PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

PRESIDÊNCIA

RESOLUÇÃO Nº 37, DE 17 DE MARÇO DE 2014.

Dispõe sobre o Programa de Assistência à Saúde no âmbito da Justiça Federal de 1º e 2º Graus da 4ª Região.

O PRESIDENTE DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, e tendo em vista o contido nos artigos 183, 184, 185 e 230 da Lei nº 8.112, de 11-12-1990, bem como o decidido pelo Conselho de Administração no Processo Administrativo n° 12.1.000030733-0, na sessão de 14/04/2014, resolve:

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1° O Programa objetiva assegurar a seus beneficiários as prestações direta e indireta de assistência à saúde, compreendendo assistências médica, hospitalar e exames complementares, não excluindo a utilização de serviços e vantagens proporcionados pela Assistência Pública.

Parágrafo único. A assistência indireta será proporcionada ao beneficiário-titular que a ela aderir, mediante termo de opção, nos moldes da presente resolução.

CAPÍTULO II
DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2° A assistência médica, hospitalar e os exames complementares abrangem os magistrados e servidores da Justiça Federal de 1º e 2º Graus da 4ª Região, ativos e inativos, extensiva aos seus respectivos dependentes adiante especificados:

I - cônjuge;

II - companheiro (a) designado (a), desde que comprovada a união estável como entidade familiar;

III - filho (a) solteiro (a), até 21 (vinte e um) anos, exclusive, ou, se estudante de nível superior, até 24 (vinte e quatro) anos, inclusive, ou, ainda, se inválido (a), sem limite de idade;

IV - enteado (a), menor sob guarda e menor tutelado (a), desde que dependentes economicamente do beneficiário-titular, observadas as condições definidas no inciso III;

V - beneficiário (a) de pensão temporária, até 21 (vinte e um) anos, exclusive, ou, ainda, se inválido (a), sem limite de idade, observadas as disposições contidas

no artigo 217, II, alíneas "a" e "b" da Lei nº 8.112/90 e no art. 8º da Resolução nº 126, de 29-09-1994, do Conselho da Justiça Federal (CJF);

VI - viúvo (a), desde que pensionista do beneficiário-titular, observado o disposto no artigo 8º da Resolução nº 126/94 do CJF;

VII - pais, inclusive os adotantes, maiores de 65 (sessenta e cinco) anos, desde que dependentes economicamente do beneficiário-titular, atualmente inscritos no programa ora tratado. Fica vedada a partir da entrada em vigor desta resolução a possibilidade de novas inscrições nesta modalidade de beneficiário.

§ 1° O (a) magistrado (a) ou servidor (a) será considerado (a) beneficiário-titular, para fins de assistência médica direta, a partir do momento em que passar a exercer o respectivo cargo, gozando dessa condição.

§ 2° No caso de assistência médica indireta, o beneficiário-titular fará jus aos benefícios proporcionados pelo programa a partir da data da formalização do termo de opção.

§ 3° Ao magistrado convocado fica assegurada a assistência médica mediante ressarcimento direto, observado como limite o valor dos preços dos respectivos serviços pagos pelo órgão à empresa contratada ou à entidade credenciada, nos limites de custeio previstos nesta resolução.

Art. 3° A inclusão de dependentes no programa ficará condicionada à adesão do beneficiário-titular, ao preenchimento de formulários próprios de inscrição e à apresentação de documentos discriminados no anexo desta resolução, passando a vigorar somente quando satisfeitas as condições regulamentares, e cessando, automaticamente, no momento em que se verificar a ocorrência de condição determinante para o cancelamento da inclusão, conforme o referido anexo.

§ 1° As condições para inscrição e cancelamento de inclusão de dependentes estão explicitadas no anexo desta resolução, cabendo ao beneficiário titular a comunicação imediata à Diretoria de Recursos Humanos quando da ocorrência de causa determinante de exclusão de dependente prevista nesse anexo.

§ 2° Entende-se por dependência econômica a situação do beneficiário-dependente que não tenha rendimento próprio em valor superior a três salários mínimos, tirante pensão do servidor.

§ 3° A situação dos dependentes será revista anualmente, em agosto de cada exercício; no Tribunal, pela Secretaria de Administração de Pessoal, e, no caso dos magistrados, pela SAMAG, e, nas Seções Judiciárias, pelos Núcleos de Recursos Humanos. O recadastramento anual tem por objetivo atualizar as informações cadastrais e, constatada a existência de dependente em situação de desacordo com o disposto nesta resolução, incidirá sobre o beneficiário-titular a previsão do art. 22 desta resolução.

§ 4° Na hipótese de filho, a revisão iniciará a contar de dezesseis anos.

§ 5° Cessada a condição de dependência fica o servidor obrigado a devolver a respectiva carteira no dia imediatamente posterior.

§ 6° Além do recadastramento previsto no § 3º deste artigo, por ocasião do aniversário de 21 anos dos dependentes filhos, enteados, tutelados e sob guarda, o sistema eletrônico automaticamente notificará, através da Central de Recursos Humanos, o servidor/magistrado para verificar a regularidade da situação, ficando sua permanência no Programa condicionada à comprovação da condição de estudante universitário.

Art. 4° Cessará o direito do (a) servidor (a) ao benefício, quando:

I - voluntariamente abrir mão;

II - entrar em gozo de licença ou afastamento, sem remuneração pelo órgão ao qual estiver vinculado, exceto na hipótese de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e, ainda, quando o pedido de licenciamento ou afastamento for inferior ou igual a trinta dias e condicionado ao prévio recolhimento das parcelas relativas à manutenção do programa;

III - for declarada a vacância do cargo que ocupa, em virtude de exoneração, demissão, transferência, falecimento e posse em outro cargo inacumulável, não-integrante do quadro de pessoal do órgão;

IV - requisitado, receber, em seu órgão de origem, idêntico benefício;

V - estiver à disposição de outro órgão e optar por receber idêntico benefício no órgão cessionário.

CAPÍTULO III
DA CARÊNCIA

Art. 5º Caso o beneficiário titular da assistência médica indireta solicitar o seu desligamento voluntário ou de algum de seus dependentes do programa e/ou deixar de efetuar o recadastramento no prazo fixado pelo setor competente, sua nova adesão somente será permitida após o transcurso do prazo de seis meses a partir do último desligamento.

CAPÍTULO IV
DA ABRANGÊNCIA

Art. 6º A assistência médica será prestada nas modalidades direta e indireta, enquanto que a hospitalar e os exames complementares serão prestados sob modalidade indireta.

Art. 7° A assistência médica direta será prestada, quando houver, nas dependências do órgão funcional, por médicos e outros profissionais integrantes de seu quadro de pessoal, sendo voltada, basicamente, para consultas, atendimento ambulatorial e exames médicos periódicos.

Parágrafo único. O atendimento médico-pediátrico fica excluído da assistência médica direta, assim como o atendimento médico aos beneficiários-dependentes discriminados no artigo 2°, inciso VII, desta resolução.

Art. 8º. A assistência médico-hospitalar indireta abrangerá todos os procedimentos e eventos em saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS -, na forma da sua resolução normativa vigente, observada a regra contida no artigo 21 desta resolução.

Parágrafo único. Além dos procedimentos abrangidos pelo caput, estão cobertos por esta resolução os seguintes procedimentos:

a) serviço de home care (internação domiciliar), prestado por empresa contratada ou credenciada pelo órgão, condicionado à prescrição do médico responsável pelo paciente e à autorização prévia da Seção Médica/Secretaria Médica;

b) remoção terrestre de beneficiários, condicionada à recomendação oficial do médico responsável, observado, para o ressarcimento da despesa decorrente, o contido no § 3º do artigo 11 desta resolução;

c) utilização de material importado complementar à cirurgia somente se registrado na ANVISA, auditado pela contratada e devidamente justificado pelo médico na forma estipulada pela ANS.

Art. 9º Restam excluídos de cobertura deste programa as despesas médicas não previstas pelos normativos da ANS e não previstas nesta resolução.

Art. 10 Para prestação da assistência indireta, deverá o órgão, observadas as normas legais aplicáveis à administração, instituir sistema de credenciamento de entidade e/ou promover a contratação de empresa prestadora dos serviços de saúde.

Art. 11 É vedado o ressarcimento direto das despesas decorrentes de honorários de profissionais e de procedimentos realizados em locais não credenciados junto às entidades contratadas pelo órgão, ressalvados os casos previstos nos parágrafos seguintes.

§ 1º Quando não houver na localidade a especialidade profissional ou entidade credenciada junto às entidades contratadas, hipótese em que o reembolso terá como limite o valor dos preços dos respectivos serviços pagos pelo órgão à empresa contratada ou à entidade credenciada.

§ 2º Os pedidos de ressarcimento deverão ser formalizados preferencialmente dentro do mesmo ano em que realizadas as despesas. Não serão aceitos pedidos de ressarcimento após o último dia útil do mês de janeiro subsequente ao ano em que realizada a despesa.

§ 3º O reembolso de remoção terrestre, de que trata a alínea "b" do p. ú. do artigo 8º desta resolução, dar-se-á mediante a apresentação do respectivo comprovante à Secretaria Médica e Odontológica do Tribunal e aos Núcleos de Recursos Humanos da 4ª Região, tendo por referência o preço médio de mercado, cuja participação do servidor observará a regra prevista no caput do artigo 14 desta resolução.

Art. 12 A utilização dos serviços integrantes da assistência indireta será objeto de controle pelo órgão, a qual poderá, a seu critério, verificar da necessidade de utilização dos benefícios.

CAPÍTULO V

DO CUSTEIO

Art. 13 A assistência médica, hospitalar e exames complementares prestados na forma indireta terão seus custos cobertos parte pelo órgão e parte pelo beneficiário titular, descontados mensalmente do titular do programa, no limite previsto em lei, em valores nominais, e em parcelas sucessivas.

Art. 14 Os custos decorrentes do Programa de Assistência Médica proporcionada por meio da rede credenciada e/ou conveniada serão cobertos na proporção de 70% (setenta por cento) pelo órgão e 30% (trinta por cento) pelo beneficiário, exceto nas hipóteses relacionadas nos parágrafos deste artigo.

§ 1° Na hipótese de procedimento que exija internação, os custos serão cobertos da seguinte forma:

I - em acomodação semiprivativa o beneficiário responderá por 5% (cinco por cento) do total das despesas hospitalares, respondendo o órgão por 95% (noventa e cinco por cento) do seu custeio, ressalvado o disposto no inciso seguinte e no § 8º deste artigo;

II - em acomodação privativa, o beneficiário responderá por 30% (trinta por cento) do total das despesas hospitalares, respondendo o órgão por 70% (setenta por cento) do seu custeio, ressalvado o disposto no inciso seguinte e no § 8º deste artigo;

III - em unidade de tratamento intensivo, ressalvado o contido no § 8º deste dispositivo, as despesas correrão integralmente por conta do órgão, com acompanhamento sistemático do paciente pelo órgão, a cada trinta dias, para a manutenção do referido serviço, observada a regra contida no artigo 21 desta resolução;

IV - quando a internação se der em hospital de alto custo, permitido somente no âmbito da 4ª Região, caberá, neste caso, a participação de 10% (dez por cento) sobre a diária hospitalar, independentemente do tipo de acomodação e sem prejuízo ao disposto nos incisos I e II deste parágrafo, exceto UTI;

V - o serviço de home care, previsto na letra "a" do p. ú. do artigo 8º, ressalvado o disposto no § 8º deste dispositivo, será custeado na forma do caput, por beneficiário, observada a regra contida no artigo 21 desta resolução.

§ 2º Nos casos de internação hospitalar em acomodação semiprivativa os honorários médicos serão custeados integralmente pelo órgão funcional até o limite de uma

vez o valor da Tabela de Honorários Médicos; em quarto privativo, até o limite de duas vezes o valor da Tabela de Honorários Médicos.

§ 3º Até 10 (dez) consultas eletivas por beneficiário ao ano serão custeadas na proporção de 50% (cinquenta por cento) pelo beneficiário titular e de 50% (cinquenta por cento) pelo órgão funcional, as demais serão custeadas integralmente pelo beneficiário titular.

§ 4º As sessões de tratamento serão custeadas na proporção de 50% (cinquenta por cento) pelo beneficiário e de 50% (cinquenta por cento) pelo órgão funcional, à exceção do previsto no parágrafo seguinte.

§ 5º No caso da fisioterapia, até 60 (sessenta) sessões anuais, e no da acupuntura, até 24 (vinte e quatro) sessões anuais, o custeio se dará com base na tabela vigente da Associação Médica Brasileira, observados os percentuais previstos no caput deste artigo.

§ 6º Ultrapassados os limites previstos no parágrafo anterior, os custos serão cobertos na proporção de 50% (cinquenta por cento) pelo beneficiário e 50% (cinquenta por cento) pelo órgão.

§ 7º As sessões de tratamento realizadas durante os períodos de internação não são computadas nos limites estabelecidos nos parágrafos anteriores e obedecerão aos critérios de custeio dos incisos I e II do § 1º.

§ 8º Os beneficiários especificados no inciso VII do artigo 2° desta resolução contribuirão em 100% (cem por cento) do total das despesas decorrentes da utilização do Programa de Assistência à Saúde, observados os limites estabelecidos nesta resolução.

§ 9º As despesas com taxas decorrentes da inscrição e manutenção de contrato com entidades credenciadas e/ou conveniadas, serão custeadas pelo titular do benefício, descontadas mensalmente em folha, até o mês seguinte à sua inclusão.

§ 10 O servidor requisitado ou cedido, beneficiário titular do Programa de Assistência à Saúde, terá como base de cálculo do custeio o valor total de sua remuneração, considerando, quando for o caso, os valores percebidos no órgão cessionário e no órgão cedente.

§ 11 O titular responderá pela totalidade das despesas contraídas pelo dependente mantido em desacordo com esta resolução.

Art. 15 No caso da assistência médica e dos exames complementares, a participação do órgão se limitará aos valores constantes da Tabela de Honorários Médicos, se nela previstos, ou em tabela específica de determinada categoria profissional da área da saúde, sendo que, no caso das internações hospitalares, o valor do serviço corresponderá aos estabelecidos em tabela própria.

Parágrafo único. Na hipótese de utilização de tabela específica de determinada categoria profissional, conforme previsto no caput deste artigo, a conta de participação do órgão limitar-se-á ao valor de uma tabela.

Art. 16 As despesas com saúde decorrentes de acidente em serviço terão seus custos cobertos integralmente pelo Tribunal e pelas Seções Judiciárias, nos casos em que o magistrado ou o servidor tenha aderido ao plano de assistência à saúde indireto, nos termos do parágrafo único do artigo 1º desta resolução.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput deste artigo às eventuais despesas com saúde realizadas na vigência desta Resolução em decorrência de acidente em serviço por magistrados e servidores, participantes do plano de assistência à saúde indireto, acidentados em data anterior a publicação deste normativo.

CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17 No âmbito do Tribunal, o Programa de Saúde será administrado e controlado pela Secretaria Médica e Odontológica da Diretoria de Recursos Humanos e pela SAMAG; nas Seções Judiciárias, pelos respectivos Núcleos de Gestão Funcional, os quais adotarão as medidas e os atos necessários ao seu efetivo e regular funcionamento.

Parágrafo único. Quando se fizer necessário os administradores do plano de saúde solicitarão parecer da área médica.

Art. 18 A utilização dos benefícios previstos nesta resolução implica a aceitação das condições aqui estabelecidas.

Art. 19 Havendo a necessidade de regulamentar a operacionalização do Programa de Assistência à Saúde, os administradores deste nas Seções Judiciárias, conjuntamente com a Diretoria de Recursos Humanos, proporão a regulamentação necessária via instruções normativas a serem aprovadas pelo Conselho de Administração.

Art. 20 Os casos omissos, assim como as dúvidas emergentes, referentes à aplicação do Programa de Assistência à Saúde serão resolvidos por uma Comissão Especial para tanto designada, da qual deverão fazer parte um dos Desembargadores Federais membro do Conselho de Administração, escolhido pelo presidente do órgão, o Diretor-Geral, o Diretor Financeiro, o Diretor de Recursos Humanos e um médico da Secretaria Médica, observada a especialidade.

§ 1º Os casos omissos, mesmo que reiterados, serão submetidos à Comissão Especial.

§ 2º Na reiteração de decisões convergentes a Comissão Especial poderá propor regulamentação.

§ 3º Das decisões da comissão caberá recurso, em última instância, ao Conselho de Administração deste órgão no prazo de trinta dias contados da publicação.

Art. 21 O Programa de Benefícios em causa caracteriza-se pela precariedade de sua concessão, não constituindo um direito adquirido para seus

participantes, de sorte que o Conselho de Administração poderá limitar, alterar, reduzir ou cancelar a concessão de vantagens e as cotas de custeio nele previstas em decorrência de disposição legal que o torne impraticável, em razão de ausência de disponibilidade orçamentário-financeira para mantê-lo, bem como na hipótese de ser constatada cobrança de preços excessivos, comparativamente aos preços de mercado, observadas as peculiaridades da situação examinada.

Art. 22 A má utilização do Programa pelo beneficiário, o fornecimento de declaração falsa ou a desatualização cadastral de dado relevante poderá implicar a suspensão dos benefícios aqui instituídos, sem prejuízo da ação disciplinar cabível.

Art. 23 A assistência à saúde no âmbito da Justiça Federal de 1º Grau reger-se-á pelas disposições da presente resolução, devendo as respectivas Direções de Foro decidirem os casos concretos que se lhe apresentarem, encaminhando ao órgão apenas os processos que forem da competência exclusiva da Comissão Especial, de que trata o artigo 20 desta resolução.

Art. 24 A Secretaria Médica e Odontológica do Tribunal e os Núcleos de Recursos Humanos das Seções Judiciárias da 4ª Região deverão apresentar à Presidência, no início de cada exercício, por meio da Diretoria-Geral e das Direções de Foro, respectivamente, relatório das licenças médicas concedidas no exercício anterior, indicando as principais doenças que acometeram os servidores e as que ensejaram maior período de afastamento, bem como a sua concentração em relação ao número de servidores, para fins de estatísticas e estudos com vistas à melhoria da saúde funcional.

Art. 25 Quando a dotação orçamentária destinada pelo Governo Federal para este programa for insuficiente, caberá aos beneficiários vinculados a cada unidade gestora suportar solidariamente o seu déficit orçamentário.

Art. 26 Esta resolução revoga a Resolução nº 75, de 1º/08/2011, a Resolução nº 63, de 20/06/2012 e a Resolução nº 147, de 17/09/2013, e entra em vigor na data da sua publicação.

PUBLIQUE-SE. REGISTRE-SE. CUMPRA-SE.

Tadaaqui Hirose
Presidente