

Versão em vigor a partir de 01/01/2025

REGULAMENTO DO PLANO STELLANTIS SAÚDE APARTAMENTO

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A FUNDAÇÃO FIAT SAÚDE E BEM ESTAR, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **41.828-5**, inscritano CNPJ sob o número 12.838.821/0001-80, estabelecida na Avenida Contorno, nº. 3455, Galpão8, SALA 36, , Paulo Camilo, Betim/MG, CEP: 32669-900, classificada como autogestão com mantenedor, neste ato designada como **STELLANTIS SAÚDE MG**, é a instituição que ofertaráe gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde dos Participantes, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º - São MANTENEDORAS do PLANO a FCA FIAT CHRYSLER AUTOMÓVEIS BRASIL LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº **16.701.716/0001-56**, com sede na Av. Contorno, nº **3455**, bairro Paulo Camilo, CEP: **32.669-900**, Betim/MG e a **FCA FIAT CHRYSLER PARTICIPAÇÕES BRASIL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº **33.171.026/0001-51**, com sede na Av. Contorno, nº **3455**, bairro Paulo Camilo, Galpão 42, CEP: 32.669-900, Betim/MG..

Art. 3º - São PATROCINADORAS do PLANO as Pessoas Jurídicas vinculadas societariamente as às MANTENEDORAS e que fizerem a adesão nessa condição, observando-se a legislação vigente sobre a matéria para que a STELLANTIS SAÚDE MG seja considerada autogestão.

Parágrafo Único - A STELLANTIS SAÚDE MG poderá admitir outras MANTENEDORAS e/ou PATROCINADORAS na forma da regulamentação em vigor.

Art. 4º - O PLANO tratado neste instrumento é denominado **STELLANTIS SAÚDE APARTAMENTO** e está registrado na ANS sob o nº. 484.287/19-1, 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: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima e Sete Lagoas, localizados no Estado de Minas Gerais;
- V.** Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VI.** Formação do Preço: Pós-estabelecido em custo operacional.
- VII.** Fator moderador: Coparticipação.

Art. 5º - Além das coberturas previstas nas Seções I e II do **Capítulo IV - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, o **PLANO** assegura o atendimento fora de sua área de abrangência, exclusivamente nos casos de urgência e emergência e nos municípios do território nacional em que exista rede referenciada de outras operadoras conveniadas para este fim.

CAPÍTULO II

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 6º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à Assistência Médica 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 e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

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

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 8º - Poderão se inscrever no **PLANO**:

I - Na Qualidade de **Beneficiário Titular**:

- a) as pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ativo com as empresas **MANTENEDORAS** e/ou **PATROCINADORAS** do Grupo **do grupo Stellantis** observada a regulamentação da ANS aplicável às entidades de autogestão.

II - Na Qualidade de **Beneficiário Dependente do Titular**:

- a) o cônjuge;
- b) o companheiro ou companheira, havendo união estável, nos termos do Código Civil Brasileiro, **sem eventual concorrência com o cônjuge**;
- c) o companheiro ou companheira de união homoafetiva, **obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável**;

- d) os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros, com até 18 (dezoito) anos de idade completos;**
- e) os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros, entre 19 (dezenove) e menor de 24 (vinte e quatro) anos de idade, devidamente matriculados em curso superior regular.
- f) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros, de qualquer idade, incapazes civilmente conforme Código Civil;**
- g) o menor sob guarda ou tutela **concedida por decisão judicial.**

Art. 9º - Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será necessário o preenchimento do Termo de Adesão pelo usuário titular do plano de saúde, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

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

§2º - As inscrições de cônjuge ou de companheiro (a) de união estável ou de companheiro de união homoafetiva são excludentes entre si, não sendo permitida a inscrição cumulativa.

§3º - Somente será aceita a inclusão de enteados, cujo cônjuge / companheiro (a) do Titular seja dependente e apresente documento de guarda do filho (a) emitido por órgão competente, salvo nos casos em que um dos pais seja desconhecido (certidão de nascimento) ou falecido (certidão de óbito).

§4º - Os dependentes serão inscritos mediante apresentação da seguinte documentação:

I - Cônjuge:

- a) Cópia da Certidão de casamento civil;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF.

II - Companheiro:

- a) Cópia da Escritura Pública de União Estável emitida pelo cartório, (emitida nos últimos seis meses, a contar da data de solicitação da inclusão do(a) dependente;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;

III – Filho – até 18 (dezoito) anos completos de idade:

- a) Cópia da certidão de nascimento ou cópia da identidade;

- b) CPF.
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;
- d) Declaração de dependente solteiro (a);

IV – Enteadado – até 18 (dezoito) anos completos de idade:

- a) Cópia da Certidão de nascimento ou cópia da identidade;
- b) Documento de guarda OU Certidão de Óbito conforme parágrafo terceiro da presente cláusula ou declaração que comprove a dependência no IR (Imposto de Renda) do titular ou do(a) dependente;
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;
- d) Declaração de dependente solteiro (a);
- e) CPF.

V - Filho e enteado entre 19 (dezenove) e menor de 24 (vinte e quatro) anos de idade, devidamente matriculados em curso superior regular:

- a) Certidão de nascimento ou cópia da identidade;
- b) Documento de guarda OU cópia da Certidão de Óbito conforme parágrafo terceiro do Regulamento OU Declaração que comprove a dependência no IR (Imposto de Renda) do titular ou do(a) dependente nos casos de enteado;
- c) Comprovante de matrícula em curso superior regular reconhecido pelo MEC ou órgão competente do país em que o dependente está matriculado em curso superior, que deverá ser renovado semestralmente;
- d) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;
- e) Declaração de dependente solteiro (a);
- f) CPF.

VI - Filho/enteado incapaz civilmente:

- a) Cópia da Certidão de nascimento ou cópia da identidade;
- b) Comprovação da incapacidade civil, emitida judicialmente (sentença declaratória de incapacidade) ou administrativamente, por órgão governamental competente;
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;
- d) Declaração de dependente solteiro (a);
- e) CPF.

VII - Menor Sob Guarda:

- a) Cópia da Certidão de nascimento ou cópia da identidade;
- b) Declaração de guarda judicial, definitiva ou provisória, sendo necessária a renovação

anual, no caso de guarda provisória;

- c) Termo de responsabilidade sobre dependente;
- d) Declaração de dependente solteiro (a);
- e) CPF.

Art. 10 - Caberá às **MANTENEDORAS** e/ou **PATROCINADORAS** a inclusão, alteração e exclusão dos Beneficiários, titular e dependente, mediante envio de dados, por interface, entre os sistemas operacionais. São informações obrigatórias, de responsabilidade das **MANTENEDORAS** e/ou **PATROCINADORAS**, para o devido processamento das movimentações cadastrais:

- a) Nome completo do beneficiário (sem abreviações ou caracteres especiais);
- b) Nome completo da mãe (sem abreviações ou caracteres especiais);
- c) CPF dos Titulares, independente da idade, e dos Dependentes;
- d) Endereço completo (logradouro, nº de residência, complemento, bairro, cidade, estado e CEP);
- e) Cidade de nascimento do beneficiário;
- f) Estado civil;
- g) Grau de parentesco com o titular do plano de saúde;
- h) Telefone de contato com DDD e e endereço eletrônico (e-mail) do beneficiário titular do plano.

§1º - Caberá, ainda, às **MANTENEDORAS** e/ou **PATROCINADORAS** a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos Titulares com elas próprias e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes com o Titular quando solicitados pela **STELLANTIS SAÚDE MG**.

§2º - A **STELLANTIS SAÚDE MG** tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 11 - É assegurada a inclusão:

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

§1º - A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das

condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

§2º - Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.

CAPÍTULO IV

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12 - A STELLANTIS SAÚDE MG 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, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, e na rede prestadora de serviços da **STELLANTIS SAÚDE MG**, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I

Da Cobertura Ambulatorial

Art. 13 - A cobertura ambulatorial compreende:

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

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

- III. Consultas / sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente ;**
- IV. psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo) **solicitada pelo médico assistente; ;**
- V. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**
- VI. 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;**
- VII. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, em número ilimitados de sessões por ano, 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 a medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de

forma sinérgica ao tratamento.

- X. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII. Hemoterapia ambulatorial;
- XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 14 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internações hospitalares em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- II. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- III. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;
- IV. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,
- b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.
- V. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;.
- IV. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- V. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, do Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou do Beneficiário com deficiência, **salvo contra indicação justificada do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares independente do local de internação;**
- VI. 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;
- VII. 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;
- VIII. 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 clínicado 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.

IX. 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 tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral e 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) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- 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, conforme Rol da ANS;
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.
- X. 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;
- XI. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XII. Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a eles vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes 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 pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e 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

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.
- XIII.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XIV.** Despesas incluindo 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 entendido como o período que abrange até 10(dez) dias após o parto, **salvo intercorrências, a critério do médico assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.**
- XV.** 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. 15 – O presente Regulamento garante ainda:

- I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35- C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação do profissional assistente;
- III. Equipe necessária à realização do procedimento, caso haja indicação do profissional assistente, observada a regulamentação da ANS;
- IV. Taxas, materiais, contrastes medicamentos e demais insumos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e

registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) observado o disposto na regulamentação;

- V.** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI.** Remoção manutenção ou substituição, quando necessário de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do profissional assistente.

Art. 16 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I.** O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico acontecerá quando 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 portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio
- III.** No plano com cobertura hospitalar, haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data 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.

CAPÍTULO V

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 17 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, especificamente no artigo 10,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 da STELLANTIS SAÚDE MG sem atendimento às condições previstas neste Regulamento ou no Rol da ANS;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde
- IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. 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;
- VII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde da ANS vigente na data do evento;

- VIII. 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;**
- IX. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;**
- X. 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;**
- XI. 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;**
- XII. 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;**
- XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XIV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XV. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**

- XVI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XVII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
- XVIII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- XIX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XX. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;**
- XXI. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XXII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, ressalvados os atendimentos de urgência e emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;**
- XXIII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, com deficiência , nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXIV. Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXV. 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;**
- XXVI. Despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada, desde que por opção do mesmo;**
- XXVII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**

- XXVIII. Avaliação pedagógica;
- XXIX. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXX. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXI. Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXII. Remoção domiciliar;
- XXXIII. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXIV. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VI VIGÊNCIA

Art. 18 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de vigência dos Convênios de Adesão das Patrocinadores/Mantenedoras do plano.

Art. 19 - A data de início de vigência da adesão do Beneficiário ao **PLANO** coincidirá com a data do processamento, pela **STELLANTIS SAÚDE MG**, da comunicação de inscrição do Beneficiário ao **PLANO**, que se dará no prazo de 01 (um) dia útil contado do recebimento, pela **STELLANTIS SAÚDE MG**, da comunicação de inscrição do Beneficiário, nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO VII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 20 - 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 9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência;

- II. 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames complementares de baixa complexidade;
- III. 180 (cento e oitenta) para os demais casos previstos neste Regulamento ou procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do rol de procedimentos pela ANS;
- IV. 300 (trezentos) dias para o parto a termo.

§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 - As carências cumpridas em outros planos privados de assistência à saúde não serão aproveitadas na inscrição e reintegração dos Beneficiários ao PLANO, sendo vedada, por qualquer justificativa, a dispensa do prazo de carência, ressalvado o disposto na regulamentação.

§4º - A portabilidade de carências deverá observar a regulamentação em vigor.

Art. 21 - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou de sua vinculação à **MANTENEDORA** e/ou **PATROCINADORA**;
- II. O Beneficiário Dependente cuja inscrição no **PLANO** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados de sua elegibilidade ao **PLANO**.

CAPÍTULO VIII

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 22 - 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. 23 - 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 horas da adesão do Beneficiário ao Plano;**
- II. **Depois de cumpridas as carências para internação, ,** haverá coberturados atendimentos de urgência decorrente de processo gestacional e de emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência referentes ao processo gestacional e de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

Seção II **Da Remoção**

Art. 24 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

§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.

Art. 25 - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a STELLANTIS SAÚDE MG, desse ônus;
- II. Caberá à STELLANTIS SAÚDE MG o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III. Na remoção, a STELLANTIS SAÚDE MG deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a STELLANTIS SAÚDE MG estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III Do Reembolso

Art. 26 - Será assegurado o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento**, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do **PLANO**, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando o beneficiário não conseguir se utilizar dos serviços próprios ou credenciados pela STELLANTISSAÚDE MG.**

§1º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **STELLANTIS SAÚDE MG**, que não será inferior ao valor praticado pela **STELLANTISSAÚDE MG** 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. Relatório do médico assistente, contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizam a urgência / emergência;
- II. Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica,

Nota Fiscal de Serviços quitada. Em ambos os casos, deverão ser discriminados os seguintes dados:

- a. Nome completo do paciente;
 - b. Procedimento e data de sua realização;
 - c. Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
 - d. Valor dos honorários;
 - e. Nome, número do registro no Conselho Regional de Medicina e CPF do médico;
- III. Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultando à **STELLANTIS SAÚDE MG** periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.

§2º- O reembolso será feito através de transferência bancária ao Beneficiário titular.

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

§4º - O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§5º - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

§6º- Não poderão ser reembolsadas despesas com procedimentos não cobertos por este Regulamento.

§7º - Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste instrumento, conforme o caso.

CAPÍTULO IX MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Cartão de Identificação

Art. 27 - A **STELLANTIS SAÚDE MG** fornecerá aos Beneficiários inscritos o Cartão virtual do Beneficiário, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, ou qualquer outro meio que assegure a fruição dos direitos e vantagens deste Regulamento.

§1º - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão do Beneficiário ou de outros documentos fornecidos pela **STELLANTIS SAÚDE MG**, o Titular obriga-se a comunicar de imediato o fato à mesma, por escrito, **responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela STELLANTIS SAÚDE MG.**

§2º - No caso de emissão de segunda via do Cartão do Beneficiário, decorrente de perda ou dano será cobrada uma taxa de serviço.

§3º - O Beneficiário que admitir a utilização de seu Cartão do Beneficiário por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

§4º - Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, de beneficiário, o Titular a que esteja vinculado obriga-se a devolver, imediatamente, os Cartões do Beneficiário fornecidos **pela STELLANTIS SAÚDE MG, 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.**

Seção II

Padrão de Acomodação

Art. 28 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento *standard*.

§1º - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **STELLANTIS SAÚDE MG**, 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 prestadora de serviços, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

§2º - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **STELLANTIS SAÚDE MG**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede

de serviço será de responsabilidade da **STELLANTIS SAÚDE MG**.

Seção III

Forma de Utilização

Art. 29 - A assistência médico-hospitalar será prestada aos Beneficiários através da rede de prestadores de serviços da **STELLANTIS SAÚDE MG**, obedecidas às determinações deste Regulamento, priorizando a atenção primária à saúde, conforme especificado a seguir:

- I. Consultas: são garantidas as consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo que, nas regiões (municípios e seus limítrofes) em que houver rede de atenção primária definida, o atendimento deve ser realizado previamente, de forma obrigatória, com o médico de referência (clínico geral ou geriatra, pediatra ou ginecologista) disponível no prestador de serviço indicado pela STELLANTIS SAÚDE MG ao Beneficiário (Núcleos de Saúde e Bem Estar da STELLANTIS SAÚDE MG ou Postos Médicos das Fábricas). Caberá ao médico de referência proceder com a indicação ao especialista, quando cabível;**
- II. Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: Após a autorização prévia, o Beneficiário será atendido no prestador de serviço indicado pela STELLANTIS SAÚDE MG (Núcleos de Saúde e Bem Estar da STELLANTIS SAÚDE MG ou Postos Médicos das Fábricas ou consultório/clínica pertencente à rede credenciada do PLANO), ressalvados os casos de urgência ou de emergência;**
- III. Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: Após a autorização prévia, o Beneficiário será atendido no prestador de serviço indicado pela STELLANTIS SAÚDE MG (Núcleos de Saúde e Bem Estar da STELLANTIS SAÚDE MG ou Postos Médicos das Fábricas ou consultório/clínica pertencente à rede credenciada do PLANO), ressalvados os casos de urgência ou de emergência;**
- IV. Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e demais coberturas ambulatoriais: Após a autorização prévia, o Beneficiário será atendido no prestador de serviço indicado pela STELLANTIS SAÚDE MG (Núcleos de Saúde e Bem Estar da STELLANTIS SAÚDE MG ou Postos Médicos das Fábricas ou consultório/clínica pertencente à rede credenciada do PLANO), ressalvados os casos de urgência ou de emergência.**

§1º - O atendimento do Beneficiário na rede de atenção primária será realizado pela equipe do médico de referência.

§2º - Nos casos em que houver rede de atenção primária definida, é considerado uso indevidoo acesso direto do Beneficiário ao especialista, sem a indicação prévia do médico referência deque trata o inciso I do caput deste artigo, ressalvadas as situações comprovadas de urgência ou de emergência.

§3º - É facultado à STELLANTIS SAÚDE MG direcionar a realização de exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

Art. 30 - A rede de atenção primária e a rede credenciada estão disponíveis no portal da STELLANTIS SAÚDE MG: www.stellantissaude.com.br

Parágrafo Único - A rede de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, 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 da STELLANTIS SAÚDE MG durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a STELLANTIS SAÚDE MG 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.**

Art. 31 - O Beneficiário poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de prestadores de serviços da STELLANTIS SAÚDE MG exclusivamente para o atendimento

decorrente de riscos cobertos pelo **PLANO**.

Parágrafo Único - Ao utilizar a rede de prestadores de serviços do **PLANO**, o Beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à **STELLANTIS SAÚDE MG** efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços em nome e por conta do Beneficiário, devendo o Beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão do Beneficiário do **PLANO**.

Art. 32 – Não se aplica a livre escolha de prestadores a este **PLANO**, devendo os atendimentos serem realizados exclusivamente junto a rede de prestadores de serviços disponibilizada pela **STELLANTIS SAÚDE MG** para este produto e observando as regras estabelecidas neste Regulamento. O **PLANO** não garantirá o reembolso de atendimentos realizados pelo Beneficiário em caráter particular.

Seção IV **Autorizações Prévias**

Art. 33 - Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos Beneficiários mediante emissão de autorização prévia pela **STELLANTIS SAÚDE MG**.

§1º - Para a obtenção da autorização prévia, o Beneficiário deverá entrar em contato com o Disque Saúde de posse de seu Cartão do Beneficiário, código do procedimento e pedido médico contendo justificativa para o procedimento.

§2º - A operadora poderá solicitar informações e documentos complementares para avaliação do pedido e disponibilização de autorização para a realização dos serviços constantes neste instrumento.

§3º - No caso das internações eletivas, além das medidas acima, o Beneficiário deverá apresentar à **STELLANTIS SAÚDE MG** o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação (indicando o diagnóstico ou CID correspondente, se a legislação assim permitir, o tratamento prescrito com o código correspondente da tabela e a duração prevista da internação), além do nome completo do Beneficiário.

§4º - Após a autorização prévia, o Beneficiário será atendido no prestador de serviços indicado pela **STELLANTIS SAÚDE MG**, dentre aqueles pertencentes à rede de prestadores de serviços do **PLANO**, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

§5º - Durante a internação do Beneficiário, em qualquer caso, considerando as regras de direcionamento estabelecidas neste instrumento, é assegurado à STELLANTIS SAÚDE MG o direito de remover o Beneficiário de um hospital credenciado para outro hospital credenciado, desde que o novo hospital disponha dos recursos necessários para a continuidade da assistência ao Beneficiário e sejam atendidas as disposições da ANS em vigor para a remoção.

§6º - As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de 60 (sessenta) dias.

§7º - Após o vencimento e estando o Beneficiário ativo no plano de saúde, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação. Caso a auditoria julgue necessário, será realizada nova consulta médica.

Art. 34 - A realização dos procedimentos sem a autorização prévia desobriga o PLANO de seu pagamento, ressalvados os casos em que haja comprovada emergência, nos casos de urgência e nas consultas básicas.

Parágrafo Único - Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os Beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este Regulamento, sob pena de o atendimento ser considerado particular pelo prestador e o PLANO não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 35 - Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 1 (um) dia útil a partir do momento da solicitação, para definição dos casos de aplicação de regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

Art. 36 - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre 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 da STELLANTIS SAÚDE MG e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da STELLANTIS SAÚDE MG.

Parágrafo Único - Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista neste artigo serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 37 – A cobertura do **PLANO** está restrita aos serviços realizados por profissionais integrantes da rede de prestadores de serviços da **STELLANTIS SAÚDE MG**, sendo admitido, contudo, a solicitação dos serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais pelo médico assistente, dentro das suas competências, ainda que não pertençam à rede de prestadores de serviços da **STELLANTIS SAÚDE MG**. **Nesse caso, deve o Beneficiário entrar em contato com a STELLANTIS SAÚDE MG para obter orientações e indicação do prestador integrante da rede que irá realizar os procedimentos solicitados.**

Parágrafo Único - A **STELLANTIS SAÚDE MG** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 38 - A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico ou enfermeiro auditor da **STELLANTIS SAÚDE MG**.

Art. 39 - A **STELLANTIS SAÚDE MG** 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

Coparticipação

Art. 40 - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e por seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º - Será cobrada coparticipação, na forma descrita a seguir, quando da utilização pelos Beneficiários das coberturas assistenciais abaixo relacionadas:

- I. Consultas programadas na Rede Credenciada (especialistas), dentro e fora dos Núcleos:**

R\$ 20,00 (vintereais) por evento;

- II. A partir da 4ª consulta do beneficiário em Pronto Socorro paga pela operadora no mesmo ano civil (por beneficiário): 40% (quarenta por cento) do valor pago, limitado a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta;**
- III. Exames, terapias em geral e quaisquer procedimentos ambulatoriais: 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a R\$ 100,00 (cem reais);**
- IV. Internação: R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento de internação;**
- V. Todos os atendimentos realizados em Hospital dia no mesmo ano civil (por beneficiário), no valor de R\$200,00 (duzentos reais) por evento;**

§2º - Não haverá cobrança de coparticipação em relação às seguintes situações:

- I. Consultas em programas de promoção da saúde;**
- II. Consultas programadas na Rede Própria(Equipe de referência composta por profissionais de saúde da operadora;**
- III. 1º ao 3º Atendimento faturado pela operadora para consulta do beneficiário no Pronto Socorro no mesmo ano civil (por beneficiário. Aplicável para consultas de urgência / emergência, realizadas em âmbito nacional;**
- IV. Terapias especiais (radioterapia, quimioterapia e hemodiálise);**
- V. Exames preventivos (mamografia, papanicolau, PSA e sangue oculto nas fezes).**

Art. 41 - Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste instrumento, conforme o caso.

Art. 42 - O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Parágrafo Único - A coparticipação deverá obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.

CAPÍTULO X

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 43 - O PLANO contratado será custeado em regime de preço 'pós-estabelecido', na forma de custo operacional, nos termos da Resolução Normativa 543/2022 da ANS (Anexo II, item 11, subitem 11.1.2.2) e alterações posteriores.

Art. 44 – As PATROCINADORAS e/ou MANTENEDORAS arcarão com o valor da contraprestação pecuniária, estabelecido após a realização das despesas com as coberturas contratadas, mediante o repasse à **STELLANTIS SAÚDE MG** do valor total mensal das despesas (assistenciais, administrativas, encargos, dentre outras) oriundas dos serviços prestados aos Beneficiários.

Parágrafo único – Ao Beneficiário não caberá contribuição mensal para utilização dos serviços assegurados por este instrumento, mas apenas coparticipação nos procedimentos, na forma estabelecida neste Regulamento, em atenção ao disposto na Súmula Normativa nº 09/05 da ANS.

Art. 45 - As eventuais coparticipações relativas aos eventos em saúde dos Beneficiários Titulares, por si e de seu Grupo Familiar, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento do beneficiário titular.

Parágrafo Único - Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as coparticipações, essas serão debitadas na conta corrente do Titular e, em caso de permanência do débito, os Titulares ficarão obrigados a recolhê-las até o 5º dia útil do mês subsequente.

Art. 46 - Em caso de atraso no pagamento, os beneficiários Titulares 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.

CAPÍTULO XI

REAJUSTE

Art. 47 - O reajuste da tabela praticada entre a **STELLANTIS SAÚDE MG** e seus prestadores de serviços assistenciais à saúde será aplicado anualmente na data de aniversário dos contratos, considerando a forma de reajuste eleita pelas partes no respectivo instrumento.

Art. 48 - As coparticipações previstas neste Regulamento, incluindo seus componentes, serão reajustadas anualmente, na data de aniversário deste instrumento, de acordo com a variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 02 (dois) meses, sendo que, na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

Parágrafo Único - O Conselho Curador poderá definir pela não aplicação desse reajuste ou por outro definido em avaliação atuarial, respeitado a anuidade entre a aplicação dos reajustes e que o percentual não seja superior ao IPCA.

CAPÍTULO XII

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 49 - Não é garantido ao Beneficiário o direito de manutenção no **PLANO** após a perda do vínculo empregatício, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, tendo em vista que o **PLANO** é custeado integralmente pelas **PATROCINADORAS** e/ou **MANTENEDORA**, inexistindo contribuição para os Beneficiários.

Parágrafo Único – Nos termos desses dispositivos legais e na regulamentação da ANS, a coparticipação, como fator moderador de utilização, não é considerada contribuição.

Art. 50 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XIII

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 51 - Caberá à **MANTENEDORA** e/ou **PATROCINADORA** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes condições, via interface sistêmica:

- I. Perda da qualidade de Titular;
- II. Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

III. Por solicitação do Titular para exclusão do Dependente.

Art. 52 - Considerando se tratar de plano gratuito, sem contribuição dos Beneficiários Titulares, não se aplicam as exigências da regulamentação, no que tange ao direito de manutenção, para a exclusão de beneficiários.

Art. 53 - A STELLANTIS SAÚDE MG só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da MANTENEDORA e/ou PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:

- I. em caso de fraude ao PLANO ou dolo;**
- II. perda da qualidade de Titular;**
- III. perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- IV. interrupção do pagamento das coparticipações, inclusive em função do atendimento de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.**

§1º - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Titular à STELLANTIS SAÚDE MG, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§2º - Eventual omissão, por parte do Titular, de informação que caracterize a inexistência ou a perda da condição de dependência, no ato da inscrição ou em época futura, implicará o cancelamento da inscrição e, ainda, a aplicação das penalidades de suspensão dos direitos ao PLANO ou exclusão do Titular e seus dependentes, além de ser devido o ressarcimento das eventuais despesas incorridas, a despeito de outras sanções a cargo da STELLANTIS SAÚDE MG.

§3º - Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

- I. Falecimento;**
- II. Demissão;**
- III. Aposentadoria;**
- IV. Decisão administrativa ou judicial;**
- V. Voluntariamente, por opção do Titular, observado o disposto na regulamentação em vigor;**

VI. Outras situações previstas em Lei.

§4º - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos de coparticipação.

§5º - Os Beneficiários excluídos do PLANO terão eventuais cartões físicos de identificação recolhidos pelas MANTENEDORAS e/ou PATROCINADORAS, que os devolverão à STELLANTIS SAÚDE MG.

Art. 54 - A exclusão do Beneficiário Titular implicará a exclusão de todos os seus Dependentes.

CAPÍTULO XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 55 - Caberá à STELLANTIS SAÚDE MG:

- I.** Processar as inscrições dos Beneficiários de acordo com este Regulamento e atos complementares aprovados pela Diretoria Executiva;
- II.** Cumprir o disposto neste Regulamento, visando sempre à preservação da vida, a prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

Art. 56 - Caberá a todos os Beneficiários:

- I.** Conhecer, cumprir e fazer cumprir este Regulamento;
- II.** Prestar esclarecimentos, submeter-se à perícia e permitir o acesso ao seu prontuário ou Informações Assistenciais de Saúde – IAS, quando solicitado pela **STELLANTIS SAÚDE MG**.

Art. 57 - Caberá ao Beneficiário Titular:

- I.** Pagar os eventuais valores de coparticipação, por si e por seus Beneficiários Dependentes inscritos;
- II.** Solicitar a inclusão, alteração ou exclusão de Dependentes, conforme critérios estabelecidos neste Regulamento.

Art. 58 - A composição e as atribuições dos órgãos da Administração da STELLANTIS SAÚDE MG estão dispostas no seu Estatuto, devendo ser observadas, para o disposto neste Regulamento.

Parágrafo Único – O Conselho Consultivo baixará Atos Normativos Complementares à execução deste Regulamento, que serão publicados pela **STELLANTIS SAÚDE MG**.

Art. 59 - Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste de condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

§1º - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

§2º - A **STELLANTIS SAÚDE MG** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

§3º - Nenhuma responsabilidade caberá a **STELLANTIS SAÚDE MG** por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem dano à saúde do Titular ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do Beneficiário.

Art. 60 - O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **STELLANTIS SAÚDE MG** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 61 - Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da **STELLANTIS SAÚDE MG**, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 62 – Os beneficiários do **PLANO** estão isentos do cumprimento de cobertura parcial temporária no caso de doenças e lesões preexistentes.

Art. 63 – O encerramento da operação do **PLANO** pela **STELLANTIS SAÚDE PE/PB** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 64 - Fica eleito como foro o domicílio da pessoa jurídica contratante para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

27 de dezembro de 2024

DocuSigned by:

Cristiane Paixão

A802F52A6EEB48B...

Cristiane Paixão
FUNDAÇÃO FIAT SAÚDE E BEM ESTAR