



PORTOSRIO
DIRETORIA ADMINISTRATIVO FINANCEIRA
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
SUPERVISÃO DE BENEFÍCIOS

INSTRUMENTO NORMATIVO - PORTOSRIO

Rio de Janeiro, 26 de fevereiro de 2024.

Diretoria Responsável: DIRAFI	Gerência Responsável: GERARH	Elaboração: SUBENE	
Data de criação: 14/09/2023	Início da vigência: 16/02/2024	Próxima revisão: 15/02/2026	Validação: DIRAFI
Assunto: PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR		Código: 05.011.06	Versão: 2.2

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

1. OBJETIVO

1.1. Orientar quanto aos procedimentos e à sistemática dos serviços de assistência médica e hospitalar a ser prestada pela Operadora de Saúde contratada, aos empregados de carreira, extraquadro e seus dependentes.

1.2. Contribuir para a preservação, de forma sustentável, do benefício de assistência à saúde aos empregados da PORTOSRIO, atendendo ao estabelecido pela COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GOVERNANÇA CORPORATIVA E DE ADMINISTRAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES SOCIETÁRIAS DA UNIÃO – CGPAR.

2. ABRANGÊNCIA

2.1. Este instrumento normativo abrange todas as áreas da PORTOSRIO.

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Empregados** - São beneficiários do PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA e HOSPITALAR DA PORTOSRIO os empregados de carreira, extraquadro e seus dependentes.

3.2. **Dependentes** - São dependentes para efeito dos atendimentos previstos no PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR:

3.2.1. Cônjuge ou companheiro(a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo;

3.2.2. Filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de vinte e um anos de idade;

3.2.3. Filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos de idade e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente;

3.2.4. Filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho;

3.2.5. Os menores sob tutela ou curatela.

3.2.6. O pai/mãe legalmente constituído como dependente econômico e que tenha sido incluso até 30/06/2018 está autorizado a permanecer no plano.

3.3. **Carência** - É o tempo que o beneficiário terá que esperar para usufruir das vantagens do plano de saúde.

3.4. **Custeio** - É a participação financeira do empregado e do empregador.

3.5. **Prazos** - tempo determinado para os empregados que não estejam cadastrados no plano de assistência médica e desejarem fazê-lo, bem como para realizar qualquer tipo de alteração na categoria do plano.

4. POLÍTICAS

4.1. COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GOVERNANÇA CORPORATIVA E DE ADMINISTRAÇÃO DE PARTICIPAÇÕES SOCIETÁRIAS DA UNIÃO – CGPAR, RESOLUÇÃO Nº 42, DE 04/08/2022.

5. DIRETRIZES

5.1. O empregado cujo(s) dependente(s) para efeito dos atendimentos previstos no PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR se enquadre(m) no disposto no item 3.2.3, deverá, anualmente, comprovar tal situação através da entrega da declaração escolar.

5.2. A cobertura assistencial assegurará, de forma automática, o atendimento ao recém- nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou processo de adoção, munido da certidão de nascimento, ou documento similar que comprove a guarda e tutela do menor. Após este prazo e na ausência de manifestação do titular, o atendimento será suspenso e o dependente, caso seja incluído futuramente, cumprirá as carências previstas no item 5.5.2.

5.3. Os empregados que não desejarem permanecer no PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR deverão manifestar esta intenção, junto ao setor competente, preenchendo o formulário específico.

5.4. Os empregados que não estejam cadastrados no PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR e desejarem fazê-lo, deverão se manifestar junto ao setor competente, até o dia 14 de cada mês, preenchendo o formulário específico e apresentando os seguintes documentos, de acordo com o grau de dependência abaixo:

5.4.1. Cônjuge ou companheiro(a) de união estável: cópia de certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida em cartório e cópia da carteira de identidade e CPF;

5.4.2. Filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho: cópia da certidão de nascimento e do laudo médico atualizado;

5.4.3. Filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de vinte e um anos de idade: cópia da carteira de identidade;

5.4.4 Filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos de

idade e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente: cópia da carteira de identidade e via original da declaração escolar atualizada;

5.4.5. Os menores sob tutela ou curatela: cópia da certidão de nascimento ou da carteira de identidade e do documento que estabelece a detenção da guarda.

5.4.6. A partir de 01/07/2018 foi vedada a inclusão de pai/mãe como dependente no plano de saúde oferecido pela PORTOSRIO.

5.5. CARÊNCIA

5.5.1. Não haverá nenhum tipo de carência, desde que atendidas as seguintes exigências:

5.5.1.1. Inclusão pela PORTOSRIO dos titulares e de seus dependentes em até 30 (trinta) dias, contados do início da vigência do Contrato Licitado.

5.5.1.2. Mudança para outro Plano Opcional oferecido pela Operadora de Saúde contratada em até 30 (trinta) dias, contados do início da vigência do Contrato Licitado.

5.5.1.3.. Inclusão de empregado recém-contratado e seu(s) dependente(s), em até 30 (trinta) dias contados a partir da data da admissão do empregado;

5.5.1.4.. Inclusão de cônjuge ou companheira em decorrência de alteração do estado civil do beneficiário já participante do Plano, em até 30 (trinta) dias da data do evento;

5.5.15.. Inclusão de filho nascido e/ou legalmente adotado, bem como de menor de que se tenha a guarda, em até 30 (trinta) dias da data do evento.

5.5.2. No caso de mudança para plano opcional superior, após os prazos estabelecidos no subitem 5.5.1 e no decorrer do Contrato e, também de reinclusão de empregados, serão cumpridas as carências a seguir relacionadas, mantendo-se vigente, porém, neste período os direitos e benefícios do plano anterior.

5.5.2.1. 300 (trezentos) dias para parto a termo;

5.5.2.2. 30 (trinta) dias para consultas e exames;

5.5.2.3. 24 (vinte e quatro) horas para emergência e urgência;

5.5.2.4. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

5.5.3. Mudança para outro Plano Opcional oferecido pela CONTRATADA durante a vigência do Contrato, deverá ser solicitada até o dia 14 de cada mês.

5.5.4. Independentemente da ocorrência de qualquer espécie de carência é obrigatória a cobertura de atendimento no caso de:

5.5.4.1. Urgências e emergências médicas.

5.6. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

5.6.1. A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular, e aos seus dependentes, carteira de identificação constando o plano a que pertence, prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada da carteira de identidade, assegura ao titular e seus dependentes os direitos e vantagens deste Contrato.

5.7. ATENDIMENTO ANTES DA INCLUSÃO

5.7.1. Não haverá cobertura, seja em serviços próprios ou credenciados, seja por reembolso, de quaisquer eventos ocorridos antes da data de inclusão do beneficiário, mesmo que tenha ocorrido durante o mês em que foi solicitada a referida inclusão.

5.8. EXCLUSÃO

5.8.1. Será automaticamente excluído do PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR juntamente com seus dependentes, o beneficiário titular ativo que vier a falecer ou for desligado a pedido, salvo previsões contrárias.

5.8.2. No caso de exclusão de beneficiário titular ou dependente, o setor competente deverá recolher e inutilizar as respectivas carteiras de identificação, bem como qualquer outro documento análogo fornecido pela prestadora de serviços.

5.8.3. Conforme preceitua o artigo 8º da Resolução Normativa n.º 488/2022 da ANS, em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98". (A RN n.º 279 foi revogada pela RN n.º 488/2022.

5.9.. EXTRAVIO DE DOCUMENTO

5.9.1. Ocorrendo a perda ou extravio da carteira de identificação o beneficiário obriga-se, imediatamente, a comunicar o fato à PORTOSRIO.

5.10. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.0.1. Os serviços contratados só poderão ser utilizados pelos beneficiários regularmente inscritos pela PORTOSRIO junto à prestadora de serviços.

5.10.2. O beneficiário que utilizar Plano diverso do que estiver inscrito pagará a diferença diretamente à instituição que prestar o serviço.

5.11. CUSTEIO

5.11.1. Para os empregados admitidos até 31/05/2020 o custeio do benefício de assistência à saúde será limitado a 2% (dois por cento) sobre o salário base do empregado, sem cobrança de coparticipação, conforme decisão proferida nos autos do Processo n.º 0100776-09.2020.5.01.0081.

5.11.1.1. De acordo com a decisão proferida nos autos do Processo Judicial mencionado acima, não haverá cobrança de coparticipação para os aposentados.

5.11.2. Para os empregados admitidos a partir de 01/06/2020, o custeio será de 50% da despesa do plano médico, em interpretação a contrario sensu do artigo 6º da Resolução CGPAR n.º 42/2022, além da cobrança de coparticipação, conforme tabela abaixo:

Procedimento	Valor
Consulta Eletiva	R\$ 30,00
Consulta pronto atendimento e pronto socorro	R\$ 45,00
Exame ou procedimento básico	R\$ 12,00
Exame ou procedimento	R\$ 45,00
Fisioterapia, Fono ou Picoterapia	R\$ 12,00

5.11.3. Alterar a redação do item 5.11.3 para: "Caso o empregado adquira, para si e seus dependentes, um plano superior ao oferecido, arcará integralmente com os valores referentes à diferença.

5.11.4.. No caso de haver empregados cônjuges ou companheiras(os) legalmente habilitados, qualquer um dos dois poderá optar por ser o beneficiário titular, ficando o outro na qualidade de dependente.

5.12.. EMPREGADOS COMISSIONADOS EXTRA-QUADRO

5.12.1. O empregado comissionado recém contratado terá o prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da admissão, para realizar a sua inclusão e/ou de seus dependentes no plano de saúde, sem nenhum tipo de carência.

5.12.2. Após o prazo estabelecido acima, serão cumpridas as carências relacionadas no item 5.5.2.

5.12.3. No caso de desligamento do empregado comissionado que tenha contribuído para o custeio do seu plano de saúde, e que o mesmo não seja admitido em novo emprego, poderá permanecer no plano pelo período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído, com um mínimo assegurado de seis e um máximo de 24 meses.

5.12.4. Se o empregado desligado optar em permanecer no plano, deverá assumir o pagamento integral do benefício, que será efetuado através de boleto bancário enviado, mensalmente, pelo correio, para o endereço residencial.

5.12.5. A PORTOSRIO poderá efetuar o cancelamento do plano de saúde se houver atraso da mensalidade pelo prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, dentro do período de um ano.

5.12.6. A PORTOSRIO notificará o ex-empregado, por escrito, até o 50º dia de sua inadimplência e do possível cancelamento no caso de não regularização da situação.

5.12.7. A decisão do ex-empregado de se manter no plano de saúde deve ser informada à PORTOSRIO no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da comunicação sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

5.13. APOSENTADOS

5.13.1 O aposentado que contribuía para o custeio do seu plano de saúde tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas.

5.13.2 A PORTOSRIO é obrigada a manter o aposentado no plano de saúde enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que o aposentado tenha contribuído para o custeio de seu plano e que o mesmo não seja admitido em novo emprego.

5.13.3 O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais, tem o direito de se manter no plano por tempo indeterminado, enquanto a PORTOSRIO oferecer esse benefício aos seus empregados ativos.

5.13.4 O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por período inferior a 10 anos, poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição.

5.13.5 A decisão do aposentado de se manter no plano deve ser informada à PORTOSRIO no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da comunicação sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

5.13.6 Se o aposentado optar em permanecer no plano, deverá assumir o pagamento integral do benefício, que será efetuado através de boleto bancário enviado, mensalmente, pelo correio, para o endereço residencial.

5.13.7 A PORTOSRIO poderá efetuar o cancelamento do plano de saúde se houver atraso da mensalidade pelo prazo superior a 60 dias, consecutivos ou não, dentro do período de um ano.

5.13.8 A PORTOSRIO notificará o aposentado, por escrito, até o 50º dia de sua inadimplência e do possível cancelamento no caso de não regularização da situação.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

6.1. Gerência de Administração de Recursos Humanos - Gestão e administração do contrato de Assistência médica.

6.2. Supervisão de Benefícios:

6.2.1. Execução e fiscalização dos assuntos pertinentes ao contrato de Assistência Médica;

6.2.2. Acompanhar o atendimento realizado pela prestadora de serviços e sua compatibilidade com as cláusulas do contrato firmado com a PORTOSRIO;

6.2.3. Comunicar ao Diretor Administrativo Financeiro - DIRAFI, através da SUPREC, eventuais anormalidades ocorridas durante a execução do contrato;

6.2.4. Prestar esclarecimentos aos empregados da PORTOSRIO, quanto aos seus direitos e deveres contidos neste PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR;

6.2.5. Comunicar à prestadora de serviços, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar do evento, toda a movimentação de empregados no Plano;

6.2.6. Manter atualizado o cadastro de empregados e dependentes, bem como, proceder à conferência mensal das faturas encaminhadas à PORTOSRIO pela prestadora de serviços para pagamento;

6.2.7. Criar mecanismos para viabilizar a crítica qualitativa e quantitativa das despesas realizadas e apontadas pela operadora de saúde contratada em seus relatórios de sinistralidade.

6.2.8. Prestar ao novo empregado todas as informações sobre as regras do benefício de assistência à saúde, inclusive com respeito às regras dos prazos de carência.

6.3. Diretoria Executiva - Aprovar a renovação ou a contratação, por meio de licitação, do serviço de Assistência médica.

6.4. Apresentar, anualmente, ao Comitê de Auditoria, acompanhamento gerencial sistemático da contabilidade relativa à gestão do benefício de assistência à saúde.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- 7.1. Formulário Adesão ao Plano de Assistência Médica;
- 7.2. Formulário Exclusão ao Plano de Assistência Médica;
- 7.3. Formulário 2ª via de Carteira do Plano de Saúde.

8. NOTAS EXPLICATIVAS

- 8.1. Havendo a revogação da Resolução CGPAR n.º 42/2022, será submetida à Diretoria a metodologia de custeio para os empregados não abrangidos pela decisão proferida nos autos do Processo n.º 0100776-09.2020.5.01.0081.
- 8.2. Este Instrumento Normativo foi aprovado na 2654ª reunião da Diretoria Executiva, realizada em 16/02/2024.

ANEXOS

Documentos auxiliares descritos no item 7.



Documento assinado eletronicamente por **Breno Luiz Lunga Batista, Gerente**, em 28/02/2024, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º, inciso V, da Portaria nº 446/2015 do Ministério dos Transportes.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://super.transportes.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&acao_origem=documento_conferir&lang=pt_BR&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **8080861** e o código CRC **8C928606**.



Referência: Processo nº 50905.000920/2022-26



SEI nº 8080861

Rua Dom Gerardo 35 - 10º andar, Edifício Sede - Bairro Centro
Rio de Janeiro/RJ, CEP 20090-905
Telefone: - www.portosrio.gov.br