

PORTARIA Nº 758/2025, DE 15 DE JANEIRO DE 2025

REGULAMENTA A ADEÇÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA NOROESTE – CISREUNO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Presidente do CISREUNO, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no art. 16, IV, do Estatuto e suas alterações,

CONSIDERANDO a necessidade de oferecer o pronto atendimento médico de forma sistematizada e organizada aos empregados públicos do CISREUNO/SAMU;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir condições dignas de saúde, seja na atividade funcional seja na vida privada, e reduzir ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho funcional;

CONSIDERANDO a deliberação da II Assembleia Geral Extraordinária de 2024, do dia 29 de julho de 2024, que autorizou a contratação de plano de saúde aos servidores do CISREUNO;

CONSIDERANDO o resultado do Processo Administrativo Licitatório n.º 14/2024, Pregão Eletrônico nº005/2024, onde o objeto licitado foi adjudicado à UNIMED PATOS DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

RESOLVE:

Art. 1º. Regulamentar, no âmbito do CISREUNO, a operacionalização do plano de saúde, visando definir os critérios de adesão e utilização do benefício.

Art. 2º. O empregado público do CISREUNO deverá realizar a adesão ao plano de saúde, através de formulário próprio físico ou eletrônico, encaminhando a documentação necessária ao cadastro, em especial o termo de adesão que se encontra no Anexo I, sendo de sua inteira responsabilidade às informações lançadas no formulário, bem como o encaminhamento dos documentos que se encontram no Anexo II.

Parágrafo Primeiro: Na implantação do plano de saúde, o prazo para adesão será concedido em atendimento ao calendário de implantação do benefício, que será amplamente divulgado pelos meios de comunicação oficiais do CISREUNO/SAMU.

Parágrafo Segundo: O empregado público que fizer sua adesão durante a implantação do plano de saúde não cumprirá qualquer carência para utilização do benefício.

Parágrafo Terceiro: O empregado público pertencente ao quadro de colaboradores do CISREUNO/SAMU que não fizer sua adesão e dos dependentes durante a implantação do plano, deverá cumprir os prazos de carência estabelecidos pela empresa prestadora do serviço.

Parágrafo Quarto: Novos empregados públicos, contratados após a operacionalização do plano de saúde, terão o prazo de 30 (trinta) dias corridos após a admissão, para fazer a adesão ao plano, do titular e de seus dependentes, sob pena de caracterização de adesão tardia, o que levará ao cumprimento das carências habituais praticadas pela empresa fornecedora dos serviços de assistência à saúde.

Art. 3º. O valor adjudicado no Processo Licitatório n.º 014/2024 foi de R\$ 199,96 (cento e noventa e nove reais e noventa e seis centavos) por pessoa (titular e beneficiários) que aderir ao plano de saúde e será descontado em folha de pagamento do titular.

Parágrafo Único: O valor mencionado no “caput” poderar ser reajustado anualmente ou sofrer alteração por meio de reequilíbrio econômico.

Art. 4º. Além dos valores das mensalidades será descontado da folha de pagamento os valores das coparticipações, quando utilizado, do titular e dos dependentes.

Parágrafo Primeiro: Os valores das coparticipações constam no Anexo III

Parágrafo Segundo: O CISREUNO/SAMU, como gestor do benefício, tem a prerrogativa de suspender, bloquear ou até mesmo excluir empregados públicos do plano de saúde, quando restar comprovada a má utilização ou falta de gestão financeira do empregado público, quanto à utilização do benefício.

Parágrafo Terceiro: Em caso de afastamento por doença, com tempo superior a 15 dias, o CISREUNO emitirá um boleto com os valores das mensalidades e de utilização do plano de saúde (coparticipação), que deverá ser pago dentro do prazo estabelecido, e encaminhar o comprovante com seus dados ao setor de Recursos Humanos (e-mail: coord-rh@cisreuno.saude.mg.gov.br), sob pena de bloqueio imediato à utilização do plano por falta de pagamento, após o vencimento do prazo.

Art. 5º. Os empregados públicos do CISREUNO serão inscritos no plano de saúde na condição de titulares.

Parágrafo Primeiro: Serão elegíveis para a inscrição no plano de saúde, como beneficiários dos titulares, os seguintes dependentes:

- a) o cônjuge;
- b) filhos até 30 anos;
- c) Netos até 30 anos;
- d) Filhos (as), solteiros, inválidos desde que com comprovação de dependência econômica ou comprovação de tutela ou curatela conforme a lei;
- e) O (A) enteado (a) menor sob guarda e o menor tutelado, por força de decisão judicial que ficam equiparados aos filhos(as);
- f) O (A) convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente com-provada, e sem concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

Parágrafo Segundo: Os prazos e exigências para adesão dos dependentes são idênticos aos dos titulares, inclusive a documentação, e respectivos termos individuais de adesão e documentação descrita nos Anexos.

Art. 6º. Os beneficiários serão excluídos do plano de saúde nas seguintes condições:

- a) Por seu desligamento do CISREUNO ou por morte;
- b) Quando deixar de atender às condições de dependente;
- c) Solicitado por escrito, pelo próprio beneficiário.

Parágrafo Primeiro: O pedido de exclusão/cancelamento dos empregados públicos titulares e seus dependentes podem ser realizados a qualquer tempo ao longo do processo, porém, os respectivos valores remanescentes da utilização dos serviços do plano de saúde, serão devidamente descontados em folha de pagamento, até a quitação dos valores devidos.

Parágrafo Segundo: Por qualquer modalidade de rescisão contratual, os valores devidos pelos serviços do plano de saúde, serão descontados do empregado público, durante a rescisão contratual.

Art. 7º. O plano licitado está ligado à Rede Regionalizada de atuação do CISREUNO/SAMU, e possui atendimento de urgência e emergência no âmbito nacional, onde todas as informações e esclarecimentos podem ser obtidos diretamente com a operadora do plano de saúde.

Art. 8º. Todas as solicitações de caráter pessoal (autorização para procedimentos, indicação de prestador, reembolso, etc.) deverão ser encaminhadas diretamente pelos titulares à operadora do plano de saúde, por meio dos canais oficiais desta última, não cabendo ao CISREUNO qualquer papel de intermediação.

Art. 9º. Os casos omissos serão resolvidos pelo Chefe do Setor de Recursos Humanos do CISREUNO.

Art. 10º. As disposições dessa portaria poderão ser revistas a qualquer tempo e o benefício poderá ser revogado caso não haja mais disponibilidade financeira ou interesse público do CISREUNO.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Patos de Minas, 15 de janeiro de 2025

MANOEL DA COSTA LIMA
Presidente do CISREUNO

ANEXO I

TERMO DE ADESÃO

Sirvo-me do presente para AUTORIZAR o CISREUNO, quando houver, a proceder a cobrança do(s) valor(es) devido(s) a minha adesão, utilização e mensalidades, bem como de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) abaixo identificados, além de eventuais valores relativos à coparticipação/franquia, no Plano de saúde operacionalizado pela UNIMED PATOS DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.

TITULAR:	CPF:
DEPENDENTE:	CPF:
DEPENDENTE:	CPF:
DEPENDENTE:	CPF:

De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as normas para utilização do Plano de saúde, daquelas constantes na Portaria nº 758/2025 e no Contrato Administrativo, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

Declaro, que sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do plano de saúde, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.

Declaro, para todos os fins, estar ciente e de acordo com relação às cláusulas e regras relativas aos mecanismos de regulação financeira (coparticipação/franquia) do plano de saúde.

Declaro ainda que, autorizo o desconto mensal em folha de até 70% (setenta por cento) dos meus vencimentos para custear as despesas do plano de saúde (mensalidade, coparticipação e outras que possam haver).

Em caso de desistência por mim ou qualquer dependente declaro estar ciente que devo entrar em contato com o setor de RH do CISREUNO solicitando a exclusão de acordo com as orientações.

Em caso de dúvidas sobre o plano de saúde estou ciente que deverei entrar em contato com a UNIMED PATOS DE MINAS, telefone (34) 3690-7000.

Local e data

ASSINATURA DO (A) TITULAR

ANEXO II

DOCUMENTAÇÃO PARA ADESAO

a) EMPREGADOS PÚBLICOS TITULARES DO PLANO:

- Cópia do documento de identificação com foto válido (RG, CNH, outros);
- Cópia do documento de comprovação do estado civil, deverá ser um documento com registro público (certidão de casamento civil, certidão pública de união estável ou conforme modelo em anexo);
- Cópia do cartão do SUS;
- Comprovante de endereço atualizado.

b) DEPENDENTES:

1) Cônjuge ou companheira (o):

- Cópia do documento de identificação com foto válido (RG, CNH, outros);
- Cópia do cartão do SUS;
- Certidão de Casamento ou Declaração de União estável.

2) Filhas (os), Enteadas (os):

- Menor (es) de 18 anos:

Nascidos anteriormente a 2010:

- Cópia do documento de identificação válido (RG ou certidão de nascimento);
- Cópia do cartão do SUS.

Nascidos após 2010:

- Cópia do documento de identificação válido;
- Certidão de nascimento;
- Cópia do cartão do SUS.

- Maior (es) de 18 anos:

- Cópia do documento de identificação com foto válido (RG, CNH, outros);
- Cópia do cartão do SUS.

3) Tutelados ou curatelados:

- Cópia do documento de identificação com foto válido (RG,
- CNH, outros) ou certidão de nascimento em caso de menores.
- Cópia do cartão do SUS.
- Cópia do Termo legal de curatela ou guarda.

ANEXO III

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO

I - Consulta médica:

- a) Eletiva (presencialmente e a distância) - \$ 30,00 (trinta reais) por consulta.
- b) Pronto socorro – R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta
- c) Pronto socorro com utilização de medicação – R\$70,00 (setenta reais) por consulta.

II - Procedimentos por sessão:

II.1 - Grupo terapias especiais - R\$ 60,00 (sessenta reais) por sessão.

- a) Sessão de psicomotricidade em grupo;
- b) Terapia ABA, Método Teacch, Denver - Psicologia;
- c) Psicopedagogia;
- d) Psicólogo - Terapias para Transtornos Globais de Desenvolvimento;
- e) Terapias especiais (musicoterapia, aromaterapia, arteterapia, massoterapia, terapia de florais, cromoterapia e reflexoterapia);
- f) Método PECS, Teacch, Denver, Bobath, Terapia ABA - Fonoaudiologia;
- g) Fonoaudiólogo - Terapias para Transtornos Globais de Desenvolvimento;
- h) Método Bobath, Teacch, Denver, Terapia ABA - Terapia Ocupacional;
- i) Terapeuta Ocupacional - Terapias para Transtornos Globais de Desenvolvimento;
- j) Método Bobath - Fisioterapia Neurológica Especial;
- k) Método Cuevas Medek Exercises (CME) - Fisioterapia Neurológica Especial;
- l) Outros procedimentos de natureza similar.

II. 2 - Grupo de terapias convencionais - R\$ 15,00 (quinze reais) por sessão.

- a) Consulta em psicologia;
- b) Consulta ambulatorial por nutricionista;
- c) Sessão de terapia ocupacional para treinamento órteses, próteses e adaptações;
- d) Sessão de terapia ocupacional;
- e) Sessão de fonoaudiologia;
- f) Sessão de psicoterapia;
- g) Sessão em psicologia;
- h) Sessão de fisioterapia;
- i) Outros procedimentos de natureza similar.

II.3 - Acupuntura - R\$ 30,00 (trinta reais) por sessão;

III - Exames Ambulatoriais

III.1 - Exames Ambulatoriais Grupo I – R\$ 5,00 (cinco reais) por cada exame.

- a) Análises Clínicas I;
- b) Hemograma;
- c) Ureia;
- d) Creatinina;
- e) Cálcio;
- f) Potássio;
- g) Colesterol HDL;
- h) Outros procedimentos de natureza similar.

III.2 - Exames Ambulatoriais Grupo II – R\$15,00 (quinze reais) por cada exame.

- a) Análises clínicas II;
- b) Eletrocardiograma convencional;
- c) Eletroencefalograma convencional;
- d) Exames radiológicos simples sem contraste;
- e) Exames e testes alergológicos;
- f) Exames e testes oftalmológicos;
- g) Outros procedimentos de natureza similar.

IV- Procedimentos ambulatoriais e diagnóstico

IV.1 - Procedimentos ambulatoriais e diagnóstico Grupo I - R\$ 30,00 (trinta reais) por cada exame realizado.

- a) Exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia;
- b) Prova de função pulmonar;
- c) Endoscopia diagnóstica;
- d) Ultra-sonografia;
- e) Densitometria óssea;
- f) Eletrocardiografia dinâmica (holter);
- g) Monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- h) Radiologia com contraste;
- i) Videolaringoestroboscopia computadorizada;
- j) Teste ergométrico;
- k) Análises Clínicas III.;
- l) Outros procedimentos de natureza similar.

IV.2 - Procedimentos ambulatoriais e diagnóstico Grupo II - R\$ 100,00 (cem reais) por cada procedimento realizado.

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Hemoterapia ambulatorial;
- c) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

- d) Litotripsia;
- e) Laparoscopia diagnóstica;
- f) Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral;
- g) Tomografia computadorizada;
- h) Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com Doppler colorido;
- i) Videolaparoscopia diagnóstica;
- j) Análises Clínicas IV;
- k) Eletromiografia, Eletroneuromiografia;
- l) Outros procedimentos de natureza similar.

IV.3 - Procedimentos ambulatoriais e diagnóstico Grupo III - R\$ 200,00 (duzentos reais) por cada procedimento realizado.

- a) Cateterismo;
- b) Angiografias;
- c) Medicina nuclear;
- d) Avaliação Neuropsicológica;
- e) Ressonância nuclear magnética;
- f) Outros procedimentos de natureza similar.

V - Exames de genética, citogenética, medicamentos imunobiológicos, quimioterápicos, radioterapia e outros procedimentos de natureza similar - 30% (trinta por cento) do valor pago pela Unimed ao prestador, por evento/exame/procedimento realizado, havendo limitador por evento/exame/procedimento não cumulativo para fins de cobrança da coparticipação, no valor de R\$490,00 (quatrocentos e noventa reais).

VI- Para as internações em enfermaria será cobrado do proponente o valor de R\$ 245,00 (duzentos e quarenta e cinco reais) por evento, independente do número de diárias.

VII - Os valores das coparticipações poderão ser reajustados anualmente em conformidade com as regras contratuais estabelecidas para o reajuste da mensalidade.

ANEXO IV

INSTRUMENTO PARTICULAR DE DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Pelo presente instrumento, nós, abaixo identificados e assinados, declaramos, por nossa livre espontânea vontade, sem qualquer vício de consentimento, e sob as penas da lei, que mantemos uma convivência duradoura, pública e contínua sob o mesmo teto, com o objetivo de constituição de família, nos precisos termos do artigo 1º, da Lei nº. 9.278 de 10/05/1996, ficando assim preenchidos todos os requisitos de referido diploma para a caracterização da União Estável.

Que a nossa convivência teve início em data de/...../....., cujo fato é de conhecimento das testemunhas abaixo, que também assinam o presente instrumento atestando a veracidade do mesmo e se submetendo às penas da lei para todo e qualquer fim.

DECLARANTES/OUTORGANTES:

Nome:
CPF:, RG: ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:, TELEFONE:
END:Rua/Av:..... Nº:.....Bairro:.....CIDADE:
....., CEP:
Assinatura: _____(firma reconhecida na frente)
Nome:
CPF:, RG: ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:, TELEFONE:
END:Rua/Av:..... Nº:.....Bairro:.....CIDADE:
....., CEP:
Assinatura: _____(firma reconhecida na frente)

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:, RG: ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:, TELEFONE:
END:Rua/Av:..... Nº:.....Bairro:.....CIDADE:
....., CEP:
Assinatura: _____(firma reconhecida na frente)
Nome:
CPF:, RG: ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:, TELEFONE:
END:Rua/Av:..... Nº:.....Bairro:.....CIDADE:
....., CEP:
Assinatura: _____(firma reconhecida na frente)

Local e Data.