª Região;
- b) mediante a apresentação prévia à Subsecretaria de Assistência Psicológica de parecer do psicólogo assistente nos moldes definidos pela Resolução 30/2001, do Conselho Federal de Psicologia,

III - para tratamento odontológico, quando não houver nas cidades onde o serviço for efetuado, profissionais e instituições credenciadas diretamente ao TRT, sendo obrigatória perícia prévia. A perícia prévia será dispensada nos casos advindos do exame odontológico periódico e emergências, conforme art. 21 §3º e §4º deste Regulamento. Nos casos de reembolsos de tratamentos odontológicos, dever-se-á observar o disposto no art. 22, art. 27, §2º e art. 30, §2º.

§ 1º. O reembolso deverá ser solicitado no prazo máximo de 30 (trinta) dias da emissão do documento comprobatório de pagamento.

§ 2º. Somente será aceita a primeira via do documento comprobatório, original, emitido por profissional ou instituição de saúde onde foi prestado o serviço.

§ 3º. O documento comprobatório deverá estar legível e sem rasura e, conter:

- I - nome do beneficiário;
- II - descrição de cada procedimento, inclusive o código da respectiva Tabela;
- III - valor unitário por procedimento;
- IV - valor total dos serviços prestados;
- V - nome do profissional ou instituição, especialidade ou ramo de atuação, número de inscrição no Conselho Regional da respectiva categoria e CPF ou CNPJ, conforme o caso;

- VI - local e data do atendimento/emissão;
- VII - assinatura do profissional sobre carimbo.

§ 4º. A não observância do descrito nos parágrafos anteriores deste título implicará o indeferimento do pedido de reembolso.

§ 5º. Na assistência de livre escolha, o beneficiário será reembolsado em 100% (cem por cento) do valor estabelecido conforme art. 40, após análise dos recibos pela Subsecretaria de Assistência Odontológica, Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, Subsecretaria de Assistência Psicológica, Subsecretaria de Assistência Médica e Subsecretaria de Assistência à Saúde Ocupacional, conforme o caso.

§ 6º. O valor a ser reembolsado, tanto do beneficiário titular como do beneficiário dependente a ele vinculado será creditado na mesma data em que for efetuado o pagamento salarial do beneficiário titular e será discriminado no contracheque, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados da data do recebimento da solicitação deste pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde e em se tratando de tratamento odontológico da data da perícia final, observada a disponibilidade orçamentária prevista no art. 38, deste Regulamento.

§ 7º. Para os servidores cedidos sem ônus para o TRT – 3ª Região, o valor a ser reembolsado será creditado em até 60 (sessenta) dias a contar da data do protocolo do pedido de reembolso na Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, via ordem bancária expedida pela Diretoria da Secretaria de Assuntos Orçamentário e Contábil – DSAOC, observada a disponibilidade orçamentária prevista no art. 38, deste Regulamento.

§ 8º. Não serão aceitos pedidos de reembolso:

- I - dos serviços prestados pelos profissionais e instituições citados no art. 35, § 1º;
- II - dos serviços prestados por profissionais e instituições credenciados.

§ 9º. Os magistrados e servidores do quadro de pessoal do Tribunal em atividade, os ocupantes de cargos em comissão CJ-1 a CJ-4 e os servidores federais requisitados, removidos ou com lotação provisória prevista no art. 84 da Lei 8.112, de 1990, desde que possuam Plano de Saúde em seu órgão de origem, que dispensarem o benefício oferecido por empresa contratada pelo Tribunal com a finalidade de tratamento de doença profissional ou acidente de trabalho e de exame periódico, farão jus ao reembolso das despesas efetuadas até o limite estabelecido pelo art. 40 deste Regulamento, após análise dos recibos pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde, de Assistência à Saúde Ocupacional e de Assistência Odontológica.

§ 10º. Os servidores municipais e estaduais requisitados para fins de tratamento em decorrência de doença profissional ou acidente de trabalho, de acordo com os arts. 212 e 213 da Lei nº 8.112/90 e de exame periódico farão jus ao reembolso das despesas advindas, observando o definido pelo TRT, em 100% (cem por cento) do valor estabelecido conforme art. 40, após

análise dos recibos pela Subsecretaria de Assistência Odontológica, Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde e pela Subsecretaria de Assistência à Saúde Ocupacional, observada a disponibilidade orçamentária prevista no art. 38, deste Regulamento.

§ 11. O valor a ser reembolsado, para o servidor removido, sem função comissionada, como de seu beneficiário dependente a ele vinculado, será creditado em folha de pagamento, emitida pela Diretoria do Serviço de Pagamento de Pessoal, na mesma data em que for efetuado o pagamento salarial no âmbito do TRT 3ª Região, e será discriminado no contracheque, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados da data do recebimento da solicitação deste pela Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde e em se tratando de tratamento odontológico da data da perícia final, observada a disponibilidade orçamentária prevista no art. 38, deste Regulamento.

Art. 48. Nos casos de atendimentos cobertos conforme art. 17, o beneficiário titular, dependente e especial terá suas despesas reembolsadas quando houver a necessidade de atendimento em local onde não exista profissionais e instituições vinculados à Empresa contratada pelo TRT ou nos casos de urgência ou emergência (inclusive fora do Estado de Minas Gerais), assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, quando não for possível a utilização dos serviços vinculados à Empresa contratada pelo TRT, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso.

§ 1º. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da protocolização do pedido na CONTRATADA. Deverão ser observados os critérios estipulados pela Empresa contratada para obtenção deste benefício.

TÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 49. O Plano de Assistência à Saúde estará sob a responsabilidade da Diretoria da Secretaria de Saúde.

Art. 50. O presente Regulamento, o cadastro contendo a relação de profissionais e instituições credenciados diretamente ao TRT conforme disposto no art. 35, com nome, endereço, especialidade e telefone, os formulários requerimento de inscrição, opção pelo transporte aéreo médico, pedido de reembolso e solicitação da 2ª via da carteira de identificação encontram-se disponíveis nos sítios da INTRANET e INTERNET (www.trt3.jus.br).

§ 1º. É responsabilidade da empresa contratada pelo TRT fornecer informações atualizadas sobre os profissionais e instituições a ela vinculados.

Art. 51. O Plano não se responsabilizará pelo insucesso de qualquer tratamento, por eventual acidente operatório ou por dano real ou suposto,

ocasionado por medicamento ou tratamento ministrado por profissional ou entidade prestadora de serviço.

Art. 52. À Diretoria da Secretaria de Saúde, juntamente com a Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde compete, nos termos deste regulamento, implementar o funcionamento do Plano.

Art. 53. A Presidência do Tribunal poderá baixar normas complementares disciplinando a operacionalização das assistências estabelecidas neste regulamento.

Art. 54. A assistência prestada pelo Plano não exclui a utilização dos serviços e vantagens proporcionados pela previdência oficial.

Art. 55. As dúvidas, as interpretações e os casos omissos serão dirimidos pela Presidência deste Tribunal.