



# Regulamento

## Plano A-1



**Aprovado na 78ª Reunião Extraordinária do Conselho Deliberativo,  
realizada em 16.04.2020**

**Vigência: a partir de 16.04.2020**

## Sumário

Capítulo I - DO PLANO E DOS ATRIBUTOS.....	4
Seção I - Do Plano.....	4
Seção II – Dos Atributos do Regulamento.....	4
Capítulo II – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....	4
Seção I - Da Admissão dos Beneficiários Titulares .....	4
Seção II – Da Admissão dos Beneficiários Dependentes.....	6
Seção III - Da inclusão de Beneficiários .....	7
Capítulo III – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....	8
Seção I - Da Assistência Ambulatorial .....	8
Seção II - Da Assistência Hospitalar.....	10
Subseção I - Remoções .....	12
Subseção II – Cirurgia Odontológica Bucomaxilofacial.....	13
Subseção III – Cirurgias Plásticas.....	13
Subseção IV – Colocação de Banda Gástrica para Cirurgia de Obesidade Mórbida e Gastroplastia para Obesidade Mórbida .....	14
Subseção V – Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho .....	14
Subseção VI – Transplantes .....	14
Subseção VII – Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia).....	15
Subseção VIII – Autorizações Prévias .....	15
Seção III - Da Assistência Hospitalar com Obstetrícia .....	15
Seção IV - Da Assistência Odontológica .....	16
Seção V - Da Assistência Social .....	17
Seção VI - Da Assistência à Saúde Mental .....	18
Subseção I – Da Assistência em Psicologia, Terapia Ocupacional e Psicoterapia Ambulatorial .....	19
Subseção II – Da Assistência Ambulatorial em Psiquiatria .....	19
Subseção III – Da Assistência às Pessoas com Deficiência.....	19

Subseção IV – Da Assistência a Pessoas com Dependência Química .....	20
Subseção V – Da Assistência em Hospital-Dia Psiquiátrico.....	20
Seção VII – Do Planejamento Familiar.....	20
Capítulo IV – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA .....	21
Capítulo V – DA DURAÇÃO DO REGULAMENTO.....	24
Capítulo VI – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	24
Capítulo VII – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	24
Capítulo VIII – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
Capítulo IX – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....	27
Seção I - Identificação dos Beneficiários .....	27
Seção II - Das Formas de Acesso aos Serviços.....	27
Seção III - Das Autorizações Prévias .....	27
Seção IV - Das Divergências de Natureza Técnica.....	28
Seção V - Da Coparticipação na Cobertura.....	28
Seção VI - Da Rede Própria e Credenciada .....	29
Seção VII - Do Reembolso.....	30
Capítulo X – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DAS MENSALIDADES.....	31
Capítulo XI – DO REAJUSTE.....	35
Capítulo XII – DAS FAIXAS ETÁRIAS .....	35
Capítulo XIII – DOS BÔNUS E DESCONTOS.....	35
Capítulo XIV – DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	35
Capítulo XV – DAS CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	36
Capítulo XVI - RESCISÃO/SUSPENSÃO .....	38
Capítulo XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS.....	38
Capítulo XVIII - ELEIÇÃO DE FORO .....	39
Capítulo XIX - VIGÊNCIA .....	39
ANEXO I .....	40
GLOSSÁRIO .....	41

## Capítulo I DO PLANO E DOS ATRIBUTOS

### Seção I Do Plano

**Art. 1º** - O Plano A-1 de Assistência à Saúde (Registro ANS nº 475.254/15-6) é um Plano multipatrocinado, coletivo empresarial, com vínculo empregatício ativo e vínculo empregatício inativo, instituído a favor dos Beneficiários da **Saúde BRB – Caixa de Assistência**, pessoa jurídica de direito privado, associação de fins não econômicos, com sede no SRTVS Quadra 701, Conjunto L, Bloco 01, Loja nº 82, Bairro Asa Sul, Brasília – Distrito Federal, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.859.814/0001-37, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.431-0, doravante denominada pelo nome de fantasia **Saúde BRB**, e classificada na modalidade de autogestão.

**Parágrafo Único** - O Plano de Assistência à Saúde tem autonomia financeira e contábil.

### Seção II Dos Atributos do Regulamento

**Art. 2º** - O Plano de Saúde regido por este Regulamento, com área de atuação nacional, instituído e operado pela **Saúde BRB**, sob o regime de contratação empresarial, tem por objetivo assegurar, por prazo indeterminado, em todo o território nacional, os meios indispensáveis à manutenção da saúde e à prevenção de doenças de seus Beneficiários, na segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológica, por meio da 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 nº 9.656/98, visando à Assistência Médica Hospitalar e Odontológica, com padrão de acomodação individual e cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§ 1º – Este Regulamento traça as diretrizes do Plano de Assistência à Saúde, com características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9656/98.

§ 2º – A área geográfica de abrangência do Plano A-1 é nacional, podendo a assistência ser prestada por meio de Convênios de Reciprocidade, nas condições estabelecidas com entidades congêneres ou outras operadoras de modalidade diversa, observado o presente Regulamento e, ainda, mediante reembolso.

## Capítulo II DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

### Seção I Da Admissão dos Beneficiários Titulares

**Art. 3º** – Desde que vinculados a uma das Associadas Patrocinadoras por força de relação

empregatícia ou estatutária e inscritos na forma regulamentar, poderão ser admitidos no Plano de Saúde, na condição de Beneficiários Titulares:

**I** - Os empregados ativos em exercício ou que, estando em exercício fora das Associadas Patrocinadoras, não estejam com os seus contratos de trabalho suspensos;

**II** - Os diretores das Associadas Patrocinadoras que com elas mantenham vínculo empregatício ou estatutário;

**III** - Os empregados das Associadas Patrocinadoras, durante o período de suspensão do contrato de trabalho, desde que manifestem a intenção de permanecer no Plano, quando assumem a condição de Beneficiários Avulsos;

**IV** - Os ex-empregados demitidos sem justa causa, desde que não tenham estabelecido novo vínculo empregatício, condição esta a ser atestada no ato da adesão e ratificada semestralmente, observado o disposto no § 3º deste artigo;

**V** - Os ex-empregados aderentes a programas de demissão ou aposentadoria incentivados, implementados pelas Associadas Patrocinadoras, em conformidade com as regras por elas estabelecidas;

**VI** - Os ex-empregados aposentados pelo Regime Geral da Previdência Social, observado o disposto no § 4º deste artigo;

**VII** - Os pensionistas sob o Regime Geral da Previdência Social, após o falecimento do Beneficiário Titular;

**VIII** - Os filhos menores de 24 (vinte e quatro) anos que passarem à condição de pensionistas, assumindo a condição de Beneficiário Pensionista Temporário, desde que, pessoalmente ou por intermédio de seus responsáveis, conforme o caso, optem pela permanência no Plano de Saúde.

§ 1º - Para os Beneficiários descritos nos incisos III a VIII deste artigo, a permanência no Plano é assegurada desde que formalizem a opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do seu efetivo afastamento ou desligamento da Associada Patrocinadora ou, ainda, do falecimento do Beneficiário Titular, conforme o caso.

§ 2º - Aos Beneficiários Titulares descritos nos incisos III e IV deste artigo são asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam na vigência do seu contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral das contribuições pessoal e patronal.

§ 3º - O período de manutenção no Plano de Saúde para os Beneficiários Titulares elencados no inciso IV é de 1/3 do tempo que contribuíram para o Plano, assegurando-se-lhes o tempo mínimo de 6 (seis) e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses de permanência no Plano, conforme legislação regulamentadora dos planos privados de assistência à saúde.

§ 4º - Aos Beneficiários Titulares descritos no inciso VI deste artigo que, em decorrência do vínculo empregatício, tenham contribuído para o Plano de Saúde pelo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção no Plano por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral (contribuições patronal e

peçoal). Caso o período de contribuição seja inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado o direito de manutenção no Plano à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

§ 5º - A permanência na condição de Beneficiário Pensionista descrita no inciso VIII obedecerá ao disposto no Art. 5º, III ou enquanto mantida a condição de pensionista.

§ 6º - A inscrição ou desligamento do Beneficiário Titular Ativo deverá ser feita mediante autorização expressa da respectiva Associada Patrocinadora.

§ 7º - A inscrição do Beneficiário Titular no Plano de Saúde implica a aceitação plena das disposições contidas no presente Regulamento, além da autorização expressa para que suas contribuições e participações sejam descontadas em folha de pagamento, recolhidas pessoal e diretamente à **Saúde BRB**, ou ainda debitadas em conta-corrente mantida no BRB - Banco de Brasília S.A.

§ 8º - À **Saúde BRB** fica vedada qualquer outra exigência para inscrição no Plano de Saúde, como Beneficiário Titular, que não seja necessária para ingresso nas Associadas Patrocinadoras.

§ 9º - Formalizada a inscrição, a relação contratada tem vigência imediata e se estenderá por todo o período de vinculação empregatícia ou estatutária do Beneficiário com a respectiva Associada Patrocinadora, na forma estabelecida neste artigo, observado, ainda, o disposto no Art. 39.

§ 10 - Caberá à **Saúde BRB** exigir de suas Associadas Patrocinadoras a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica e a condição de elegibilidade dos Beneficiários a ela vinculados.

§ 11 – A implementação de planos incentivados de aposentadoria ou demissão voluntária pelas Associadas Patrocinadoras somente garantirá elegibilidade aos Beneficiários definidos no inciso V quando devidamente acordada com a **Saúde BRB**.

Art. 4º - Fica garantida a extensão do benefício assistencial do Plano ao grupo familiar dos Beneficiários Titulares definidos no Art. 3º, I a VI, observadas as disposições do Art. 81, IX e seu § 1º.

**Parágrafo Único** – A adesão do grupo familiar ao Plano de Saúde dependerá, obrigatoriamente, da participação do Beneficiário Titular, vinculado a uma das Associadas Patrocinadoras.

## **Seção II**

### **Da Admissão dos Beneficiários Dependentes**

Art. 5º - Entende-se como Beneficiários Dependentes Diretos:

**I** - O cônjuge;

**II** - O companheiro, inclusive do mesmo sexo;

**III** – Filhos solteiros, com idade inferior a 21 (vinte e um) anos;

**IV** - Filhos solteiros, com idade superior a 21 (vinte e um) e inferior a 24 (vinte e quatro) anos, cuja dependência econômica seja atestada anualmente por meio de declaração

escrita, apresentada pelo Beneficiário Titular;

**V** - Enteados, entendidos também como tais os filhos do companheiro, mediante comprovação de dependência econômica do Beneficiário Titular no Imposto de Renda, observadas, ainda, as mesmas faixas etárias estabelecidas nos incisos III e IV deste artigo;

**VI** - Menor que, por decisão judicial, se encontre sob guarda do Beneficiário Titular durante processo de adoção, observadas as mesmas condições estabelecidas nos incisos III e IV deste artigo;

**VII** - Filhos ou enteados acometidos de invalidez para o trabalho, ocorrida durante a condição de dependente e reconhecida na forma do § 3º, assegurada a sua manutenção no Plano enquanto perdurar aquela condição, inclusive após os limites estabelecidos nos incisos III e IV deste artigo.

§ 1º - Considera-se companheiro(a) a pessoa com quem o titular mantenha união estável, comprovada mediante escritura pública declaratória.

§ 2º - É obrigatória a apresentação do número do CPF do Beneficiário Dependente, no ato da sua inscrição no Plano.

§ 3º - Nos casos de Beneficiários Dependentes Inválidos maiores de 24 (vinte e quatro) anos, a condição de invalidez para o trabalho, temporária ou permanente, é caracterizada por meio de laudo do médico assistente, confirmado pela equipe técnica da **Saúde BRB**. No caso de invalidez temporária, deverá ser apresentado laudo do médico assistente, anualmente ou a qualquer tempo, a critério da **Saúde BRB**, sob pena da perda da condição de dependente.

### **Seção III** **Da inclusão de Beneficiários**

**Art. 6º** - A inclusão de Beneficiário Dependente, posteriormente à adesão do Beneficiário Titular, sujeita o recém inscrito ao cumprimento de eventuais carências existentes, exceto na hipótese de inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, o qual aproveitará o período de carência já cumprido pelo adotante.

**Art. 7º** – Fica assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, a sua inclusão como Beneficiário Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

**Parágrafo Único** – A inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, realizada após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, sujeitará o Beneficiário Dependente ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

**Art. 8º** - Não poderão ser inscritos, concomitantemente, o cônjuge e o companheiro como Beneficiários Dependentes de um mesmo Beneficiário Titular.

**Art. 9º** – É vedado aos empregados ativos e aposentados das Associadas Patrocinadoras inscreverem-se no Plano na condição de Beneficiários Dependentes Diretos.

**Parágrafo Único** – Fica assegurada aos Beneficiários Dependentes Diretos que passarem à condição de Beneficiários Titulares a contagem do tempo integral de sua vinculação ao Plano, para fins de aplicação do disposto no art. 3º, § 4º.

**Art. 10** – É vedada a inscrição do mesmo Beneficiário Dependente por mais de um Beneficiário Titular e de qualquer Beneficiário em mais de uma categoria.

### **Capítulo III**

#### **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Art. 11** – O Plano A-1 de Assistência à Saúde compreende, dentro de sua área de abrangência geográfica, o atendimento ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico relacionado a todas as doenças contempladas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, da Organização Mundial da Saúde, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e ao Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, bem como a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e Conselho Federal de Odontologia - CFO, de acordo com as seguintes segmentações e coberturas assistenciais:

**I** – Assistência Ambulatorial;

**II** - Assistência Hospitalar;

**III**- Assistência Hospitalar com Obstetrícia;

**IV** - Assistência Odontológica;

**V** - Assistência à Saúde Mental;

**VI** - Assistência Social;

**VII** – Programas de Prevenção.

§ 1º – É facultado à **Saúde BRB** incluir ou excluir procedimentos visando a adequação às coberturas previstas neste Regulamento, com base na legislação específica.

§ 2º – Desde que haja indicação clínica, os eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação do médico anestesista, relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, terão sua cobertura assistencial garantida, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a **Saúde BRB** e os prestadores de serviços de saúde.

§ 3º - Fica garantido o atendimento pela **Saúde BRB**, independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a área de atuação e abrangência, a Rede de Prestadores de Serviços Contratada, Credenciada ou Referenciada e os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

### **Seção I**

#### **Da Assistência Ambulatorial**

**Art. 12** – A assistência ambulatorial será prestada pela **Saúde BRB** em caráter eletivo e de



urgência/emergência, por meio de entidades e/ou profissionais contratados, compreendendo os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observadas as seguintes coberturas:

**I** – Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

**II** – Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação;

**III** - Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, conforme indicação do médico assistente;

**IV** - Sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

**V** - Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

**VI** – Ações de Planejamento Familiar, conforme definidas na Seção VII deste Capítulo;

**VII** – Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

**VIII** – Procedimentos considerados especiais, a seguir discriminados:

**a)** hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

**b)** quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela 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 de estabelecimentos de saúde;

**c)** radioterapia ambulatorial;

**d)** procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, de unidade de terapia intensiva e unidades similares;

**e)** hemoterapia ambulatorial; e

**f)** cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, observado o Art. 37, IV.

**IX** – Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**X** – Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;

§ 1º - Não estão incluídos na Assistência Ambulatorial a internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico e terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva ou unidades similares.

§ 2º - Para fins do previsto nos incisos VIII, 'b', e X, definem-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com finalidade de intensificar seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.

**Art. 13** - Na Assistência Ambulatorial, estão sujeitos à autorização prévia da **Saúde BRB** os seguintes serviços e procedimentos:

**I** - Procedimentos cirúrgicos e dermatológicos em geral;

**II** - Serviços de terapia ambulatorial: hemodiálise ou diálise, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, litotripsia, escleroterapia;

**III**- Serviços de diagnose em hemodinâmica, como cateterismo: estudo eletrofisiológico, arteriografia e outros;

**IV**- Serviços de diagnose em cardiologia: ecocardiograma com mapeamento de fluxo em cores e doppler colorido de vasos;

**V** - Outros serviços de diagnose: ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada;

**VI** - Assistência em fonoaudiologia e terapia ocupacional;

**VII** - Sessão de acupuntura;

**VIII** - Assistência em fisioterapia;

**IX** - Procedimentos de esterilização voluntária nos termos da legislação específica;

**X** - Consulta e fisioterapia em domicílio, em situação cujo deslocamento comprometa ou agrave o estado de saúde do paciente;

**XI** - Assistência em psicologia;

**XII** – Procedimentos para os quais são definidas diretrizes clínicas e de utilização pela ANS.

## **Seção II** **Da Assistência Hospitalar**

**Art. 14** - A assistência hospitalar será prestada em caráter eletivo e de

urgência/emergência, por meio de procedimentos em estabelecimentos de saúde integrantes da Rede Credenciada da **Saúde BRB**, e compreenderá as seguintes coberturas:

**I** - Internações hospitalares no padrão de acomodação individual em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

**II** - Internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

**III** - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

**IV** - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, observado o Art. 37;

**V** - Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

**VI** - Fornecimento de medicamentos, materiais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

**VII** - Despesas de acomodação e alimentação de 01 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como das pessoas portadoras de deficiência;

**VIII** - Procedimentos abaixo discriminados, considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definição constante do Art. 12, VIII, 'b';

c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, nas segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**IX** - Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período

de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

**X** - Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§ 1º - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura da 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.

§ 2º - Para fins da Assistência Hospitalar, conceituam-se:

**a) prótese:** qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

**b) órtese:** 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.

§ 3º - A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país, como órteses ou próteses, encontra-se disponibilizada na página da ANS, no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

§ 4º - Para fins do disposto no inciso X deste artigo, deve ser observado o seguinte:

**a)** cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**b)** o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **Saúde BRB**, justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) opções de fabricantes diferentes do produto, quando disponíveis, dentre aqueles regularizados junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

**c)** em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **Saúde BRB**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, sendo as despesas com esse profissional arcadas pela Caixa de Assistência;

**d)** somente serão cobertos materiais registrados na ANVISA e utilizados para a finalidade precípua a que se destinam, vedado o uso *Off Label*.

### **Subseção I** **Remoções**

**Art. 15** - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura para remoções terrestres, exclusivamente em território brasileiro, entre estabelecimentos de saúde localizados dentro da área de atuação do Plano A-1, para Beneficiários internados e que tenham cumprido os prazos de carência, nas seguintes condições:

**I** - De hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS para hospital credenciado;

**II** - De hospital ou serviço de pronto atendimento privado não credenciado para hospital credenciado;

**III**- De hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado para hospital credenciado, apenas quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade da atenção ao Beneficiário na unidade de saúde de origem; ou

**IV**- De hospital ou serviço de pronto atendimento credenciado para hospital credenciado, quando necessária a realização de exames ou procedimentos para os quais a unidade de saúde de origem não esteja contratada.

§ 1º - A remoção será coberta exclusivamente quando destinada ao deslocamento do paciente internado de uma unidade de saúde para outra. Em nenhuma circunstância, a **Saúde BRB** custeará a remoção do Beneficiário entre sua residência e a entidade hospitalar.

§ 2º - A remoção somente será realizada mediante consentimento do Beneficiário ou de seu responsável, e sempre com autorização do médico assistente.

§ 3º - A remoção para outro estabelecimento de saúde sem recomendação do médico assistente ou prévia autorização da **Saúde BRB**, será integralmente custeada pelo Beneficiário.

## **Subseção II** **Cirurgia Odontológica Bucomaxilofacial**

**Art. 16** – A **Saúde BRB** garantirá a cobertura de cirurgia odontológica bucomaxilofacial, sem finalidade estética, que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, desde que restrita à finalidade de natureza odontológica. Será garantido, ainda, 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.

## **Subseção III** **Cirurgias Plásticas**

**Art. 17** - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura de cirurgia plástica:

**I** - Reconstructiva 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;

**II** - Reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

#### Subseção IV

### Colocação de Banda Gástrica para Cirurgia de Obesidade Mórbida e Gastroplastia para Obesidade Mórbida

**Art. 18** - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura das despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução nº 1.766/2005, do Conselho Federal de Medicina e nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS.

#### Subseção V

### Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho

**Art. 19** - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados com a Saúde Ocupacional e Acidentes do Trabalho.

§ 1º – Para fins do disposto no *caput* deste artigo, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, nos termos de normas específicas do Ministério da Saúde;

§ 2º – Exclui-se dessa cobertura a realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### Subseção VI

### Transplantes

**Art. 20** - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura das despesas decorrentes de transplantes listados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS, bem como das despesas com seus procedimentos vinculados.

§ 1º - Para fins deste Regulamento, entende-se como procedimentos vinculados aos transplantes:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

§ 2º - Os transplantes somente ocorrerão por indicação médica, em conformidade com a natureza da doença que exija tal ato, e deverão submeter-se à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434/97, ao Decreto nº 2.268/97, e à Portaria nº 3.407/98, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

§ 3º - Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, o Beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito na lista de receptores, que é de âmbito nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e seleção.

§ 4º - Nos casos de transplantes de doadores vivos, independentemente do tipo de Plano do receptor, o doador terá a assistência assegurada na forma da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações.

§ 5º – No caso de doador vivo, suas despesas serão cobertas exclusivamente quando relacionadas à remoção do órgão doado. Não serão cobertos os exames de compatibilidade, os quais visam a escolher o doador compatível, nem os tratamentos destinados ao restabelecimento do doador, ainda que se constituam pré-operatório do procedimento de remoção do órgão.

### **Subseção VII**

#### **Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica) e Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia)**

**Art. 21** - Serão cobertas pela **Saúde BRB** as despesas decorrentes de cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária/laqueadura tubária laparoscópica) e cirurgia de esterilização masculina (vasectomia), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Lei nº 9.263/1996 e nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

### **Subseção VIII**

#### **Autorizações Prévias**

**Art. 22** - No Programa de Assistência Hospitalar, os serviços e procedimentos a seguir estão sujeitos à autorização prévia da **Saúde BRB**:

**I** - Procedimentos cirúrgicos em geral que exijam internação hospitalar, inclusive relacionados com patologias odontológicas;

**II** - Procedimentos clínicos em geral que exijam internação hospitalar;

**III** – Procedimentos para os quais são definidas diretrizes clínicas e de utilização pela ANS.

### **Seção III**

#### **Da Assistência Hospitalar com Obstetrícia**

**Art. 23** - A **Saúde BRB** garantirá às Beneficiárias regularmente inscritas no Plano, o custeio das despesas com assistência médica relativa ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, compreendendo:

**I** - Consultas e cirurgias na especialidade de obstetrícia;

**II** - Serviços complementares de diagnóstico e tratamento, segundo o Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**III - Assistência ao parto e ao recém-nascido, abrangendo:**

- a) serviços de maternidade, compreendendo assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos e tratamento das parturientes nas complicações surgidas no pós-parto e puerpério;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, vedada qualquer alegação de doença, lesão preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária;
- c) cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;
- d) UTI neonatal, caso haja indicação do médico assistente, incluindo diárias, materiais, medicamentos e honorários;
- e) honorários de médico clínico e dos demais profissionais envolvidos;
- f) Despesas de paramentação, alimentação e acomodação de 01 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contraindicação médica, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

**Parágrafo Único** - O parto normal também será coberto quando realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

#### **Seção IV Da Assistência Odontológica**

**Art. 24** - A assistência odontológica será prestada pela **Saúde BRB**, em caráter eletivo e de urgência/emergência, por meio de entidades e/ou profissionais integrantes da Rede Credenciada da **Saúde BRB**, observado o Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, e compreenderá a cobertura de:

- I** - Consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- II** - Procedimentos preventivos de dentística e endodontia;
- III** - Cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;
- IV** - Atendimentos de urgência e emergência odontológicos;
- V** - Tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente;

**Parágrafo Único** – Quando, por imperativo clínico, fizer-se necessária estrutura hospitalar para realização de procedimentos odontológicos, serão custeados, também, honorários profissionais, taxas e diárias, materiais e medicamentos, exames complementares e demais insumos imprescindíveis ao atendimento.



**Art. 25** - Para a realização de tratamento odontológico, o Beneficiário deverá submeter-se à perícia.

**I** - As perícias inicial e final serão realizadas por profissional credenciado junto à **Saúde BRB**, devendo a perícia final ocorrer em até 15 (quinze) dias após o término do tratamento;

**II** - Estão isentos de perícia os procedimentos previstos nos Pacotes de Prevenção realizados semestralmente. Para tanto, o Beneficiário deverá dirigir-se ao profissional credenciado junto à **Saúde BRB**.

§ 1º - À exceção dos casos de urgência/emergência definidos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, além dos pacotes de prevenção e das consultas, todos os demais tratamentos odontológicos estão sujeitos à perícia inicial, sendo a perícia final obrigatória somente para os casos de utilização de próteses, ou ainda quando solicitada pela Auditoria Odontológica da **Saúde BRB**.

§ 2º - Os Pacotes de Prevenção a que se refere o inciso II deste artigo são os seguintes:

**a) Pacote de Prevenção Infantojuvenil:** destina-se à prevenção odontológica dos Beneficiários de até 14 (catorze) anos, e é composto por consulta inicial, profilaxia, atividade educativa em saúde bucal, controle de biofilme e aplicação tópica de flúor;

**b) Pacote de Prevenção Adulto:** destina-se à prevenção odontológica dos Beneficiários com mais de 14 (catorze) anos, e é composto por consulta inicial, atividade educativa em saúde bucal e raspagem supragengival (profilaxia e controle de biofilme inclusos na raspagem).

**Art. 26** – O Beneficiário Titular assumirá integralmente as despesas decorrentes de tratamento odontológico nos seguintes casos:

**I** - Os realizados sem perícias inicial e final, nos casos em que forem obrigatórias, ou quando ocorrerem fora do prazo;

**II** - Por falta injustificada às sessões de tratamento; e

**III** - No caso de interrupção de tratamento por períodos superiores a 30 (trinta) dias, ou de desistência do tratamento, ambos injustificados.

## **Seção V** **Da Assistência Social**

**Art. 27** - A Assistência Social será prestada de acordo com as regras previstas nesta Seção, e compreenderá:

**I** - Aquisição de próteses não cirúrgicas;

**II** – Aquisição de órteses ventilatórias, como CPAP, BIPAP ou similar.

§ 1º – Para as despesas com aquisição de próteses e órteses ventilatórias previstas nos incisos I e II deste artigo, o ressarcimento será de 50% (cinquenta por cento). Para tanto, o Beneficiário deverá submeter-se à avaliação presencial, pela equipe da Auditoria Médica

da **Saúde BRB**, apresentando pedido do médico assistente e laudos dos exames que demonstrem a necessidade dos equipamentos, bem como quaisquer outros documentos que aquela Auditoria considere pertinentes.

§ 2º – Para a aquisição das próteses e órteses de que tratam os incisos I e II deste artigo, o Beneficiário deverá apresentar pelo menos 3 (três) orçamentos. A **Saúde BRB** poderá, a seu exclusivo critério, realizar suas próprias cotações, ressalvando-se que, em quaisquer dos casos, o reembolso se dará sempre sobre o menor valor obtido para cada item, independentemente de quem tenha efetuado a cotação.

§ 3º – No caso do ressarcimento previsto no § 1º, o prazo para apresentação da Nota Fiscal é de até 30 (trinta) dias após a sua emissão, sendo igual o prazo para a efetivação do ressarcimento por parte da **Saúde BRB**, a contar da formalização do pedido.

**Art. 28** – Além dos procedimentos elencados no Art. 27, a Assistência Social contemplará também a assistência farmacêutica, com a finalidade de facilitar para os Beneficiários do Plano a aquisição de medicamentos fora da hospitalização, destinados ao tratamento de patologias em estágio grave e/ou crônicas, definidas pela **Saúde BRB**.

§ 1º - Para pleitear a assistência farmacêutica, o Beneficiário deverá comparecer, semestralmente, à auditoria médica, portando:

- a) relatório circunstanciado do médico assistente que descreva: quadro clínico, histórico da doença, resultados de exames complementares, diagnóstico e previsão de duração do tratamento;
- b) laudos de exames pertinentes;
- c) receita médica na qual conste o nome do medicamento prescrito, sua dosagem e posologia; e
- d) nota fiscal de aquisição do produto.

§ 2º - Todos os documentos deverão, obrigatoriamente, conter de forma legível a identificação do paciente e do prescriptor (nome e nº do CRM), além da data.

§ 3º – O ressarcimento será feito na proporção de 50% (cinquenta por cento) do preço de compra do medicamento, limitado ao teto da tabela de preço Brasíndice ou, na falta dessa, da Simpro.

§ 4º – O benefício deverá ser solicitado no prazo improrrogável de até 120 (cento e vinte) dias após a emissão da Nota Fiscal e o ressarcimento se dará em até 30 (trinta) dias após a apresentação de toda a documentação descrita no § 1º deste artigo.

## **Seção VI** **Da Assistência à Saúde Mental**

**Art. 29** - O Programa de Assistência à Saúde Mental consiste na cobertura dos seguintes procedimentos:

- I** - Assistência em psicologia, terapia ocupacional e psicoterapia ambulatorial;
- II** - Assistência ambulatorial em psiquiatria;

III - Assistência às pessoas com deficiência;

IV- Assistência às pessoas com dependência química;

V- Assistência Hospital-Dia Psiquiátrico;

VI – Assistência hospitalar psiquiátrica.

**Parágrafo Único** - Todos os serviços e procedimentos abrangidos pela Assistência à Saúde Mental, além de estarem sujeitos à autorização prévia da **Saúde BRB**, deverão, obrigatoriamente, obedecer ao disposto nas Diretrizes de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, salvo os de caráter de urgência/emergência.

### Subseção I

#### Da Assistência em Psicologia, Terapia Ocupacional e Psicoterapia Ambulatorial

**Art. 30** - A Assistência em Psicologia consiste no atendimento realizado por psicólogo nos casos de distúrbios psicoemocionais, com interferências na vida profissional e pessoal do Beneficiário.

**Parágrafo Único** – São modalidades de assistência em psicologia a psicoterapia individual, de casal, orientação familiar, em grupo e infantil, reconhecidas pelos Conselhos Profissionais competentes.

**Art. 31** – A **Saúde BRB**, no âmbito da assistência em psicologia, terapia ocupacional e psicoterapia ambulatorial, garantirá a cobertura, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§ 1º – As sessões referentes às modalidades indicadas no *caput* somente serão cobertas mediante autorização prévia.

§ 2º – Caberá ao Beneficiário Titular o custeio integral das despesas decorrentes de faltas às sessões ou interrupção injustificada do tratamento, por si e por seus Beneficiários Dependentes, bem como no caso de ser constatada negligência do paciente ou da família quanto às responsabilidades a eles cabíveis.

### Subseção II

#### Da Assistência Ambulatorial em Psiquiatria

**Art. 32** - A assistência ambulatorial em psiquiatria consiste no atendimento realizado por médico psiquiatra a todas as doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde - (CID 10).

### Subseção III

#### Da Assistência às Pessoas com Deficiência

**Art. 33** - A assistência a pessoas com deficiência consiste no atendimento especializado prestado por instituição integrante da Rede Referenciada da **Saúde BRB**.

§ 1º - A Assistência prevista no *caput* será prestada mediante autorização prévia e está limitada ao tratamento das patologias “Síndrome de Down” e outras cromossomopatias

causadoras de retardo no desenvolvimento mental e cognitivo; “Autismo”, e “Paralisia Cerebral”. Estão limitados, também, a 144 (cento e quarenta e quatro) diárias por ano.

§ 2º - A recuperação do paciente, parcial ou total, no decorrer do tratamento, poderá resultar na suspensão do seu enquadramento nesta modalidade de assistência.

§ 3º - A falta injustificada às sessões implicará no pagamento integral das despesas pelo Beneficiário Titular.

#### **Subseção IV Da Assistência a Pessoas com Dependência Química**

**Art. 34** - A assistência a pessoas com dependência química consiste no atendimento por instituição especializada credenciada à **Saúde BRB**.

§ 1º - Entende-se como dependência química o desejo compulsivo, uso ou ingestão de substâncias psicoativas que levem a síndromes de dependência orgânica e/ou psíquica com graves desequilíbrios na harmonia psicossocial do indivíduo e à redução da capacidade laboral.

§ 2º - Nos casos de desistência do tratamento, em seu decorrer, as despesas correrão por conta do Beneficiário Titular, caso seja constatada negligência do paciente ou da família quanto às responsabilidades a eles cabíveis.

#### **Subseção V Da Assistência em Hospital-Dia Psiquiátrico**

**Art. 35** - A assistência em hospital-dia psiquiátrico consiste no atendimento por instituições especializadas, contratadas pela **Saúde BRB**, reconhecidas pelos respectivos Conselhos da categoria, por meio de procedimentos de psicoterapia individual, de grupo, de família, de casal, terapia ocupacional e acompanhamento psiquiátrico, mediante autorização prévia.

**Parágrafo Único** - Para fins do disposto neste artigo, entende-se o hospital-dia para tratamento de transtornos mentais como recurso intermediário entre o ambulatório e a internação, o qual deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional, proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

#### **Seção VII Do Planejamento Familiar**

**Art. 36** – A **Saúde BRB** garantirá as seguintes coberturas nos casos de planejamento familiar:

**I** - Atividades de educação e aconselhamento;

**II** - Atendimento clínico;

**III** - Implante de Dispositivo Intrauterino (DIU), hormonal ou não, incluindo o dispositivo.

**Parágrafo Único** - Para fins deste Regulamento, entende-se como:

**a) planejamento familiar:** o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

**b) atividades educacionais:** aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos Beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

**c) aconselhamento:** o processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;

**d) concepção:** fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

**e) anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

**f) atendimento clínico:** realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

#### **Capítulo IV DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 37** - Além dos procedimentos não previstos neste Regulamento, os seguintes eventos e despesas não são cobertos pelo Plano A-1:

**I** - Aplicações de medicamentos, exceto nas internações e atendimentos em prontossocorros;

**II** - Avaliações pedagógicas, psicoeducação e psicopedagogia;

**III** - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando assim declarados pela autoridade competente;

**IV** - Cirurgia refrativa (PRK ou Lasik) que não se enquadre no disposto na Diretriz de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, salvo miopia a partir de 2,5 graus;

**V** - Clareamento dental;

**VI** - Consultas domiciliares, exceto quando realizadas no âmbito dos programas de

promoção da saúde e prevenção de doenças implementados pela **Saúde BRB**;

**VII** - Consultas e atendimentos por qualquer profissional de saúde realizados em caráter particular;

**VIII** - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, aluguel de aparelhos de TV, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas e indenizações por danos;

**IX** - Diárias hospitalares para parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação de recém-nascido patológico;

**X** - Enfermagem em caráter particular;

**XI** - Enfermagem em domicílio;

**XII** - Enxertos heterógenos;

**XIII** - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

**XIV** - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

**XV** - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, observadas as regras dos Arts. 12, X e 28;

**XVI** - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no Art. 27 deste Regulamento;

**XVII** - Implantes dentários e cirurgias periodontais com utilização de membranas;

**XVIII** - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência falopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática de transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

**XIX** - Intervenções cirúrgicas ou clínicas plástico-cosméticas;

**XX** - Lentes para correção de qualquer deficiência visual, exceto no caso de facectomia com implantes intraoculares;

**XXI** - Meias, cintas, ataduras e calças elásticas;

**XXII** – Objetos e produtos higiênicos e de uso pessoal;

**XXIII** - Orientações vocacionais ou profissionais e avaliações pedagógicas;

**XXIV**- Procedimentos assistenciais que exijam perícia prévia, realizados à revelia da **Saúde BRB** e sem atendimento das condições previstas neste Regulamento;

**XXV** - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

**XXVI** - Procedimentos e eventos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou nas tabelas da **Saúde BRB**;

**XXVII** - Psicodiagnósticos e exames psicotécnicos;

**XXVIII** - Reflexologia (psicotron, neurotron, hipnotron etc.);

**XXIX** - Substituição de restaurações odontológicas metálicas apenas para fins estéticos;

**XXX** - Avaliações neuropsicológicas;

**XXXI** - Transplantes não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**XXXII** - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerado aquele que:

a) emprega medicamento, produto ou técnica não registrados ou não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina ou Conselho Federal de Odontologia;

c) não possui as indicações descritas na bula registrada na ANVISA (uso off label).

**XXXIII** - Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

**XXXIV**- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

**XXXV** - Tratamentos odontológicos em domicílio;

**XXXVI** - Tratamentos ortodônticos corretivos;

**XXXVII** - Tratamentos prescritos por profissionais não habilitados

**XXXVIII** - Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

**XXXIX** - Vacinas imunizantes e dessensibilizantes;

**XL**- Vaporizadores, umidificadores e nebulizadores;

**XLI** - Exames complementares para diagnósticos relativos aos procedimentos constantes neste artigo;

**XLII** - Adoçantes e suplementos alimentares de qualquer natureza;

**XLIII**- Condicionamento físico não ligado à reabilitação cardiológica;

**XLIV**- Avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (*check up*).

**XLV** – Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

**XLVI** – Cirurgia de mudança de sexo;

**XLVII** – Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

**XLVIII** – Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

## **Capítulo V DA DURAÇÃO DO REGULAMENTO**

**Art. 38** - O presente Regulamento é firmado por prazo indeterminado, tendo sido aprovado pelo Conselho Deliberativo da **Saúde BRB**.

## **Capítulo VI DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**Art. 39** - O Beneficiário Titular que formalizar sua adesão ao Plano A-1 até o 30º (trigésimo) dia, a partir da sua vinculação à Associada Patrocinadora, não será submetido à exigência do cumprimento de prazos de carência.

§ 1º Ultrapassado o período estabelecido no *caput*, o Beneficiário Titular sujeitar-se-á aos seguintes períodos de carência, a contar da data de sua adesão ao Plano:

- a) 24 horas (vinte e quatro horas) para casos de urgência e emergência;
- b) 300 (trezentos) dias para partos a termo, excluídos os partos prematuros; e
- c) 180 (cento e oitenta) dias para demais situações.

§ 2º - Aplicam-se também aos Beneficiários Dependentes as mesmas regras estabelecidas no *caput* e no § 1º, ressalvado o disposto nos Arts. 6º e 7º deste Regulamento.

§ 3º - Não poderá haver antecipação de contribuições com o intuito de abreviar os períodos de carência previstos neste artigo.

## **Capítulo VII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**Art. 40** – O Beneficiário Titular que formalizar sua adesão ao Plano A-1 até o 30º (trigésimo) dia, a partir da sua vinculação à Associada Patrocinadora contratante, não será submetido à Cobertura Parcial Temporária (CPT).

§ 1º - Ultrapassado o período descrito no *caput*, o Beneficiário Titular sujeitar-se-á, a partir da data da assinatura do Termo de Adesão ao Plano, à Cobertura Parcial Temporária, consistindo esta na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) de que o Beneficiário ou seu representante legal soubesse ser portador no momento da adesão ao Plano.

§ 2º - No momento da adesão ao Plano, o Beneficiário deverá preencher e assinar Declaração de Saúde na qual manifeste, por si e por quaisquer de seus Dependentes, ser ou



não portador de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando o Beneficiário sujeito à suspensão da cobertura ou à rescisão unilateral do contrato, na forma prevista na legislação pertinente.

§ 3º – Caso seja identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao Plano, a **Saúde BRB** comunicará imediatamente ao Beneficiário, por escrito, sobre a referida omissão, oferecendo CPT pelos meses restantes, a partir da data de recebimento da comunicação escrita, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro meses) da adesão ao Plano.

§ 4º – Havendo indicação de indício de fraude ou recusa do Beneficiário em aceitar o oferecimento de CPT descrita no parágrafo anterior, a **Saúde BRB** solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS para verificação da procedência ou não da alegação de omissão.

§ 5º – Não poderá haver negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

§ 6º – É facultado à **Saúde BRB** examinar ou submeter à perícia quaisquer dos Beneficiários Titulares e/ou Dependentes para fins de identificação de DLP. Realizados os exames ou a perícia, fica vedada à Operadora a alegação de omissão de informação de DLP.

§ 7º - Aplicam-se também aos Beneficiários Dependentes as regras estabelecidas neste Capítulo.

### **Capítulo VIII** **DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Art. 41** - Para os casos de urgência e/ou emergência, a **Saúde BRB** garantirá a cobertura de assistência médico-hospitalar dos atendimentos realizados na Rede Credenciada e nos limites de abrangência geográfica, em unidades de pronto-socorro geral ou especializadas, previamente determinados pela **Saúde BRB**, compreendendo:

- a) consultas médicas;
- b) atendimentos clínicos e cirúrgicos realizados em pronto-socorro;
- c) curativos, aplicação de injeções e inalações;
- d) medicamentos e materiais necessários ao atendimento em pronto-socorro e de uso específico em tais unidades.

**Parágrafo Único** - Entendem-se como casos de emergência aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**Art. 42** - Na impossibilidade de utilização da Rede Credenciada, o atendimento de urgência/emergência poderá ser reembolsado. Para tanto, além dos documentos comprobatórios da efetiva despesa, caberá ao Beneficiário Titular apresentar declaração

em que se justifiquem as circunstâncias do atendimento emergencial, acompanhada do relatório médico e laudos dos exames comprobatórios.

**Art. 43** - A **Saúde BRB** garantirá a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, ou que sejam necessários para a preservação da vida, dos órgãos e das funções, após cumpridos os prazos de carência, desde a admissão no pronto-socorro até a alta hospitalar.

§ 1º - A cobertura dos atendimentos de urgência e emergência fica limitada às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nas seguintes hipóteses:

- a) quando o Beneficiário ainda estiver cumprindo o prazo de carência para internação; e
- b) atendimentos referentes a complicações no processo gestacional, quando a beneficiária ainda estiver cumprindo carência para tais procedimentos;
- c) nos casos de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes - DLP.

§ 2º - Nos casos previstos na alínea 'b' do § 1º, tendo a beneficiária parturiente cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura obrigatória.

§ 3º - As limitações previstas no § 1º não se aplicam nos atendimentos decorrentes de acidentes pessoais.

§ 4º - Para todos os casos previstos no § 1º fica garantida a remoção do Beneficiário para unidade do SUS, ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas dos atendimentos de urgência e emergência, ou quando caracterizada a necessidade de internação.

§ 5º - No caso de remoção do Beneficiário para unidade do SUS, deverão ser observadas as seguintes regras:

- a) impossibilitada a remoção por risco de vida, deverá ser negociada entre o Beneficiário e o prestador a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, desobrigando-se a **Saúde BRB** desse ônus;
- b) caberá à **Saúde BRB** o ônus e a responsabilidade pela remoção do Beneficiário para unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção deverá ser disponibilizada ambulância com os recursos necessários à garantia da manutenção da vida, só cessando a responsabilidade da **Saúde BRB** quando efetuado o registro do Beneficiário na unidade do SUS; e
- d) quando o Beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela descrita na alínea 'b' deste parágrafo, a **Saúde BRB** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

§ 6º - Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carência, decorrentes de urgência e emergência, ficam limitados a um período de 12 (doze) horas de atendimento em pronto-

socorro. Quando necessária, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Beneficiário, não cabendo quaisquer ônus à **Saúde BRB**.

## **Capítulo IX DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Seção I Identificação dos Beneficiários**

**Art. 44** - Aos Beneficiários serão fornecidos cartões de identificação ou autorizações que comprovem sua vinculação à **Saúde BRB**.

§ 1º - A qualquer tempo e sempre que entender conveniente e oportuno, a **Saúde BRB** poderá substituir, parcial ou totalmente, os cartões de identificação fornecidos aos Beneficiários, sem ônus.

§ 2º - No caso de perda, inutilização do cartão de identificação ou reingresso ao Plano, a segunda via será fornecida integralmente às expensas do Beneficiário Titular.

§ 3º - No caso de furto ou roubo, não haverá ônus para o fornecimento de segunda via do cartão de identificação, desde que seja apresentado o boletim de ocorrência expedido pelo órgão competente.

§ 4º - É de inteira responsabilidade do Beneficiário Titular a devolução do cartão de identificação à **Saúde BRB**, quando ocorrer a exclusão de Beneficiário Dependente, ou quando houver a perda da condição de Beneficiário, sob pena de arcar com o custo integral do procedimento indevidamente utilizado, nos termos do Art. 92.

**Art. 45** – Para ser atendido junto à Rede Credenciada, o Beneficiário deverá apresentar o Cartão de Identificação, um documento oficial de identidade, e também atestar o atendimento, por meio manual ou eletrônico.

**Parágrafo único** - A falta de cartão de identificação de Beneficiário somente poderá ser suprida por autorização emitida pela **Saúde BRB**.

**Art. 46** - Será considerado uso irregular do cartão de identificação a sua utilização por terceiros, ficando as despesas decorrentes sob a responsabilidade integral e direta do Beneficiário Titular, que deverá ressarcir-las no prazo que lhe for concedido, estando sujeito às penalidades previstas neste Regulamento.

### **Seção II Das Formas de Acesso aos Serviços**

**Art. 47** - A assistência de que trata este Regulamento será prestada aos Beneficiários por meio de Rede Própria e Credenciada, Convênios de Reciprocidade ou, ainda, mediante reembolso, conforme estabelecido na Seção VII deste Capítulo.

### **Seção III**

### Das Autorizações Prévias

**Art. 48** - Para a emissão das autorizações prévias, faz-se necessária a apresentação de relatório do profissional assistente em que constem: o(s) procedimento(s) solicitado(s), o diagnóstico e/ou justificativa clínica para realização do(s) procedimento(s), bem como resultados de exames que demonstrem a patologia e, em casos de internações eletivas, a data e duração previstas.

§ 1º – A critério da **Saúde BRB**, para avaliação e concessão da autorização prévia, poderão ser solicitados exames adicionais, detalhamento de relatórios e/ou comparecimento do Beneficiário para avaliação clínica.

§ 2º – A autorização prévia, nos mesmos moldes acima descritos, será imprescindível para a realização de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar.

**Art. 49** – Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário será atendido mediante a apresentação do cartão de identificação e documento de identidade. A autorização posterior será emitida pela **Saúde BRB**, a pedido do estabelecimento hospitalar, no primeiro dia útil subsequente à data do atendimento, observado o disposto no § 1º do Art. 48.

### Seção IV

#### Das Divergências de Natureza Técnica

**Art. 50** - Em caso de divergência de natureza técnica entre o profissional assistente do Beneficiário e os auditores da **Saúde BRB**, será garantida a solução do impasse por meio de constituição de junta composta pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por auditor da Caixa de Assistência, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da **Saúde BRB**.

**Parágrafo único** – Caberá ao Beneficiário assumir os honorários devidos ao profissional escolhido por ele, caso não integre a Rede Credenciada da **Saúde BRB**.

### Seção V

#### Da Coparticipação na Cobertura

**Art. 51** - O Beneficiário Titular terá participação financeira em todas as suas despesas assistenciais, assim como nas de seus Dependentes, pagas pela **Saúde BRB**.

**Art. 52** – Nos atendimentos ambulatoriais, a coparticipação corresponderá aos seguintes percentuais:

**I** – Assistência médica:

- a) 30% (trinta por cento) para atendimento ambulatorial em geral;
- b) 5% (cinco por cento) para atendimento ambulatorial de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva;

**II** – Assistência odontológica:

- a) 30% (trinta por cento) para atendimentos odontológicos em geral;

b) 5% (cinco por cento) para pacotes de prevenção odontológica a que se refere o Art. 25, II e § 2º, 'a' e 'b';

c) 70% (setenta por cento) para próteses odontológicas não listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, tais como: coroa metalocerâmica, restaurações inlayonlay e órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora).

### III – Assistência em psicologia:

a) 50% (cinquenta por cento) para assistência em psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional ambulatorial;

b) 5% (cinco por cento) para assistência em Hospital-Dia (saúde mental).

**Parágrafo único** – Será reduzida para 5% (cinco por cento) a coparticipação dos Beneficiários portadores de deficiência, cuja assistência está prevista no Art. 33, § 1º, para os procedimentos relacionados à patologia de sua deficiência.

**Art. 53** – A coparticipação será devida conforme Tabela constante do Anexo I deste Regulamento para os atendimentos realizados em regime de internação.

§ 1º – A coparticipação referida no *caput* estende-se a todas as internações, inclusive a procedimentos odontológicos realizados em hospital por imperativo clínico, internações psiquiátricas e internações para tratamento de dependência química.

§ 2º – Haverá cobrança de coparticipação para internações psiquiátricas quando ultrapassados 30 (trinta) dias de sua duração, por ano de contrato.

**Art. 54** - Os valores constantes do Anexo I deste Regulamento e os percentuais de coparticipação poderão ser revistos a qualquer tempo por deliberação do Conselho Deliberativo, observada a legislação pertinente.

**Art. 55** – A coparticipação dos atendimentos realizados junto aos prestadores da Rede Credenciada dos Convênios de Reciprocidade obedecerá à respectiva tabela de preços adotada pela instituição conveniada.

**Art. 56** – Nenhum procedimento ou serviço poderá ser criado, estendido ou majorado sem que, em contrapartida, estejam asseguradas as respectivas fontes de custeio total, ressalvadas as alterações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

## Seção VI Da Rede Própria e Credenciada

**Art. 57** – As informações sobre a Rede Própria e a Rede Credenciada de prestadores são disponibilizadas no sítio eletrônico da **Saúde BRB** na Internet e na Central de Atendimento.

**Art. 58** - É vedado às instituições e profissionais contratados cobrarem dos Beneficiários quaisquer quantias superiores aos valores pactuados pela **Saúde BRB**.

**Art. 59** - À **Saúde BRB** reserva-se o direito de redimensionar sua Rede de Prestadores – ampliação, redução e substituição – nos termos da legislação vigente.

§ 1º – A substituição de estabelecimento hospitalar da Rede Credenciada deverá ser precedida de comunicação aos Beneficiários e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias ou fiscais em vigor.

§ 2º - Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar por iniciativa da **Saúde BRB**, durante período de internação, o prestador obriga-se a manter a internação, e a Caixa de Assistência a custear as despesas até a alta hospitalar.

§ 3º – Caso a substituição do estabelecimento hospitalar ocorra por infração às normas sanitárias em vigor, a **Saúde BRB** será responsável pela transferência imediata dos Beneficiários internados para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência sem ônus para o Beneficiário.

## **Seção VII Do Reembolso**

**Art. 60** – O Plano A-1 não oferece a modalidade livre escolha. Os atendimentos serão prestados exclusivamente pela Rede Credenciada, ou seja, o Beneficiário não faz jus a reembolso de despesas quando atendido em caráter particular por profissionais não credenciados.

**Art. 61** - A **Saúde BRB** reembolsará as despesas ambulatoriais, hospitalares e odontológicas realizadas pelos Beneficiários junto a prestadores não credenciados, dentro da abrangência geográfica do Plano, nos valores definidos pelas tabelas pactuadas e descontada a coparticipação, exclusivamente nas seguintes situações:

**I** - Atendimento realizado em localidade onde não houver prestador habilitado;

**II** - Atendimento prestado em situação de urgência/emergência, devidamente justificado em relatório emitido pelo profissional que o tenha executado, ainda que haja prestador contratado para o procedimento;

**III** - Situações excepcionais, tais como: paralisação ou interrupção do atendimento pela Rede Credenciada.

**Art. 62** – Para a efetivação do reembolso, o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos originais:

**I** - Relatório analítico das despesas – conta hospitalar ou similar;

**II** - Relatório do profissional assistente em que é justificado o atendimento e caracterizada a condição de urgência/emergência;

**III** - Exames comprobatórios que demonstrem a patologia;

**IV** - Nota Fiscal ou recibo emitido em nome do Beneficiário atendido, ou de seu responsável legal, em que se descreva o valor pago e a despesa a que se refere.

§ 2º - O Beneficiário deverá caracterizar perfeitamente o evento, por meio da documentação original solicitada, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias após o evento.

§ 3º – A critério da auditoria técnica da **Saúde BRB**, outros meios de comprovação poderão ser solicitados, inclusive a avaliação clínica do Beneficiário atendido;

§ 4º - A documentação original solicitada, referente às despesas ressarcidas total ou parcialmente, será retida pela **Saúde BRB**;

§ 5º – Após a aceitação dos documentos apresentados e a comprovação das despesas e do evento pela auditoria médica, o reembolso será efetuado em 30 (trinta) dias;

§ 6º - Serão reembolsados somente os procedimentos ambulatoriais e hospitalares constantes das tabelas pactuadas, vedadas quaisquer analogias entre procedimentos.

## **Capítulo X** **DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DAS MENSALIDADES**

**Art. 63** - Os recursos necessários ao custeio do Plano são estabelecidos neste Capítulo.

**Art. 64** - As contribuições das Associadas Patrocinadoras são originárias das seguintes fontes:

**I** - Das Associadas BRB - Banco de Brasília S/A, BRB – Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S/A e BRB - Crédito, Financiamento e Investimento S/A: contribuição mensal no percentual de 4% (quatro por cento), calculada sobre o valor da remuneração dos seus empregados, tal como definida no Art. 67 deste Regulamento. O mesmo percentual aplicar-se-á em relação aos diretores que são beneficiários do Plano;

**II** – Das Associadas AEBRB – Associação dos Empregados do Banco de Brasília; BRB Administradora e Corretora de Seguros S/A; Cartão BRB S/A; REGIUS - Sociedade Civil de Previdência Privada e Saúde BRB - Caixa de Assistência: contribuição mensal no percentual de 6% (seis por cento), calculada sobre o valor da remuneração dos seus empregados, tal como definida no Art. 67 deste Regulamento. O mesmo percentual aplicar-se-á em relação aos diretores que são Beneficiários do Plano;

**III** – De todas as Associadas Patrocinadoras: contribuição mensal no percentual de 1,5% (um e meio por cento), calculada sobre o valor da remuneração dos seus empregados, tal como definida no Art. 67 deste Regulamento. O mesmo percentual aplicar-se-á em relação aos diretores que são Beneficiários do Plano;

**IV** – Da Associada AEBRB – Associação dos Empregados do Banco de Brasília: repasse suplementar com base nos resultados positivos apurados em seus balancetes, com aportes mensais de 25% (vinte e cinco por cento) do valor das despesas assistenciais líquidas do Plano, apuradas no mês anterior. Caso não haja superavit suficiente para remessa em determinado mês, haverá compensação da diferença nos meses subsequentes, de modo que, ao final do exercício ou até o recebimento dos dividendos da Cartão BRB S/A no exercício seguinte, fique assegurado o repasse da totalidade dos valores devidos no exercício anterior.

**Art. 65** - As contribuições devidas pelos Beneficiários Titulares e por seus Dependentes, observados os limites previstos nos §§ 1º e 2º deste Artigo, e também no Art. 67, Parágrafo Único, são as seguintes:

**I** - Empregados ativos e diretores: contribuição mensal calculada sobre o valor bruto de sua

remuneração, tal como definida no Art. 67 deste Regulamento, pela aplicação dos percentuais:

- a) 2% (dois por cento) por Beneficiário Titular;
- b) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente Direto; e
- c) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente Agregado.

**II - Aposentados e Pensionistas:** pela aplicação dos percentuais:

- a) 4% (quatro por cento) sobre o valor bruto da suplementação paga pela REGIUS - Plano BD 1, acrescido do valor bruto do benefício pago pelo INSS;
- b) 4% (quatro por cento) sobre a média dos salários dos últimos 12 meses de contribuição para o Plano, enquanto na condição de ativo, para os que recebem suplementação da REGIUS - Plano CV 3, salvo os aposentados até 31.03.2012, que têm como base de cálculo as mesmas condições previstas na alínea “a”;
- c) 4% (quatro por cento) sobre a média dos salários dos últimos 12 meses de contribuição para o Plano, enquanto na condição de ativo, para os que recebem benefícios somente pelo INSS, sem suplementação da REGIUS, salvo os aposentados até 31.03.2012, que têm como base de cálculo o último salário;
- d) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente Direto; e
- e) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente Agregado.

**III – Empregados aderentes a programas de demissão incentivada implementados pelas Associadas Patrocinadoras,** pela aplicação dos percentuais:

- a) 4% (quatro por cento) sobre a média dos salários recebidos nos últimos 12 (doze) meses na condição de empregado ativo, até a efetivação da aposentadoria do Beneficiário Titular, quando a contribuição passará a ser calculada em conformidade com o disposto no Inciso II deste artigo;
- b) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente Direto;
- c) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente Agregado.

**IV - Receptores de Benefício Diferido pago pela REGIUS e seus Dependentes:** pela aplicação dos seguintes percentuais:

- a) 4% (quatro por cento) sobre o valor recebido da REGIUS - Planos BD 1 e CV 3 - acrescido do valor do benefício pago pelo INSS. Na inexistência desse último, o valor da base de cálculo será a última remuneração recebida na Associada Patrocinadora à qual o Beneficiário era vinculado, atualizada anualmente pelo IPCA, observado o Art. 87, II;
- b) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente Direto; e
- c) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente Agregado.

**V - Beneficiários Contribuintes Avulsos:** contribuição mensal calculada sobre o valor bruto da última remuneração paga pela Associada Patrocinadora a que era vinculado, composta



pelas verbas não eventuais, sendo:

- a) 7,5% (sete e meio por cento) para o Beneficiário Titular vinculado às Associadas: BRB - Banco de Brasília S/A, BRB - Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S/A e BRB - Crédito, Financiamento e Investimento S/A;
- b) 9,5% (nove e meio por cento) para o Beneficiário Titular das Associadas: AEBRB – Associação dos Empregados do Banco de Brasília; BRB Administradora e Corretora de Seguros S/A.; Cartão BRB S/A; REGIUS - Sociedade Civil de Previdência Privada e Saúde BRB - Caixa de Assistência;
- c) 0,6% (seis décimos por cento) por Beneficiário Dependente Direto; e
- d) 6% (seis por cento) por Beneficiário Dependente Agregado.

§ 1º - As contribuições devidas pelos Beneficiários Titulares e seus Dependentes observarão os limites mínimos e máximos:

- a) Empregados Ativos: mínimo de R\$60,00 (sessenta reais); Dependentes Diretos: mínimo de R\$42,00 (quarenta e dois reais); Dependentes Agregados: mínimo de R\$215,00 (duzentos e quinze reais) e máximo de R\$716,00 (setecentos e dezesseis reais);
- b) Aposentados, Pensionistas e Contribuintes Avulsos: Titulares: mínimo de R\$120,00 (cento e vinte reais); Dependentes Diretos: mínimo R\$42,00 (quarenta e dois reais); Dependentes Agregados: mínimo de R\$215,00 (duzentos e quinze reais) e máximo de R\$716,00 (setecentos e dezesseis reais);
- c) Receptores de Benefício Diferido: Titulares: mínimo de R\$120,00 (cento e vinte reais); Dependentes Diretos: mínimo R\$42,00 (quarenta e dois reais); Dependentes Agregados: mínimo de R\$215,00 (duzentos e quinze reais) e máximo de R\$716,00 (setecentos e dezesseis reais);

§ 2º - Os limites de que tratam as alíneas ‘a’, ‘b’ e ‘c’ do § 1º deste artigo serão reajustados anualmente no mês de janeiro, independentemente da data de adesão ao Plano, pela aplicação do IPCA acumulado do período, ou do índice que o substitua para fins de aferição da inflação oficial.

§ 3º - As bases de contribuição a que se referem os incisos I a V deste artigo serão reajustadas anualmente da seguinte forma:

- a) remuneração dos Beneficiários Ativos e diretores: reajustes salariais concedidos pelas Associadas Patrocinadoras aos empregados e dirigentes;
- b) benefícios pagos pela REGIUS: índices de reajustes aplicados pela REGIUS;
- c) benefícios pagos pelo INSS: índice oficial aplicado pelo Governo Federal para correção dos benefícios previdenciários, no mês em que ocorrer;
- d) base correspondente à média da remuneração dos últimos 12 (doze) meses: variação positiva do IPCA, aplicada no mês de janeiro de cada ano;
- e) base correspondente à última remuneração recebida na Associada Patrocinadora à qual o Beneficiário era vinculado: variação positiva do IPCA, aplicada no mês de janeiro de cada

ano.

**Art. 66** – Todos os parâmetros do custeio do Plano poderão ser redefinidos, sempre que estudos técnicos atuariais o recomendarem, visando a manter o equilíbrio financeiro do Plano.

**Parágrafo Único** – A implementação de novos parâmetros do custeio do Plano, com base em projeções atuariais, fica condicionada à aprovação do Conselho Deliberativo da **Saúde BRB** e homologação da Assembleia Geral das Associadas Patrocinadoras.

**Art. 67** - Para efeito do cálculo das contribuições de que trata o Art. 65, considera-se valor bruto o somatório de todas as quantias que compõem a remuneração do Beneficiário Titular, inclusive horas extras, substituições, 13º salário e gratificação natalina, exceto:

**I** - Auxílios de qualquer natureza;

**II** - Conversão, em espécie, de abono assiduidade, abono pecuniário de férias e folgas; e

**III** - Recebimentos extraordinários, como abonos especiais e participações nos lucros e resultados.

**Parágrafo Único** - A base de cálculo das contribuições dos Beneficiários Titulares, de que trata o *caput* deste Artigo, ficará limitada ao valor máximo estabelecido em projeções atuariais do custeio do Plano.

**Art. 68** - O valor da contribuição mensal do Beneficiário Titular que se encontra em licença previdenciária ou acidentária será calculado com base na média dos salários recebidos nos últimos 12 (doze) meses antes do afastamento.

**Art. 69** - Eventuais diferenças, identificadas no recolhimento das contribuições estabelecidas nos Arts. 64 e 65 deverão ser cobradas pela **Saúde BRB** ou a ela devolvidas no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da comunicação do fato por qualquer das partes, sob pena de apuração de responsabilidade administrativa.

**Art. 70** - As contribuições de que trata este Capítulo serão recolhidas à **Saúde BRB** até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao da competência da contribuição.

**Art. 71** - A cobertura de eventual insuficiência financeira apurada no exercício contábil dar-se-á mediante a utilização das reservas financeiras contabilizadas no Patrimônio Social da **Saúde BRB**, excedentes das reservas técnicas normatizadas pela ANS.

**Parágrafo Único** – Permanecendo a insuficiência financeira por dois exercícios consecutivos, o custeio do Plano deverá ser ajustado, no exercício seguinte, para o seu equilíbrio econômico-financeiro.

**Art. 72** - Os recursos da **Saúde BRB** somente poderão ser destinados a gastos que, direta ou indiretamente, visem à atenção preventiva e curativa da saúde de seus Beneficiários.

**Art. 73** - Sobre as contribuições e/ou participações não pagas nos seus respectivos vencimentos, incidirá a correção pelo IPCA ou outro índice que o suceder, acrescida de juros de 1% a.m. (um por cento ao mês) e multa de 2% (dois por cento).

**Art. 74** – A **Saúde BRB** fará o ressarcimento do valor de eventuais contribuições cobradas

após a perda da qualidade de Beneficiário.

**Parágrafo Único:** Fica sob a responsabilidade do Beneficiário Titular o pagamento integral de eventuais despesas ainda não cobradas até o desligamento, bem como aquelas realizadas posteriormente.

## **Capítulo XI DO REAJUSTE**

**Art. 75** - A Saúde BRB não prevê o mecanismo de reajuste no presente Regulamento, uma vez que as contribuições pecuniárias são vinculadas aos salários dos Beneficiários.

§ 1º – A cada dois anos, ou sempre que se fizer necessário, o Órgão Executivo da Saúde BRB deverá apresentar ao Conselho Deliberativo projeções atuariais do Plano A-1, com o objetivo de identificar e corrigir eventuais distorções, para manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro.

§ 2º – Evidenciada a necessidade de redefinição dos parâmetros do custeio, as alterações propostas deverão ser submetidas à apreciação do Conselho Deliberativo, com vistas à posterior deliberação da Assembleia Geral das Associadas Patrocinadoras.

## **Capítulo XII DAS FAIXAS ETÁRIAS**

**Art. 76** – No presente Regulamento, não há previsão de reajuste em razão da variação da faixa etária dos Beneficiários.

## **Capítulo XIII DOS BÔNUS E DESCONTOS**

**Art. 77** – O Plano A-1 não oferece bônus ou descontos de qualquer natureza.

## **Capítulo XIV DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

**Art. 78** - As Associadas Patrocinadoras assegurarão ao Beneficiário Titular que contribuir para o Plano, no caso de aposentadoria ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário, juntamente com os Beneficiários Dependentes a ele vinculados, com as mesmas garantias de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contribuições pessoal e patronal, conforme disposição legal.

§ 1º - O período de manutenção da condição de Beneficiário para ex-empregado demitido sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao Plano A-1, ou outro que o suceder, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses a um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º – O período de manutenção da condição de Beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado houver contribuído para o Plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou

b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado houver contribuído por período inferior a 10 (dez) anos.

§ 3º – A manutenção da condição de Beneficiário é extensiva ao seu grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do grupo.

§ 4º – O ex-empregado poderá incluir como dependentes novo cônjuge e filhos, no período de manutenção da condição de Beneficiário.

§ 5º – Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência no plano será assegurado aos seus dependentes inscritos até a data do óbito.

§ 6º – O direito de manutenção assegurado ao Beneficiário Titular não excluirá vantagens obtidas pelos empregados, decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

**Art. 79** – O prazo de opção pela permanência no Plano, para os ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, previsto no Art. 3º, § 1º, será contado a partir da comunicação inequívoca feita pela Associada Patrocinadora ao Beneficiário no ato da rescisão contratual.

**Parágrafo Único** – A condição de Beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos §§ 1º e 2º do Art. 78;

b) pela admissão do Beneficiário em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

c) pelo cancelamento do benefício do Plano, por parte das Associadas Patrocinadoras.

**Art. 80** – É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado e a seus dependentes vinculados ao Plano, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário de que trata este Capítulo, o direito de exercer a portabilidade especial de carências na forma em que dispuser a legislação aplicável.

## Capítulo XV

### DAS CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**Art. 81** - Perde a condição de Beneficiário do Plano:

**I** - O Beneficiário Titular que solicitar o cancelamento de sua inscrição.

**II** - O Beneficiário Titular que perder a condição de empregado das Associadas Patrocinadoras, após a data de rescisão contratual, exceto quando:

a) optar pela condição de Beneficiário Avulso, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data da rescisão contratual, nos casos de demissão sem justa causa;

b) aposentar-se exclusivamente pela Previdência Social (INSS), observado o disposto no Art. 3º, § 4º.

**III** – O pensionista em geral, pela perda dessa condição, em decorrência de disposições legais;

**IV** - O pensionista vinculado à REGIUS, pela perda dessa condição;

**V** - O cônjuge, pela separação judicial, divórcio ou anulação do casamento e o companheiro, pela dissolução da união estável;

**VI** - O filho, o enteado e o menor sob guarda ao completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade;

**VII** - O Beneficiário Dependente inválido, pela cessação da invalidez;

**VIII** - O Beneficiário que fizer uso indevido do Plano;

**IX** - Os Beneficiários mencionados no Art. 5º, incisos III, IV e V que contraírem matrimônio ou união estável;

**X** - O Beneficiário Titular que atrasar suas contribuições, participações ou quaisquer outros débitos junto à **Saúde BRB**, por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;

**XI** – O ex-empregado que tenha solicitado o seu desligamento das Associadas Patrocinadoras, salvo o disposto no Art. 3º, VI;

**XII** - O ex-empregado das Associadas Patrocinadoras demitido por justa causa;

**XIII** – O diretor sem vínculo empregatício que, por quaisquer razões, desvincular-se do cargo.

§ 1º - Em caso de falecimento do Beneficiário Titular, não poderá o pensionista fazer inclusões de novos Beneficiários Dependentes Diretos, mantendo-se para efeito de cobertura por parte do Plano os cadastrados pelo Beneficiário Titular e o filho nascido até 9 (nove) meses após o seu falecimento.

§ 2º - O cancelamento da inscrição do Beneficiário Titular, salvo por motivo de morte, resultará no cancelamento da inscrição dos respectivos Beneficiários Dependentes.

§ 3º - O cancelamento da inscrição previsto no inciso X será precedido de notificação ao Beneficiário Titular, até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência.

§ 4º - No caso dos incisos I, II, III, IV, VIII, X XI, XII e XIII, os débitos junto à **Saúde BRB** deverão ser liquidados antes do afastamento, comprometendo-se o Beneficiário Titular a liquidar posteriores participações ainda não processadas por ocasião do seu afastamento.

§ 5º - O atraso das contribuições e/ou participações devidas pelo Beneficiário Titular, por período superior a trinta dias, condicionará a cobertura assistencial prestada pela **Saúde BRB** à concessão de autorização prévia para todo e qualquer procedimento.

**Art. 82** - Não terá direito a qualquer ressarcimento ou indenização pecuniária o Beneficiário Titular que se desligar do Plano, observado o disposto no Art. 74.

**Art. 83** - A exclusão do Beneficiário Titular da **Saúde BRB**, por qualquer motivo, não o desobriga do pagamento das despesas havidas com o próprio Beneficiário Titular ou qualquer um de seus Beneficiários Dependentes, sendo que a quitação do débito dar-se-á de acordo com as normas deste Plano, inclusive no que se refere à atualização de valores de que trata o Art. 73.

§ 1º – O Beneficiário Titular deverá manter as suas informações cadastrais atualizadas junto à **Saúde BRB**, de modo a possibilitar a notificação e cobrança dos débitos ainda não faturados quando do seu desligamento.

§ 2º – A **Saúde BRB** fará uso dos recursos legais necessários para cobrança dos valores devidos ao Plano e não recebidos pelas vias administrativas, além da inscrição do devedor no cadastro dos órgãos de proteção ao crédito.

§ 3º - No caso de falecimento do Beneficiário Titular, os débitos existentes serão de responsabilidade de seu espólio.

## **Capítulo XVI RESCISÃO/SUSPENSÃO**

**Art. 84** - Por ser a **Saúde BRB** uma Operadora de Autogestão, não se aplica a rescisão, mas a perda da qualidade de Beneficiário.

**Art. 85** - Por deliberação da Assembleia Geral das Associadas Patrocinadoras, poderá ocorrer o encerramento das atividades do Plano em conformidade com o que dispuser o Estatuto da **Saúde BRB**.

## **Capítulo XVII DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 86** - A **Saúde BRB** compromete-se a dar total ciência dos termos do presente Regulamento à população vinculada às coberturas acima mencionadas, inclusive com referência à tabela de reembolso, sendo que qualquer desconhecimento não poderá ser imputado à **Saúde BRB**.

**Art. 87** – São também considerados Beneficiários do Plano A-1:

**I** – Os Dependentes Agregados dos Beneficiários Titulares, inscritos na **Saúde BRB** até 01.11.98;

**II** – Os Beneficiários Titulares receptores do Benefício Diferido da REGIUS, inscritos na **Saúde BRB** até 31.03.2012.

**Parágrafo Único** - Os Dependentes Agregados deverão apresentar os seguintes documentos:

a) Comprovação anual de dependência econômica exclusiva do Beneficiário Titular, assim entendida a inexistência de renda superior ao valor limite de isenção para o Imposto de Renda Pessoa Física; e

b) Comprovação anual de residência com o Beneficiário Titular ou em imóvel de propriedade deste, ou por ele mantido.

**Art. 88** - A critério da **Saúde BRB** e mediante parecer técnico conclusivo, os procedimentos não cobertos, bem como aqueles que exijam autorização prévia, poderão ser revistos para atender à sua finalidade assistencial.

**Art. 89** - A **Saúde BRB** definirá em manual operacional as formas e critérios de atendimento ambulatorial, de internação hospitalar e de procedimentos odontológicos.

**Art. 90** - A **Saúde BRB** poderá, mediante critérios de conveniência e oportunidade, promover campanhas de prevenção de doenças e manutenção da saúde dos Beneficiários.

**Art. 91** - Os limites de utilização e de restrição de coberturas previstos neste Regulamento poderão ser revistos mediante exigência legal ou recomendação técnica especializada, com vistas ao equilíbrio do Plano.

**Art. 92** - O uso indevido do Plano sujeitará o Beneficiário ao pagamento integral das despesas relativas aos procedimentos realizados, e poderá ensejar a sua exclusão.

**Parágrafo Único** – Tratando-se de fraude cujo infrator seja Beneficiário Titular empregado de qualquer das Associadas Patrocinadoras, o fato será comunicado a elas pela **Saúde BRB**, para as providências cabíveis.

**Art. 93** - A **Saúde BRB** apresentará anualmente aos seus Beneficiários Titulares relatório de suas atividades, contendo informações operacionais e financeiras.

**Art. 94** - A **Saúde BRB** facultará às Associadas Patrocinadoras o acesso às informações de caráter operacional, gerencial, financeiro ou qualquer outro, sempre que por elas solicitadas.

**Art. 95** - Os casos omissos e excepcionais serão resolvidos pelo Órgão Executivo da **Saúde BRB**, ou submetidos ao Conselho Deliberativo.

**Art. 96** - Este Regulamento somente poderá ser alterado por deliberação do Conselho Deliberativo da **Saúde BRB**, na forma do Estatuto.

## **Capítulo XVIII ELEIÇÃO DE FORO**

**Art. 97** - As partes elegem de comum acordo o foro de Brasília, Distrito Federal, para solução de eventuais pendências que se originarem do presente Regulamento.

## **Capítulo XIX VIGÊNCIA**

**Art. 98** - O presente Regulamento tem vigência a partir 16.04.2020.

**ANEXO I**

Tabela de Coparticipação em Internações

<b>De R\$</b>	<b>Até R\$</b>	<b>Valor a ser ressarcido em R\$</b>
30,00	500,00	20,00
500,01	1.000,00	37,50
1.000,01	2.000,00	75,00
2.000,01	3.000,00	150,00
3.000,01	4.000,00	200,00
4.000,01	5.000,00	300,00
5.000,01	7.500,00	375,00
7.500,01	10.000,00	500,00
10.000,01	15.000,00	600,00
15.000,01	20.000,00	800,00
20.000,01	30.000,00	1.200,00
30.000,01	40.000,00	1.600,00
40.000,01	50.000,00	2.000,00
50.000,01	60.000,00	2.400,00
Acima de 60.000,00		3.000,00

Anexo a que alude o art. 53 deste Regulamento



## GLOSSÁRIO

Para maior compreensão das disposições contidas neste Regulamento, registra-se o glossário abaixo, onde se contempla o adequado significado de alguns termos, siglas, expressões e conceitos no contexto do Instrumento Normativo:

<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar. Autarquia que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relacionadas à Saúde Suplementar.
<b>Associada Patrocinadora</b>	Empresa do Grupo BRB, patrocinadora do Plano de Saúde.
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Autarquia sob regime especial, que tem como área de atuação todos os setores da economia relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira.
<b>Área de Atuação do Plano</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário
<b>Área Geográfica de Abrangência</b>	Extensão territorial em que o plano de saúde garante cobertura assistencial.
<b>Autogestão</b>	Modalidade na qual é classificada uma instituição que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.
<b>Autorização Prévia de Procedimento de Saúde</b>	Mecanismo de regulação da operadora que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde. É fornecida formalmente pela operadora mediante solicitação do profissional assistente.
<b>Beneficiário</b>	Usuário do Plano de Saúde - Titular ou Dependente.
<b>Beneficiário Titular</b>	Categoria de Beneficiário – Empregado ou Diretor das Associadas Patrocinadoras contratantes do Plano de Saúde.
<b>Carências</b>	Períodos fixados nos limites estabelecidos pela Lei no. 9656/98 e regulamentação da ANS, contados a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante os quais os Beneficiários não fazem jus às coberturas assistenciais previstas no Regulamento.
<b>Cobertura Assistencial</b>	Procedimentos médicos e odontológicos cuja cobertura é assegurada pelo Plano de Saúde.

<b>Cobertura Parcial Temporária (CPT)</b>	É aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de inscrição do Beneficiário no Plano de Saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
<b>Convênio de Adesão</b>	Instrumento jurídico celebrado entre as Associadas Patrocinadoras e a Saúde BRB, para assegurar a manutenção do Plano de Saúde.
<b>Coparticipação</b>	Percentual dos custos de cada procedimento, arcado pelo Beneficiário.
<b>Coparticipação em Internação</b>	Valor fixo arcado pelo Beneficiário, correspondente a uma parte das despesas assistenciais com internação, conforme estabelecido na Tabela do Anexo I do Regulamento.
<b>Dependente Direto</b>	Categoria de Beneficiário - esposa(o) ou companheira(o), filhos, enteados e menores sob guarda legalmente instituída, inscritos como dependentes do Titular.
<b>Dependente Agregado</b>	Categoria de Beneficiário - Pai e mãe de Beneficiário Titular, inscritos até 01.11.1998.
<b>Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)</b>	Doenças e lesões das quais o Beneficiário ou representante legal saiba ser portador no momento da adesão ao Plano de Saúde.
<b>Emergência</b>	Situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
<b>Grupo Familiar</b>	Beneficiário Titular e familiares elegíveis para inclusão no Plano de Saúde como Dependentes Diretos - esposo, companheiro, filhos, enteados e menores sob guarda, legalmente instituída.
<b>Órtese</b>	Dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
<b>Pacote de Prevenção Odontológica</b>	Conjunto de procedimentos odontológicos de caráter preventivo, conforme especificação contemplada no artigo 25 do Regulamento.
<b>Plano Empresarial Coletivo</b>	Plano privado de assistência à saúde, de contratação coletiva, oferecida por operadora de plano privado à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica, que tem como característica a adesão no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta do grupo.
<b>Prótese</b>	Dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.
<b>Rede Credenciada</b>	Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

<b>Repasso Suplementar</b>	Transferência de recursos efetuada pela AEBRB - Associação dos Empregados do Banco de Brasília, na forma de contribuição patronal extraordinária, para custeio do Plano de Saúde, com base nas condições definidas no Convênio de Adesão e no Regulamento do Plano.
<b>Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Odontológicos</b>	Lista de procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória para os planos de saúde regidos pela Lei 9656/98.
<b>Saúde Suplementar</b>	Refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público, no âmbito das atribuições da ANS.
<b>Suplementação da REGIUS</b>	Benefício pago pela REGIUS aos assistidos (aposentados) pelo Plano de Previdência daquele Fundo de Pensão.
<b>Tabela de Preços Brasíndice</b>	Tabela publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de medicamentos vendidos no Brasil. Ela contém o preço de fábrica e o preço máximo ao consumidor. Esta tabela é reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares tem esta tabela como referencial para negociações, pois refletem o custo efetivo do medicamento.
<b>Tabela de Preços Simpro</b>	Tabela utilizada como parâmetro para faturamento, análise de contas médicas e cotações de preços de órteses, próteses e materiais especiais.  Apresenta diversas informações importantes como o nome do fabricante, importador ou distribuidor, a descrição completa de Equipamentos, Materiais Permanentes, Reutilizáveis e Descartáveis, preço de fábrica, vigência de atualização e dados da empresa.