

# MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

## BOLETIM DE SERVIÇO

Boletim de Serviço

Ano 9 n.º 12-Especial

Brasília-DF, 23 de março de 2001

Publicação semanal da CGRH/ SAA

### CADERNO DE ATOS

#### 1. SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

**INSTRUÇÃO NORMATIVA N.º 001, DE 23 DE MARÇO DE 2001** - O Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações, resolve:

Instituir, no âmbito do Ministério das Comunicações, as Normas de Adesão e Uso do Programa de Assistência à Saúde – **PRÓ-SAÚDE**, fazendo constar as seguintes modificações:

##### 1. OBJETIVO

Instituir, no âmbito do Ministério das Comunicações, as Normas de Adesão e Uso do Programa de Assistência à Saúde - **PRÓ-SAÚDE**, em conformidade com as alterações exigidas para as novas modalidades de planos de assistência à saúde.

##### 2. REFERÊNCIA NORMATIVA

Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990

Lei nº 8.971, de 29 de dezembro de 1994

Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações

Decreto nº 2.383, de 12 de novembro de 1997

##### 3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os órgãos do Ministério das Comunicações, centralizados e descentralizados.

**4. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NORMAS DE ADESÃO E USO****4.1. FINALIDADE**

- 4.1.1. O Programa de Assistência à Saúde do Ministério das Comunicações - PRÓ-SAÚDE, tem por finalidade proporcionar a seus servidores ativos, inativos e respectivos dependentes, bem como a seus pensionistas, a assistência médica hospitalar, ambulatorial, farmacêutica, odontológica e psicológica, nos termos do presente Regulamento.
- 4.1.2. Os benefícios médicos prestados pelo Ministério das Comunicações, não excluem a utilização dos serviços proporcionados pela assistência médica pública.

**4.2. OBJETO**

- 4.2.1. A assistência à saúde será prestada por instituições especializadas da área médica, mediante contratação de empresa prestadora de serviços, com vistas a assegurar ao beneficiário, padrões adequados de atendimento.
- 4.2.2. A assistência à saúde compreende: (modificado)
- 4.2.2.1. consultas especializadas;
- 4.2.2.2. exames e diagnósticos complementares;
- 4.2.2.3. meios especiais de tratamento :
- tratamento fisioterápico;
  - tratamento fonoaudiológico;
- 4.2.2.4. tratamento clínico e cirúrgico;
- 4.2.2.5. assistência e internação hospitalar.

**4.3. BENEFICIÁRIOS**

- 4.3.1. Os beneficiários do PRÓ-SAÚDE classificam-se em :
- 4.3.1.1. titulares
- 4.3.1.2. dependentes
- 4.3.1.3. pensionistas
- 4.3.2. São considerados beneficiários titulares:
- 4.3.2.1. Os servidores ativos e inativos do Ministério das Comunicações em todo o Território Nacional.
- 4.3.2.2. Os servidores contratados ou requisitados para o desempenho de funções de direção e assessoramento superiores do Ministério das Comunicações, desde que, comprovadamente, não usufruam o mesmo benefício em nenhum outro órgão da administração pública.

#### 4.3.3. São considerados beneficiários dependentes:

- 4.3.3.1. Filho de qualquer condição, enteado, menor sob guarda, sob tutela e todas as demais formas legais, solteiros até 21 anos completos ou até 24 anos completos, se estiver, comprovadamente, estudando, não tendo economia própria, ou filho, comprovadamente inválido, solteiro, sem limite de idade.
- 4.3.3.2. Cônjuge ou companheira(o), mantida(o) há mais de 5 (cinco) anos (a existência de filho em comum supre a exigência do prazo mencionado), conforme Lei nº 8971, de 29/12/94, D.O.U de 30/12/94;
- OBS.: Não será considerado dependente o ex-cônjuge, separado legalmente, ou mesmo não o sendo legalmente, ante a existência de companheiro(a).
- 4.3.3.3. Pai e mãe, sem economia própria, sem limite de idade, sem benefício equivalente e, comprovadamente, dependente do(a) filho(a), servidor(a) do Ministério das Comunicações.
- 4.3.3.4. Irmãos, comprovadamente inválidos, sem limite de idade, desde que os pais sejam dependentes econômicos do beneficiário titular.
- 4.3.4. São considerados beneficiários pensionistas, os dependentes de servidores falecidos, legalmente identificados no Ministério das Comunicações
- 4.3.5. É da responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à Coordenação Geral de Recursos Humanos, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.
- 4.3.6. Para fins do PRÓ-SAÚDE, considera-se sem economia própria, aquele dependente que recebe pensão ou proventos de qualquer natureza, com valor inferior a 02 (dois) salários mínimos brutos.
- 4.3.7. A invalidez, comprovada por laudo médico, determina a dependência, desde que seja de caráter definitivo e permanente.

#### 4.4. INCLUSÃO, REINCLUSÃO E CARÊNCIAS

- 4.4.1. A inclusão do servidor no PRÓ-SAÚDE far-se-á a pedido do interessado, mediante manifestação expressa junto à Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH) do Ministério das Comunicações.
- 4.4.2. Os servidores ativos e inativos disporão do prazo de 90 (noventa) dias contados da contratação de operadora de serviços de assistência à saúde, para solicitarem a sua inclusão e de seus dependentes no PRÓ-SAÚDE, ficando, neste caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados.

- 4.4.3. Os servidores ativos, que vierem a entrar em exercício no Ministério das Comunicações após a data a que se refere o parágrafo anterior, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e a dos seus dependentes no PRÓ-SAÚDE, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.
- 4.4.4. Na hipótese de oferecimento, pelo Ministério das Comunicações, de mais de uma modalidade de Plano de Assistência à Saúde, o beneficiário do PRÓ-SAÚDE que desejar optar por um plano superior ao inicialmente escolhido, deverá submeter-se ao cumprimento de carência de 60 dias para poder dele usufruir, circunstância em que permanecerá e contribuirá para o novo plano, por um período mínimo de 180 (cento e oitenta ) dias, facultado o retorno ao plano inicial após o cumprimento desse período.
- 4.4.4.1. A exclusão do beneficiário de qualquer plano, ou a sua transferência para um plano inferior, somente será permitida após sua permanência por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias no plano aderido, salvo nos casos previstos nos subitens 4.5.1.1, 4.5.1.2 e 4.5.1.4.
- 4.4.5.1. Os servidores ativos, incluídos no PRÓ-SAÚDE, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, que implicará na exclusão também dos seus dependentes.
- 4.4.5.2. Os pensionistas do Ministério das Comunicações poderão ser incluídos no PRÓ-SAÚDE, sem direito à inclusão de qualquer tipo de dependentes, desde que paguem integralmente o valor do plano escolhido.
- 4.4.6.1. Os pensionistas que adquirirem essa condição após a data a que se refere o subitem 4.4.2, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data de habilitação, para solicitarem a sua inclusão no Pró-Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.
- 4.4.7. Os dependentes, que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor no PRÓ-SAÚDE, somente ficarão sujeitos aos eventuais períodos de carência ainda não cumpridos pelo servidor titular, salvo quanto à inclusão de filho recém nascido, filho natural e filho adotivo, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento/adoção.
- 4.4.8 Fica sujeita à carência de 180 (cento e oitenta) dias a reinclusão de beneficiário, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor titular.
- 4.4.9 Não será permitido, num grupo familiar, a utilização de mais de um plano de assistência à saúde.
- 4.4.10 Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos beneficiários do PRÓ-SAÚDE:

A) Dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 4.4.2;

- B) Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do usuário no PRÓ-SAÚDE à empresa contratada;
- C) Consultas médicas.

4.4.11 As carências para utilização dos beneficiários do PRÓ-SAÚDE serão, no máximo, as descritas abaixo:

- A) Exames e tratamentos - 30 (trinta) dias após a inclusão no PRÓ-SAÚDE;
- B) Internações hospitalares - 90 (noventa) dias após a inclusão no PRÓ-SAÚDE;
- C) Partos a termo - 300 (trezentos) dias após a inclusão no PRÓ-SAÚDE.

## **4.5. DESLIGAMENTO**

4.5.1. Cessará o direito, do beneficiário titular e de todos os beneficiários a ele vinculados, bem como dos pensionistas, de usufruírem do PRÓ-SAÚDE, a partir da data da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:

- 4.5.1.1. licenças e afastamentos sem remuneração;
- 4.5.1.2. exoneração, demissão, transferência, dispensa, redistribuição;
- 4.5.1.3. cancelamento voluntário da inscrição e
- 4.5.1.4. falecimento.

## **4.6. CONTRIBUIÇÃO**

- 4.6.1. O servidor e seus dependentes, que aderirem ao PRÓ-SAÚDE, contribuirão, mensalmente, mediante desconto efetuado em folha de pagamento, com valores diferenciados, estabelecidos pelo Ministério das Comunicações, de acordo com suas faixas etárias.
- 4.6.2. Os pensionistas que aderirem ao PRÓ-SAÚDE, contribuirão, mensalmente, mediante desconto em folha de pagamento, com o valor integral cobrado pela empresa CONTRATADA, pelo plano de saúde.
- 4.6.3. Cada beneficiário (servidores ativos, inativos, seus dependentes, e pensionistas) contribuirá adicionalmente, também, de acordo com a utilização dos serviços, na forma a seguir:
  - 4.6.3.1. A partir da décima terceira consulta efetuada, por beneficiário, em cada ano, contado a partir das datas de adesão a este programa, por consulta excedente, contribuirá com o preço dela na tabela da AMB
  - 4.6.3.2. Para cada exame acima do limite de 60 ( sessenta ) por ano, contribuirá, no mês de utilização, com o valor fixo de R\$ 30,00 ( trinta reais ).
  - 4.6.3.3. Os descontos previstos no item 4.6.3 poderão ser parcelados e efetuados mensalmente, a critério da Coordenação - Geral de Recursos Humanos.

## **4.7. CARACTERÍSTICAS**

### **4.7.1. NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS**

4.7.1.1. Atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos Médicos, anexo à Resolução n.º 10, de 03/11/98, do Ministério da Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIM e similares, observadas as seguintes exigências:

A) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré natal, na rede credenciada da CONTRATADA;

B) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, com ou sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente;

C) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- quimioterapia ambulatorial;
- radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de porte anestésico,

D) Cobertura de psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) horas semanais, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, por beneficiário (titular ou dependente) ou por pensionista.

E) Cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação.

### **4.7.2. NOS SERVIÇOS HOSPITALARES:**

4.7.2.1. Atendimentos em unidades hospitalares, observadas as seguintes exigências:

- A) Cobertura de internações hospitalares, sem limitações de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo os procedimentos obstétricos, na rede credenciada da CONTRATADA;
- B) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitações de prazo, valor máximo ou quantidade, a critério do médico assistente;
- C) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- D) Cobertura de exames complementares 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;
- E) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional;
- F) Cobertura de despesas de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 65 (sessenta e cinco) anos e deficientes;
- G) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada, a nível de internação hospitalar:
- hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;
  - quimioterapia;
  - radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
  - hemoterapia;
  - nutrição parenteral ou enteral;
  - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
  - embolizações e radiologia intervencionista;
  - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - fisioterapia;
  - próteses intra-operatórias;
  - material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
  - transplantes de rins e córneas serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação exceto medicação de manutenção; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
  - procedimentos obstétricos.

- H) Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- D) Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

#### **4.7.3. NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA:**

##### 4.7.3.1. Atendimentos de emergência e urgência nos seguintes casos:

- A) De emergência - quando implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- B) De urgência - assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

#### **4.7.4. NOS ATENDIMENTOS PSIQUIÁTRICOS:**

##### 4.7.4.1. Atendimentos psiquiátricos nas seguintes situações:

- A) Transtornos psiquiátricos em situação de crise- custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, por usuário, em hospital psiquiátrico, unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral;
- B) Intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização - custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, por usuário, em hospital geral;
- C) Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

#### **4.7.5. NAS REMOÇÕES**

##### 4.7.5.1 Realização de remoções, observados os seguintes critérios:

- A) Ser solicitada pelo médico assistente, através de relatório em que seja evidenciada a impossibilidade de locomoção do usuário;
- B) Ser realizada até o estabelecimento médico - hospitalar com condições técnicas de prestar o atendimento necessário;



- C) Caso haja necessidade de UTI e/ou acompanhamento médico , o relatório de solicitação do serviço deverá conter tal especificação;
- D) Para realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação, ou de evento essencial à manutenção da saúde do usuário.

#### **4.7.6. NAS ACOMODAÇÕES (modificado)**

- 4.7.6.1. Será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pela CONTRATADA, em enfermaria com, no máximo, 03 (três) leitos (Plano Padrão) ou em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a leito para acompanhante sem os demais ônus para o estabelecimento hospitalar (Plano Master), dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares;
- 4.7.6.2. Quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o plano contratado pelo usuário, no estabelecimento da rede credenciada da CONTRATADA, fica garantido o acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional para o usuário.

#### **4.7.7. NOS REEMBOLSOS DE DESPESAS**

- A) Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede credenciada da CONTRATADA, o reembolso das despesas efetuadas pelos usuários com serviços de assistência à saúde, desde que previstos pelo respectivo plano, será efetuado pela CONTRATADA de acordo com a tabela de preços praticada pela referida empresa, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento;
- B) Nos locais onde não exista rede credenciada pela CONTRATADA, ou em situações que impeçam o atendimento por estes ( greves, paralisações, etc... ), o reembolso ao usuário será efetuado no valor total das despesas efetuadas com a assistência à saúde, desde que previstas no respectivo plano , será efetuado pela CONTRATADA, no prazo máximo de 10 ( dez ) dias úteis, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento;
- C) As despesas efetuadas pelos beneficiários titulares e dependentes, com lentes intra-oculares, terão reembolso total, efetuado pela CONTRATADA, no prazo máximo de 10 ( dez ) dias consecutivos, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento.

#### **4.7.8. NÃO SÃO COBERTOS PELO PRÓ-SAÚDE (modificado)**

- A) Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- B) Pagamento de armações para óculos.
- C) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Complementar.
- D) Aparelhos estéticos, órteses e próteses, e/ou aparelhos usados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico.
- E) Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- F) Tratamentos ou procedimentos relacionados à estimulação conceptiva e fertilização in vitro.
- G) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Complementar.
- H) Materiais e medicamentos não nacionalizados.
- I) Transplantes de órgãos, exceto de rins e córneas.
- J) Despesas de medicação com manutenção pós transplantes.
- K) Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- L) Internações para check-up médico.
- M) Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, aluguel de televisão, refrigerantes, bebidas alcoólicas, lavagem de roupas, flores, gorjetas e indenizações ou destruição de objetos.
- N) Vacinas.

#### **4.8. DISPOSIÇÕES GERAIS (modificado)**

- 4.8.1. Ficam estabelecidas as faixas etárias a seguir, para estabelecimento dos valores a serem cobrados pela empresa contratada para a prestação dos serviços.

até 17 anos  
de 18 a 29 anos  
de 30 a 39 anos  
de 40 a 49 anos  
de 50 a 59 anos  
de 60 a 69 anos  
acima de 70 anos

- 4.8.2. O servidor requisitado, ou contratado para o exercício de função de confiança que tenha qualquer vínculo com a Administração Pública, e desejar aderir ao PRÓ-SAÚDE, apresentará, juntamente com o formulário de adesão, cópia do último contracheque do órgão de origem e a comprovação de não usufruir do mesmo benefício no órgão com que tem vínculo. As alterações salariais que vierem a ocorrer posteriormente, serão formalmente comunicadas à Divisão de Benefícios/CGRH, responsabilizando-se por erros ou omissões decorrentes de falhas neste procedimento.
- 4.8.3. As exclusões de beneficiários do PRÓ-SAÚDE serão tempestivamente comunicadas à organização prestadora dos serviços, pela CGRH.
- 4.8.4. O servidor excluído do PRÓ-SAÚDE é o responsável pela devolução imediata, à CONTRATADA, de sua carteira de identificação e as de seus dependentes, eximindo-se o Ministério das Comunicações de quaisquer ônus advindos após sua exclusão.
- 4.8.5. O uso do serviço de Home care pode ser solicitado pelos familiares, desde que seja comprovado custo inferior ao do uso **de instituição hospitalar**.
- 4.8.6. Considerar-se-á como data de implantação do PRÓ-SAÚDE aquela da formalização do contrato com a organização prestadora do serviço.
- 4.8.7. Os casos omissos serão resolvidos entre as partes envolvidas.
- 4.8.8. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço e revoga as anteriormente publicadas.

**ARTUR NUNES DE OLIVEIRA FILHO** - Subsecretário

***"As informações publicadas são de exclusiva  
responsabilidade das unidades elaboradoras  
dos documentos."***

**MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES**

**Ministro de Estado**

*João Pimenta da Veiga Filho*

**Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração**

*Artur Nunes de Oliveira Filho*

**Coordenadora-Geral de Recursos Humanos**

*Zuleide Guerra Antunes Zerlotini*

**Coordenadora de Desenvolvimento e Benefícios**

*Jeuse Machado Viégas*

**Edição, Editoração Eletrônica e Filtragem de Dados**

*Marcelo Vasques Ferreira*

**Revisão**

*Jeuse Machado Viégas*

Esplanada dos Ministérios - Bloco R - sala 302 - 3º andar

CEP 70044-900 - Brasília-DF

Telefone: (061) 311-6559 ou 311-6768

E-MAIL: boletim@mc.gov.br