

RESOLUÇÃO Nº 04, DE 17 DE ABRIL DE 1996.

Dispõe sobre a Instituição do Plano de Saúde na Justiça Federal da 5ª Região.

O TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de um atendimento médico-hospitalar e ambulatorial que atenda aos Juízes e Servidores da 5ª Região e dentro das condições orçamentárias previstas, de modo que não ocorram prejuízos à saúde dos que fazem a Justiça Federal da 5ª Região,

RESOLVE:

ART. 1º – Instituir o Plano de Saúde na Justiça Federal da 5ª Região, compreendendo Seguro Privado e Plano Interno de Saúde, com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial aos Juízes e Servidores, ativos, inativos e pensionistas; aos Servidores requisitados (que estejam ou não ocupando cargos comissionados ou funções gratificadas) e a todos os respectivos dependentes regularmente inscritos.

§ 1º – O Servidor do Quadro de Pessoal Permanente do Tribunal Regional Federal da 5ª Região ou das Seções Judiciárias sob sua jurisdição, lotado provisoriamente ou cedido, possui o direito de continuar como beneficiário do Plano de Saúde oferecido pelo órgão ao qual pertence, devendo expressar opção, caso o órgão em que for exercer suas atividades conceda-lhe idêntico benefício, de modo a não usufruir cumulativamente um mesmo direito

§ 2º – O Servidor que venha a requerer licença sem vencimento, poderá permanecer no referido Plano, desde que pague a contribuição mensal, inclusive a parte de responsabilidade do Tribunal, devendo o servidor entregar o comprovante de pagamento à Divisão de Assistência Social até o dia 10(dez) de cada mês ou nas Seções Judiciárias nas respectivas Unidades de Benefícios.

DO CUSTEIO:

ART. 2º – Fica vedada a concessão do benefício gratuito.

§ 1º – O custeio do Seguro Privado e a participação dos beneficiários, ocorrerá em percentuais conforme Tabela constante do Anexo I desta Resolução.

§ 2º – O Plano Interno de Saúde será custeado de forma conjunta, na ordem de 10% (dez por cento) para o servidor e 90% (noventa por cento) para o TRF da 5ª Região, na forma de reembolso e observando-se a disponibilidade orçamentária;

§ 3º – O percentual a ser descontado do segurado não poderá ultrapassar o percentual legal de 30% (trinta por cento) de sua remuneração, nos termos do Art. 21 da Lei nº 1.046, de 02 de janeiro de 1950, com a redação da Lei nº 2.853, de 28 de agosto de 1956, e alterado pelo Art. 1º da Lei nº 4.373, de 30 de julho de 1964.

ART.3º – Determinar que todo orçamento da 5ª Região destinado à Saúde seja Administrado por esta Corte, salvo decisão do Exmo. Sr. Juiz Presidente deste Tribunal.

ART. 4º – Determinar que a Divisão de Assistência Social do Tribunal e Secretarias Administrativas das Seções Judiciárias administrem, no que se refere ao Seguro Privado, as rotinas de inclusão, exclusão, reembolso e de casos que requeiram providências ou pareceres de ordem técnico-administrativa.

- § 1º – Compete, ainda, à Divisão de Assistência Social ou às Unidades de Benefícios das Seções Judiciárias, zelar pela prestação na remessa da fatura mensal da empresa de seguro contratada à Subsecretaria de Planejamento e Execução de Orçamento e Finanças ou à Seção de Folha de Pagamento, para liquidação sem prejuízo do prazo de vencimento.
- § 2º – À Subsecretaria de Planejamento e Execução de Orçamento e Finanças – no TRF – e à Seção de Folha de Pagamento – nas Seccionais competem a administração financeira do Plano de Saúde, controlando as informações necessárias ao processo de pagamento e aos descontos em folha, devendo comunicar à Divisão de Assistência Social e à Unidade de Benefícios, por escrito, qualquer desconto que deixe de ser efetuado e a razão da ocorrência.
- § 3º – À Subsecretaria de Pessoal – no TRF – e à Seção de Cadastro e Lotação – nas Seccionais – competem informar, de imediato, à Divisão de Assistência Social, os dados dos Servidores recém-empossados, o ingresso de Servidores requisitados, os pedidos de exoneração e a efetivação do desligamento, além dos afastamentos que impliquem em suspensão de percepção de vencimentos.
- § 4º – Compete, ainda, à Subsecretaria de Pessoal e à Seção de Cadastro e Lotação das Seções Judiciárias, encaminhar o Servidor recém-empossado, diretamente à Divisão de Assistência Social ou à Unidade de Benefícios, para que tome ciência imediata deste benefício, com vistas a se evitar perdas de prazo e conseqüente prejuízo no que concerne à sua saúde.
- § 5º – O Servidor que for exonerado, deverá comparecer antecipadamente à Divisão de Assistência Social, para efetuar a exclusão do Plano de Saúde, ressaltando, assim, a observância dos prazos contratuais.

ART. 5º – Determinar que a Divisão de Assistência Social do Tribunal e as Unidades de Programas de Benefícios das Seções Judiciárias, confirmem e atestem a fatura mensal da empresa de seguro contratada, notificando-a das divergências encontradas e das cobranças indevidas, para efetivação do devido ressarcimento, pela empresa, em valores corrigidos, ao Tribunal e Seções Judiciárias.

DO SEGURO PRIVADO:

ART. 6º – Plano Privado de Saúde cobrirá os seguintes eventos:

- I – Assistência médica e cirúrgica em regime de internação, em diversas especialidades;
- II – Urgência clínica – cobertura das urgências clínicas, caracterizadas como casos que determinem risco de vida imediato, em fase aguda, e que não possam ser tratados em residência;
- III – Cobertura aos pequenos atendimentos que se referem a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, realizados em regime ambulatorial, seja consultório ou hospitalar;
- IV – Remoção de pacientes em ambulância;
- V – Cobertura de despesas decorrentes de radioterapias e tratamentos quimioterápicos para doenças neoplásicas;
- VI – Cobertura de gravidez e parto – cirurgias decorrentes de risco de vida da parturiente ou do feto, bem como as operações de cesariana;
- VII – Tratamentos fisioterápicos indicados em função de acidentes pessoais;
- VIII – Internação em quarto com banheiro privativo, incluindo:

- a) medicamentos, anestésicos e oxigênio, até a alta hospitalar;
- b) sala cirúrgica, inclusive material, esterilização e serviços gerais de enfermagem;
- c) unidade de terapia intensiva;
- d) utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material indispensável ao tratamento de pacientes internados;
- e) alimentação dietética, quando indicada, até a alta hospitalar;
- f) despesas com acomodação e alimentação, fomecidas pelo hospital, para acompanhamento de pacientes.

IX – A Seguradora cobrirá, ainda:

- a) despesas com honorários médicos durante a internação hospitalar referente a procedimentos de diagnose e terapia, tais como endoscopia em geral;
- b) transfusões de sangue e seus derivados, até a alta hospitalar;
- c) exames de qualquer natureza, durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial.

X – Cobrirá consultas médicas, exames laboratoriais e o que ficar estabelecido em contrato.

Parágrafo único – O atendimento médico previsto neste Plano é integral, e ao segurado é dada a liberdade para escolha de médicos e hospitais, sendo extensivo ao cônjuge e seus dependentes. Além disso, a seguradora fornecerá lista de referência dos médicos, das mais variadas especialidades, hospitais e clínicas, visando orientar o segurado e garantir rápido atendimento no momento da ocorrência dos eventos.

DO PLANO INTERNO DE SAÚDE:

ART. 7º – O Plano Interno de Saúde é extensivo ao cônjuge, companheiro (a) e seus dependentes, com o objetivo básico de complementar o Plano Seguro Privado, cobrindo os seguintes eventos:

- I- Check-up preventivo;
- II – Cobertura de despesas com enfermagem, seja em hospital ou residência, havendo recomendação médica de cuidados especiais ou extraordinários, segundo Tabela de Honorários de Enfermagem, emitida pelo Conselho Federal de Enfermagem ;
- III – Doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória e suas conseqüências, inclusive Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida e suas conseqüências;
- IV – Marca-passo, prótese e órtese, exceto os dois últimos quando se referir a tratamento odontológico;
- V – Intervenção cirúrgica em caso de esterilização masculina ou feminina, quando for constatada excepcionalidade por médico especialista;
- VI – Cobertura dos medicamentos sujeitos à notificação "B", prescritos por profissionais especializados ou pelos médicos deste Órgão;
- VII – Cobertura de lentes corretivas da visão, excluídos os valores referentes à qualquer tipo de armação;
- VIII – Tratamento de lesões traumáticas buco-dentárias, decorrentes de acidentes, quando tal despesa ultrapassar 50% (cinquenta por cento) da remuneração do servidor;

IX – Cobertura de consulta e tratamento psicológico, em caso de recomendação psicológica, devendo o encaminhamento ser da responsabilidade desse profissional no Tribunal, e, no caso das Seções Judiciárias, após parecer de Junta Médica conveniada.

§ 1º – A indicação de tratamento psicológico, para efeito de cobertura neste Plano, deverá ser comprovada através de atestado psicológico do qual conste:

- a) a fundamentação da indicação, através do diagnóstico codificado (Classificação Internacional de Doenças);
- b) a especificação da natureza do tratamento a ser administrado.

§ 2º – O tratamento psicológico de que trata este inciso, compreende apenas os seguintes procedimentos:

- a) psicoterapias devidamente reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia;
- b) avaliações psicodiagnósticas necessárias à elucidação e/ou aprofundamento diagnóstico.

§ 3º – O procedimento constante da alínea "a" do parágrafo anterior ficará sujeito ao limite de 96 (noventa e seis) sessões por paciente, respeitado o máximo de 48 (quarenta e oito) sessões anuais e 04 (quatro) mensais.

§ 4º – Esgotado o limite previsto para psicoterapia, não mais caberá a concessão do auxílio para continuidade do tratamento.

§ 5º – Compete à Seção de Assistência Psicológica, no âmbito do Tribunal:

- a) homologar os respectivos atestados, quando da indicação do tratamento por Psicólogo externo a este Tribunal, verificando se os mesmos preenchem as condições constantes do parágrafo 1º e se configuram uma das hipóteses previstas no parágrafo 2º;
- b) zelar para que sejam observados os limites previstos no parágrafo 3º deste inciso, sugerindo o indeferimento dos pedidos que extrapolem a previsão mensal ou anual;
- c) acompanhar a evolução dos tratamentos psicoterápicos, cobertos por este plano, devendo sugerir a interrupção do benefício quando constatar o restabelecimento do equilíbrio psíquico do paciente;
- d) remeter mensalmente à Divisão de Assistência Social a relação dos servidores que entrarem no gozo do benefício, bem como o número de sessões a serem reembolsadas, por servidor, a cada mês.

X – Cobertura de consulta e tratamento psiquiátrico, em caso de recomendação médica, devendo o encaminhamento ser da responsabilidade dos médicos deste Tribunal ou fora dele, desde que por especialistas da área, e, no caso das Seções Judiciárias, após parecer de Junta Médica conveniada.

§ 1º – O tratamento de que trata este inciso, inclui, para efeito de cobertura neste Plano:

- a) realização de exames complementares de laboratório e exames especializados para fins de diagnóstico em transtornos mentais;
- b) despesas com internamento em clínicas ou hospitais especializados no atendimento psiquiátrico, comprovada a necessidade de cada caso.

§ 2º – O tratamento psiquiátrico de que trata este inciso não deverá ultrapassar o limite de 180 (cento e oitenta) dias e, em casos excepcionais, o período excedente será objeto de apreciação pelos médicos desta Corte, os quais,

julgando necessário, poderão sugerir também a formação da Junta Médica para pronunciamento final.

§ 3º – Não será objeto de apreciação pelos Médicos do Tribunal a análise dos custos nos tratamentos psiquiátricos, cabendo a Seção de Serviços Médicos e a Seção de Perícias Médicas indicar e acompanhar a qualidade dos serviços prestados e, primordialmente, a evolução clínica de cada caso.

ART. 8º – O Plano Interno do Tribunal não cobrirá as seguintes despesas:

- I – Consultas médicas e os eventos constantes do Art. 6º desta Resolução;
- II – Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina, Art. 59 do Código de Ética Médica, e suas consequências, bem como cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial, e cirurgias para miopia e hipermetropia;
- III – Cirurgias plásticas que não sejam restauradoras, e não sejam decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência do seguro; tratamentos cirúrgicos para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de senilidade, rejuvenescimento e finalidade estética em várias modalidades;
- IV – Determinados medicamentos, inclusive vacinas, fora da internação hospitalar, salvo quando tal despesa for decorrente de processo terapêutico excepcional a que o Servidor e/ou seus dependentes estiverem submetidos, por determinação de médico especialista, devendo ser apresentada, para fins de reembolso, a prescrição médica, bem como a nota fiscal comprobatória da despesa, nominada ao Servidor e/ou dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias, e condicionada à disponibilidade orçamentária;
- V – Acumputura e tratamento de varizes por injeções esclerosantes;
- VI – Tratamento médico-hospitalar, após 180 (cento e oitenta) dias, por evento, em cada ano de vigência.

ART. 9º – Os requerimentos de reembolso no caso do Plano Interno de Saúde, serão dirigidos à Divisão de Assistência Social, a qual deverá encaminhá-los para feitura, de parecer junto ao Serviço Médico ou à Seção de Assistência Psicológica, e para posterior apreciação pela Diretoria Geral, estipulando-se o prazo de 10 (dez) dias para que a decisão seja proferida.

§ 1º – Compete à Divisão de Assistência Social, no que se refere aos requerimentos do Plano Interno de Saúde, informar se o reembolso requerido diz respeito a serviço com cobertura através do Seguro Privado, o que, em caso positivo, torna sem efeito o requerimento, face ao caráter complementar do Plano Interno em relação ao Seguro;

§ 2º – É de responsabilidade do Serviço Médico do Tribunal, acompanhar a qualidade dos serviços prestados pela Seguradora, comunicando, urgentemente, à Diretoria Geral do Tribunal as irregularidades e deficiências encontradas.

ART. 10º – Os casos omissos serão resolvidos pelo Exmo. Sr. Juiz Presidente deste Tribunal, e pelo Exmo. Sr. Juiz Diretor de Foro nas Seções Judiciárias.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

ART. 11º – O Plano Privado de Saúde permite a inclusão do cônjuge, filhos, pais, netos e irmãos (inválidos) do Servidor, através de documentação legal que comprove o respectivo grau de parentesco.

- § 1º – Em se tratando de companheiro(a), será permitida a inclusão no Plano Privado de Saúde – sem carência – desde que seja apresentada declaração de vida em comum, firmada pelo Servidor e endossada por 3 (três) testemunhas com firma reconhecida, endereço, nº de registro no CIC e nº do documento de identidade, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da emissão da citada declaração;
- § 2º – Para inclusão de filhos de maior idade, se fará necessário comprovante de dependência econômica através de Declaração de Imposto de Renda vigente, independente da faixa etária;
- § 3º – Para inclusão de filhos adotivos, tutelados e menores sob guarda judicial, deverá ser apresentada documentação legal correlata;
- § 4º – Para inclusão dos pais como dependentes, se fará necessária a comprovação do parentesco, através da apresentação de um dos documentos abaixo:
- a) cópia da Identidade Funcional ou da Carteira de Identidade;
 - b) certidão de nascimento;
 - c) certidão de casamento.
- § 5º – Poderá ser incluído no Plano Privado de Saúde, irmão inválido do Servidor, independente de faixa etária, mediante Laudo Médico e comprovação da dependência econômica.
- § 6º – O neto do servidor será incluído no Plano Privado de Saúde, mediante comprovante de dependência econômica de seu filho e certidão de nascimento do neto.

ART. 12º – No Plano Interno de Saúde, nos casos em que for constatado o caráter emergencial, o Servidor e/ou dependentes poderá receber antecipação financeira do benefício, desde que apresente Laudo Médico comprobatório das despesas médicas, de acordo com a disponibilidade orçamentária do momento.

- §1º – O reembolso de despesas médicas e psicológicas no Plano Interno de Saúde seguirá os procedimentos abaixo:
- a) Entrega do requerimento, acompanhado do recibo (devidamente carimbado e assinado) e do atestado médico ou psicológico na Divisão de Assistência Social;
 - b) Encaminhamento da documentação à Seção de Serviços Médicos ou à Seção de Assistência Psicológica, para análise e parecer, pela Divisão de Assistência Social;
 - c) Envio da documentação para apreciação da Diretoria Geral do TRF;
 - d) Após autorização da Diretoria Geral, remessa da documentação para a Subsecretaria de Planejamento e Execução de Orçamento e finanças para efetuação do reembolso, a qual terá 20 (vinte) dias a contar da data da autorização para providenciar o ressarcimento, mediante disponibilidade orçamentária.
- § 2º – Após a efetivação do reembolso, a documentação referente à cada pedido será devidamente arquivada na Divisão de Assistência Social.

ART. 13º – O Servidor que desejar o credenciamento de qualquer médico ou Instituição de Saúde, deverá formalizar solicitação junto ao Serviço Médico, fornecendo o endereço do prestador e a

especialidade, para que aquele setor, com assessoramento da Divisão de Assistência Social, inicie gestão para credenciamento junto à Seguradora.

ART. 14º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Publique-se. Registre-se. Cumpra-se.

JUIZ NEREU SANTOS

PRESIDENTE

JUIZ RIDALVO COSTA

JUIZ ARAKEN MARIZ

JUIZ CASTRO MEIRA

JUIZ JOSÉ MARIA LUCENA

JUIZ UBALDO ATAÍDE

JUIZ MANOEL ERHARDT

ANEXO I

TABELA DE PARTICIPAÇÃO NO SEGURO PRIVADO NA 5ª REGIÃO

BENEFICIÁRIOS	TRF/SEÇÕES	JUÍZES/SERV.
JUÍZES	50%	50%
DAS 3, 4, 5 e 6	50%	50%
NS - DAS 2	70%	30%
NI – REQUISITADOS	80%	20%
NA	90%	10%

OBSERVAÇÃO

- *OS SERVIDORES REQUISITADOS QUE ESTIVEREM EXERCENDO CARGOS COMISSIONADOS SERÃO DESCONTADOS NO PERCENTUAL CORRESPONDENTE AO REFERIDO CARGO.*