

## **RESOLUÇÃO Nº 11, DE 06 DE NOVEMBRO DE 1996.**

Dispõe sobre o Plano de Saúde da Justiça Federal da 5ª Região.

O TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO, no uso das atribuições conferidas pelo inciso XXXV, do art. 7º, do Regimento Interno,

### **C O N S I D E R A N D O:**

- I – A necessidade de atualizar os procedimentos relativos ao Plano de Saúde na Justiça Federal da 5ª Região.
- II – A necessidade de se manter um atendimento médico-hospitalar e ambulatorial que atenda aos Juízes e servidores da Justiça Federal da 5ª Região, dentro das condições orçamentárias previstas, de modo que não ocorram prejuízos à saúde dos usuários.
- III – O decidido na Sessão Administrativa, de 06 de novembro de 1996.

### **R E S O L V E:**

- Art. 1º – Alterar a Resolução nº 04, de 17 de abril de 1996, que instituiu o Plano de Saúde na Justiça Federal da 5ª Região, o qual passa a obedecer os parâmetros estabelecidos nesta Resolução.
- Art. 2º – O Plano de Saúde da Justiça Federal da 5ª Região, compreende 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 ou das Seções Judiciárias sob sua jurisdição, lotado provisoriamente ou cedido, possui o direito de continuar como beneficiário do Plano de Saúde oferecido pelo Tribunal, devendo expressar opção, através de declaração por escrito, junto à Divisão de Assistência Social, no Tribunal e nas Seções de Programas e Benefícios, das Seções Judiciárias, 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 requerer licença sem vencimento, pode 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 até o dia 10 (dez) de cada mês à Divisão de Assistência Social ou nas Seções de Programas e Benefícios das respectivas Seções Judiciárias.

### **DO CUSTEIO:**

Art. 3º – Fica vedada a concessão do benefício gratuito.

§ 1º – O custeio do Seguro Privado é efetivado de forma conjunta pelo segurado e pelo Tribunal na ordem de 50% (cinquenta por cento) para o segurado e 50% (cinquenta por cento) para o Tribunal, observando-se a disponibilidade orçamentária.

§ 2º - O Plano Interno de Saúde é custeado de forma conjunta, na ordem de 30%(trinta por cento) para o beneficiário e 70% (setenta por cento) para o Tribunal, na forma de reembolso, observando-se a disponibilidade orçamentária;

§ 3º – O percentual descontado do beneficiário não pode ultrapassar o limite 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. 4º – Determinar que todo orçamento da 5ª Região destinado ao Plano de Saúde seja administrado pelo Tribunal, salvo outra decisão do Presidente.

Art. 5º – Determinar que a Divisão de Assistência Social do Tribunal e as Seções de Programas e Benefícios 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 no Tribunal ou às Seções de Programas e Benefícios das Seções Judiciárias, zelar pela presteza na remessa da fatura mensal da empresa contratada à Subsecretaria de Planejamento e Execução de Orçamento e Finanças no Tribunal ou à Seção de Folha de Pagamento nas Seções Judiciárias, para liquidação sem prejuízo do prazo de vencimento.

§ 2º – À Subsecretaria de Planejamento e Execução de Orçamento e Finanças – no Tribunal – e à Seção de Folha de Pagamento – nas Seções Judiciárias – compete a administração financeira do Plano de Saúde, controlando as informações necessárias ao processo de pagamento e aos descontos em folha, devendo comunicar, por escrito, à Divisão de Assistência Social – no Tribunal – e à Secretaria Administrativa – nas Seções Judiciárias – qualquer desconto que deixe de ser efetuado e a razão da ocorrência.

§ 3º – À Subsecretaria de Pessoal – no Tribunal – e às unidades de cadastro – nas Seções Judiciárias – compete informar, de imediato, à Divisão de Assistência Social – no Tribunal – e à Seção de Programas e Benefícios – nas Seções Judiciárias –, 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 – no Tribunal – e às unidades de cadastro – das Seções Judiciárias –, encaminhar o servidor recém-empossado, diretamente à Divisão de Assistência Social – no Tribunal – ou à Seção de Programas e Benefícios – nas Seções Judiciárias –, para que aquele 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 ao ser desligado do Quadro de Pessoal do Tribunal deve comparecer à Divisão de Assistência Social, para efetuar a sua exclusão do Plano de Saúde, e devolver a sua carteira de identificação e de seus dependentes do Plano de Saúde, resguardando a observância dos prazos contratuais.

Art. 6º – Determinar que a Divisão de Assistência Social do Tribunal e as Seções de Programas e Benefícios das Seções Judiciárias, confirmem e atestem a fatura mensal da empresa contratada, notificando-a de divergências encontradas e de cobranças indevidas, para efetivação pela empresa do devido ressarcimento, em valores corrigidos ao Tribunal e Seções Judiciárias.

## **DO SEGURO PRIVADO:**

Art. 7º – O Plano Privado de Saúde cobre os seguintes eventos:

- I – Assistência médica e cirúrgica em regime de internação, em diversas especialidades;
- II – Urgência clínica – cobertura de urgências clínicas, caracterizadas como casos que determinam 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 em consultório ou hospital;
- 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, bem como toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento de pacientes internados;
  - e) alimentação dietética, quando indicada, até a alta hospitalar;
  - f) despesas com acomodação e alimentação, fornecidas pelo hospital, para acompanhamento de pacientes.
- IX – A empresa contratada cobre, ainda:
  - a) despesas com honorários médicos durante a internação hospitalar, referentes 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 – Consultas médicas, exames laboratoriais e tudo o que ficar estabelecido em contrato.
  - § 1º – 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 empresa contratada deve fornecer lista de referência dos médicos, das mais variadas especialidades credenciadas, hospitais e clínicas, visando orientar o segurado e garantir rápido atendimento no momento da ocorrência de eventos.
  - § 2º – Compete ao Serviço Médico do Tribunal acompanhar a qualidade dos serviços prestados pela empresa contratada, comunicando à Diretoria Geral irregularidades e deficiências encontradas.

Art. 8º – O Plano Privado de Saúde permite a inclusão do cônjuge, filhos, pais, netos e irmãos do beneficiário, mediante a apresentação de documentação legal que comprove o respectivo grau de parentesco.

§ 1º – Em se tratando de companheiro(a), é permitida a inclusão no Plano Privado de Saúde – sem carência – desde que seja apresentada declaração de vida em comum, firmada pelo beneficiário 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 com idade compreendida entre 21 e 24 anos, o beneficiário deve comprovar que os mesmos são estudantes universitários ou de Escola Técnica de 2º grau;

§ 3º – Podem ser incluídos no Plano Privado de Saúde filhos do beneficiário, com idade superior a 21 anos, que não preencham os requisitos do parágrafo anterior, sendo o custeio de integral responsabilidade do beneficiário; continuando o desconto a ser feito em folha de pagamento, sem que haja aumento nos valores cobrados pela empresa contratada.

§ 4º – Para inclusão de Filhos adotivos, tutelados e menores sob guarda judicial, deve ser apresentada documentação legal correlata;

§ 5º – Para inclusão dos pais com dependentes, o beneficiário deve comprovar o 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.

§ 6º – Podem ser incluídos no Plano Privado de Saúde, filhos e irmãos inválidos do beneficiário, independentemente de faixa etária, mediante apresentação de Laudo Médico e comprovante de dependência econômica.

§ 7º – Para inclusão de netos no Plano, o beneficiário deve comprovar a dependência econômica de seu filho, genitor do neto, bem como apresentar a certidão de nascimento do neto.

Art. 9º – O beneficiário que deseje o credenciamento de qualquer médico ou Instituição de Saúde, deve formalizar solicitação junto ao Serviço Médico, fornecendo o endereço do prestador e sua especialidade, para que aquela unidade, com assessoramento da Divisão de Assistência Social, inicie gestão para credenciamento junto à empresa contratada.

#### **DO PLANO INTERNO DE SAÚDE:**

Art. 10 – O Plano Interno de Saúde é extensivo ao cônjuge, companheiro (a) e seus dependentes, assim considerados, para efeito deste Plano, aqueles que constarem no assentamento funcional dos beneficiários, através do Cadastro do Tribunal e das Seções Judiciárias, 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 consequências, inclusive Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida;
- 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 do Tribunal;
- 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 beneficiário;
- IX – Cobertura de consulta e tratamento psicológico, em caso de recomendação psicológica, devendo o encaminhamento ser da responsabilidade desse profissional no Tribunal, e de Junta Médica conveniada, nas Seções Judiciárias.

§ 1º – A indicação de tratamento psicológico, para efeito de cobertura neste Plano, deve 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 referido neste 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;

- X – Consulta e tratamento psiquiátrico, em caso de recomendação médica, devendo o encaminhamento ser feito pelos médicos do Tribunal ou por especialistas da área, no caso do Tribunal, e, por Junta Médica conveniada, no caso das Seções Judiciárias.

§ 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 internção em clínicas ou hospitais especializados em atendimento psiquiátrico, comprovada a necessidade de cada caso.

§ 2º – O tratamento psiquiátrico de que trata este inciso não deve ultrapassar o limite de 180 (cento e oitenta) dias e, em casos excepcionais, o período excedente deve ser objeto de apreciação pelos médicos do Tribunal, os quais, julgando necessário, podem sugerir também a formação de Junta Médica para pronunciamento final.

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

Art. 11 – No Plano de Interno de Saúde, para os casos em que seja constatado o caráter emergencial, o beneficiário pode receber antecipação financeira do benefício, desde que apresentado Laudo Médico comprobatório das despesas médicas, sendo observada a disponibilidade orçamentária do momento.

§ 1º – O reembolso de despesas médicas e psicológicas no Plano Interno de Saúde no Tribunal segue 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. No caso de tratamentos psicológicos é necessário também fazer a entrega da declaração de encaminhamento.
- b) Encaminhamento da documentação à Seção de Serviços Médicos , de Perícias Médicas ou de Assistência Psicológica, para análise e parecer, pela Divisão de Assistência Social;
- c) Envio da documentação para apreciação da Diretoria Geral;
- d) Após autorização da Diretoria Geral, informar à Subsecretaria de Planejamento e Execução de Orçamento e Finanças, através de memorando, a relação dos beneficiários a serem reembolsados no mês e respectivos valores para que sejam incluídos na folha de pagamento.

§ 2º – Após a efetivação do reembolso, a documentação referente à cada pedido deve ser devidamente arquivada na Divisão de Assistência Social.

Art. 12 – O Plano Interno do Tribunal não cobre as seguintes despesas:

- I – Consultas médicas e os eventos constantes do Art. 7º 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 – Medicamentos, inclusive vacinas, fora da internação hospitalar, salvo quando tal despesa for decorrente de processo terapêutico excepcional a que o beneficiário e seus dependentes estejam 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 beneficiário 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.

VII – Psicanálise

Art. 13 – Os requerimentos de reembolso, no caso do Plano Interno de Saúde, serão dirigidos à Divisão de Assistência Social, a qual deve encaminhá-los à Seção de Serviços Médicos, de Perícias Médicas ou de Assistência Psicológica, para feitura de parecer.

§ 1º – Após o parecer, os requerimentos devem ser encaminhados para apreciação pela Diretoria Geral, a qual dispõe do prazo de 10 (dez) dias para proferir a decisão sobre o pedido.

§ 2º – 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 torna sem efeito o requerimento, face ao caráter complementar do Plano Interno em relação ao Seguro;

§ 3º – No âmbito das Seções Judiciárias, os requerimentos do Plano Interno devem ser dirigidos à Secretaria Administrativa, a qual é responsável pelo processamento do referido Plano.

§ 4º – O reembolso das despesas deve ser efetuado no mesmo exercício de seu processamento, não sendo ressarcidas despesas de exercícios anteriores.

Art. 14 – Os casos omissos devem ser resolvidos pelo Presidente do Tribunal, e pelos Diretores de Foro das Seções Judiciárias.

Art. 15 – 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 FRANCISCO FALCÃO

VICE-PRESIDENTE

Juiz ARAKEN MARIZ

Juiz CASTRO MEIRA

Juiz PETRÚCIO FERREIRA

Juiz LÁZARO GUIMARÃES

Juiz JOSÉ MARIA LUCENA

Juiz GERALDO APOLIANO

Juiz NAPOLEÃO NUNES MAIA

PUBLICADA NO DJU(II)12/11/96 p.86896-97