

ATO DELIBERATIVO Nº 12, DE 30 DE ABRIL DE 2009

Aprova o novo Regulamento do Programa TST-SAÚDE.

O **PRESIDENTE DO CONSELHO DELIBERATIVO DO TST-SAÚDE** no uso de suas atribuições que lhe confere o art. 63 do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho, aprovado pelo [ATO.GDCA.GP.Nº 358, de 24/11/2006](#), e considerando as decisões do referido Conselho tomadas na 1ª Reunião Ordinária realizada em 24/4/2009,

RESOLVE:

Art. 1º O Regulamento do Programa do TST-SAÚDE passa a vigorar nos termos do anexo.

Art. 2º Este Ato entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Ministro JOÃO ORESTE DALAZEN

ANEXOS

ANEXO DO ATO DELIBERATIVO N.º 12/2009

REGULAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO

TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º O Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho – PAMAS, que adotará o nome fantasia TST-SAÚDE, tem por finalidade assegurar a prestação de assistência multiprofissional, hospitalar e ambulatorial, aos ministros e servidores do Tribunal, ativos e inativos, e a seus dependentes, e pensionistas, na forma deste Regulamento.

CAPÍTULO II DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SEÇÃO I DA ASSISTÊNCIA

Art. 2º O Programa de Assistência à Saúde – TST- SAÚDE, observadas as disponibilidades orçamentárias e a critério do Conselho Deliberativo, implantará, progressivamente, atendimento médico-ambulatorial, atendimento médico-hospitalar, pronto-atendimento, emergência, assistência paramédica, assistência odontológica, auditoria médica e odontológica e assistência farmacêutica, nas modalidades direta e indireta.

Art. 3º A assistência direta é a prestada nas dependências do TST por profissionais de saúde de seu Quadro de Pessoal, na forma de pronto-atendimento, atendimento emergencial, pericial e auditoria, sem ônus para o beneficiário, instruída por Ato Normativo específico.

Art. 4º A assistência indireta será prestada nas especialidades médicas, paramédicas, odontológicas, serviços e exames previstos neste Regulamento, por profissionais e instituições credenciadas ou conveniadas junto ao TST-SAÚDE.

SEÇÃO II DA ASSISTÊNCIA MÉDICA, PARAMÉDICA E HOSPITALAR

Art. 5º As assistências médico-hospitalar e ambulatorial compreenderão todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares, gerais e especializados, inclusive de urgência ou emergência, incluindo as situações decorrentes de acidente pessoal, à exceção dos casos definidos neste Regulamento.

§ 1º As assistências médico-hospitalar e ambulatorial, compreenderão especialidades que sejam reconhecidas pela Associação Médica Brasileira – AMB, Associação Brasileira de Odontologia – ABO, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Organização Mundial de Saúde – OMS e que constem na Tabela de Procedimentos Médicos e Odontológicos do TST-SAÚDE, e as demais que estejam ou venham ser previstas ou não vedadas na legislação, observado o disposto no art. 20, incisos e parágrafo único, deste Regulamento.

§ 2º Para fins da assistência prevista no *caput*, considera-se acidente pessoal todo evento súbito, externo, involuntário e violento causador de lesão física, não definida pela legislação em vigor como acidente de trabalho, excluídos os sísmicos de qualquer modalidade.

§ 3º O pronto-atendimento e o atendimento emergencial, no âmbito da Coordenadoria de Saúde do TST, e as avaliações da área de saúde ocupacional, serão exclusivamente para os ministros e os servidores ativos do Tribunal.

Art. 6º A cobertura atingirá os serviços complementares de tratamento e paramédicos, por indicação médica, e exames complementares, em todo território nacional, assim discriminados:

- I – Assistência ao recém-nascido de parto coberto, nos primeiros trinta dias após o nascimento;
- II - Atenção à saúde mental;
- III - atendimentos em ambulatórios, consultórios ou pronto-socorro;
- IV – atendimentos hospitalares, clínicos, cirúrgicos e obstétricos;
- V - Audiometria;
- VI – Ceratotomia radial, conforme legislação da OMS;
- VII – Cobertura para doenças infecto-contagiosas;
- VIII – Cobertura para doenças crônicas e degenerativas pré-existentes;
- IX – Consultas em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Organização Mundial de Saúde;
- X – Despesas com doadores vivos de transplante;
- XI – Exames complementares, serviços auxiliares de diagnose e de terapia e tratamento especializado, conforme Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM;
- XII – Fisioterapia e Reeducação Postural Global – RPG;
- XIII – Fonoaudiologia;
- XIV – Hemodiálise e Diálise peritoneal;
- XV – Homeopatia e Acupuntura;
- XVI – Psicologia;
- XVII - Psicoterapia breve crise;
- XVIII – Remoções em UTI terrestre;
- XIX – Transplante de órgãos;
- XX – Tratamento de obesidade mórbida, observados os conceitos da Medicina Baseada em Evidências;
- XXI – UC – Unidade Coronariana e procedimentos de hemodinâmica;
- XXII – UTI – Unidade de Terapia Intensiva;
- XXIII – Internação em apartamento individual com banheiro privativo, com direito a um acompanhante;
- XXIV – Vasectomia e Laqueadura;
- XXV - Outros procedimentos, posteriormente definidos pelo Conselho

Deliberativo e incorporados a este Regulamento.

Art. 7º A assistência ambulatorial inclui:

I - cobertura de consultas médicas, em clínicas básicas ou especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, com ou sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize internação – Hospital Dia.

Art. 8º Os acidentes de trabalho com nexo causal terão a cobertura de todos os procedimentos relacionados ou conseqüentes, sob os preceitos da Saúde Ocupacional.

Art. 9º Os procedimentos de fisioterapia, decorrentes de ato cirúrgico, quando indicados pelo médico assistente, terão cobertura obrigatória e ilimitada,

Art. 10. O TST-SAÚDE cobrirá, ainda:

I – materiais e aparelhos ortopédicos, órteses e próteses, relacionados ao ato cirúrgico, marcapasso provisório e definitivo, lente intra-ocular e seus acessórios, cujo procedimento clínico ou cirúrgico seja indicado com base na clínica básica ou especializada reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e Organização Mundial de Saúde, mediante prévia autorização, aparelho auditivo e prótese ocular, quando houver necessidade de enucleação ocular, na modalidade de reembolso; [*Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 55, de 25 de novembro de 2014*](#)

II - pronto atendimento domiciliar, disponível por vinte e quatro horas, todos os dias, em casos de urgência e emergência, via UTI Móvel, inclusive traslado emergencial ou terapêutico de pacientes, em ambulância com assistência cardiorrespiratória, bem como a remoção de paciente, comprovadamente necessária para outra unidade hospitalar local.

Art. 11. A assistência ambulatorial e hospitalar ao doente de SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida) ou ao portador do vírus que a provoca compreende a cobertura de todas as despesas com tratamento e internação, desde o momento da detecção da moléstia até o da alta médica.

Art. 12. Terão cobertura as despesas necessárias aos transplantes de rim e córnea, ou de outro órgão previsto na legislação específica em vigor, inclusive as determinadas pela ANS, mediante Resolução CONSU nº 12, de 04.11.98, incluindo:

I - despesas assistenciais com doadores vivos;

II - medicamentos utilizados durante a internação;

III - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio;

IV - despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

Art. 13. A Internação Hospitalar cobrirá atendimento em unidade hospitalar e em clínicas básicas ou especializadas, compreendendo as modalidades de hospitalizações clínicas ou cirúrgicas, com acomodação em apartamento individual com banheiro privativo e cobertura das despesas referentes:

I - aos honorários médicos, conforme Tabela própria do TST-SAÚDE;

II – às gases medicinais, transfusões de sangue e seus derivados, órteses e próteses, medicamentos e anestésicos, todos necessários ao tratamento durante o ato médico, clínico e cirúrgico e o período de internação;

- III – às taxas de sala de cirurgia, de parto, de uso de equipamentos, aparelhos e de instrumentos;
- IV – às diárias hospitalares;
- V – às diárias de maternidade e de berçário;
- VI – às diárias em Unidade de Terapia Intensiva;
- VII – aos exames e procedimentos complementares específicos para diagnóstico e controle do tratamento;
- VIII – às despesas com alimentação de um acompanhante (café da manhã, almoço e jantar, fornecidos pelo hospital), quando o paciente for menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos de idade;
- IX – aos serviços dietéticos para o paciente durante a internação;
- X – aos serviços gerais de enfermagem relacionados à internação hospitalar;
- XI – aos serviços gerais de fisioterapia realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XII – às sessões de quimioterapia e radioterapia.

§ 1º. As internações hospitalares devem ser previamente autorizadas pela Administração do Programa, salvo os casos previstos no § 2º do art. 22 deste Regulamento.

§ 2º. A cobertura dos procedimentos previstos no caput será assegurada de acordo com as tabelas de preços ajustadas pelo TST-SAÚDE com sua rede credenciada de prestadores de serviços.

Art. 14. Em situações passíveis de correções cirúrgicas, após laudo técnico aprovado pelo TST-SAÚDE, poderão ser permitidas cirurgias plásticas reparadoras, desde que as lesões comprometam a capacidade laborativa, nos casos de:

- I - deformidades adquiridas por doenças desfigurantes;
- II – doenças congênitas em geral; e
- III – seqüelas de acidente.

Art. 15. Nos casos de emergência ou urgência, a cobertura assistencial assegurará a atenção e atuação vinte e quatro horas, todos os dias, respeitados os limites do Programa, desde o primeiro atendimento do paciente até sua alta hospitalar além dos atendimentos que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, nos casos de riscos imediatos ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, inclusive os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo de gestação, salvo se o beneficiário estiver cumprindo carência, situação em que deverá ser observado o disposto no § 3º do art. 48 deste Regulamento.

§ 1º. Para os fins previstos neste artigo, entende-se por emergência todos os eventos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados por declaração do médico assistente, e por urgência todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 2º. A cobertura assistencial de que trata o *caput* compreende a remoção, dentro do território nacional, para hospital mais próximo e a cobertura dos medicamentos ministrados no período de atendimento, consoante os valores ajustados pelo TST-SAÚDE com sua rede credenciada de prestadores de serviços.

SEÇÃO III DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 16. A assistência odontológica será oferecida nas modalidades direta e/ou indireta, nos termos previstos neste Regulamento.

Art. 17. A assistência direta será prestada nas dependências do TST por profissionais de saúde de seu Quadro de Pessoal, na forma de pronto-atendimento, atendimento emergencial, pericial, auditoria e avaliação de saúde ocupacional.

Art. 18. A assistência indireta será prestada por profissionais e instituições credenciadas ou conveniadas junto ao TST-SAÚDE e de acordo com os procedimentos constantes da tabela de procedimentos e honorários odontológicos do Programa.

Parágrafo único - Os tratamentos odontológicos a serem executados junto à rede credenciada ou conveniada do TST SAUDE só poderão ser iniciados após autorização expressa do Programa, ressalvados casos comprovados de urgência e emergência.

Art. 19. A cobertura compreenderá os serviços odontológicos nas especialidades assim discriminadas:

- I – consultas e procedimentos preventivos;
- II – dentística restauradora;
- III – endodontia;
- IV – periodontia;
- V – radiologia;
- VI – cirurgia buco-maxilo-facial;
- VII – odontopediatria;
- VIII – prótese;
- IX – Implante; e
- X – Ortodontia.

SEÇÃO IV DAS EXCLUSÕES

Art. 20. Não serão cobertos pelo TST-SAÚDE:

- I - especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas;
- II – aquisição ou aluguel de equipamentos e aparelhos cirúrgicos, nem enfermagem particular para assistência em residência ou hospital;
- III - cirurgias plásticas em geral, exceto as reparadoras para correção de lesão proveniente de acidente pessoal, deformidades adquiridas por doenças desfigurantes, doenças congênicas em geral ou de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, hipóteses em que a cobertura estará sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
- IV - despesas com medicamentos de manutenção após transplantes;
- V - despesas extraordinárias de internação, como consumo de frigobar, de refrigerantes e outras bebidas não incluídas no regime alimentar recomendado pelo médico assistente, lavagem de roupa, aluguel de aparelho de televisão, com objetos destruídos ou danificados, telefonemas locais, interurbanos e internacionais e outras despesas de caráter pessoal ou particular;
- VI - despesas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente, tais como:

(Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 102, de 15 de fevereiro de 2022)

a. lesões e quaisquer efeitos mórbidos decorrentes de uso de drogas (ressalvadas as situações descritas na legislação vigente), entorpecentes ou psicotrópicos, prática de esportes perigosos, como voo em asa delta, alpinismo, competições automobilísticas, moto ciclísticas, caça submarina, boxe, paraquedismo e outros de natureza semelhante; e (Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 102, de 15 de fevereiro de 2022)

b. as relativas a internações por Covid-19 e sequelas dessa doença pós internação, quando o beneficiário titular ou dependente assistido, sem justificativa médica específica, não houver tomado as doses de vacinação recomendadas e fornecidas gratuitamente pelo governo federal, estadual, municipal ou distrital na região de residência ou localização do associado, conforme o caso. (Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 102, de 15 de fevereiro de 2022)

VII - aborto provocado e suas conseqüências imediatas ou tardias, métodos de tratamento de infertilidade e suas conseqüências;

VIII – massagens, ioga, natação e outros esportes, duchas e saunas de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais e de repouso, ginástica, dança, sessão ou entrevista ou consulta ou avaliação ou tratamento de terapia de grupo, teste psicotécnico, tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais; (Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 43, de 2 de maio de 2012)

IX - exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade (DNA); (Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 116, de 20 de abril de 2023)

X - internações em clínicas de repouso ou asilo;

XI – tratamento de senilidade, rejuvenescimento, convalescença e suas conseqüências;

XII – internações para "check-up" e internação em acomodação superior à definida neste Regulamento e todas as despesas adicionais daí decorrentes;

XIII – materiais e medicamentos importados, não-nacionalizados, e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar, ressalvados os casos em que houver deferimento em perícia ou auditoria médica interna do TST.

XIV – limpeza de pele, aparelhos estéticos e procedimentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos para fins estéticos ou para alterações somáticas;

XV – aparelhos estéticos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;

XVI – fornecimento de óculos e lentes de contato;

XVII - remoções por via aérea, fluvial ou marítima, salvo nos casos indicados em que se caracterize a emergência e se comprove a impossibilidade de se realizar o tratamento na cidade em que se encontra o paciente;

XVIII - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ilícito ou antiético, assim definido sob o aspecto médico ou não reconhecido pelos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia ou não aprovado pela Organização Mundial de Saúde.

XIX – inseminação artificial, disfunção erétil, impotência sexual e tratamento da esterilidade do tipo fertilização *in-vitro* (bebê de proveta);

XX – vacinas;

XXI – exames e tratamentos sem justificativas e prescrições médicas/odontológicas ou que não se destinem ao tratamento de doenças ou anomalias;

XXII - mamoplastia;

XXIII – exame pré-nupcial;

XXIV – exame para instruir processo judicial;

XXV - tratamentos de atos decorrentes de ilícitos penais;

XXVI – aparelhos ortopédicos; (Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 55, de 25

de novembro de 2014)

XXVII – aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar;

XXVIII – permanência hospitalar após alta médica;

XXIX – atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas;

XXX – exames pré - admissionais;

XXXI – Exames diagnósticos e complementares relacionados a implantes e tratamentos ortodônticos.

Parágrafo único. Condicionados ao deferimento do Conselho Deliberativo ou de seu Presidente, *ad referendum* daquele, e, ao mesmo tempo, à disponibilidade financeira do Programa, estão excluídos da vedação a que aludem os incisos I e XVIII os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que, representando a única alternativa de tratamento viável, estejam sob procedimento de aprovação pelo Conselho Federal de Medicina e Organização Mundial de Saúde e contem com o reconhecimento da comunidade científica internacional, conforme parecer prévio e devidamente instruído pela Administração do Programa.

CAPÍTULO III DO ATENDIMENTO

Art. 21 A assistência direta será prestada aos beneficiários do TST-SAÚDE mencionados nos arts. 42 e 43 deste Regulamento.

Art. 22. Para a assistência indireta dirigida, o beneficiário do TST-SAÚDE deverá apresentar-se ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada, munido da Carteira de Identificação do Programa, fornecida pela Administração do Programa, acompanhada de documento de identidade.

§ 1º A falta de autorização prévia para realização de procedimentos ou serviços, assim exigida em Ato do Conselho Deliberativo do TST-SAÚDE, implicará o não-pagamento, pelo Programa, das despesas realizadas.

§ 2º Nos casos de urgência comprovada, implicando internação imediata ou socorro aos sábados, domingos, feriados ou fora do horário de expediente, o beneficiário adotará, por iniciativa própria ou de terceiro, as providências que lhe forem exigidas na ocasião do atendimento, devendo solicitar a necessária autorização do Programa até o segundo dia útil subsequente ao atendimento, sob pena de arcar, integralmente, com as despesas incorridas.

Art. 23. A transferência de beneficiário, com tratamento em curso, para outro profissional ou instituição credenciada ou conveniada, poderá ocorrer a pedido do beneficiário ou do profissional inicialmente encarregado do atendimento.

Parágrafo único. Na hipótese prevista neste artigo, somente será feita a transferência após autorização do Programa, ficando assegurada ao profissional ou à instituição anterior a quitação integral das despesas realizadas.

Art. 24. Poderá haver interrupção no tratamento, desde que por motivo

justificado, assegurada a remuneração devida ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada pelos serviços executados.

§ 1º A interrupção do tratamento por iniciativa do profissional ou da instituição credenciada ou conveniada, sem motivo justificado, é considerada abandono, não conferindo direito à remuneração pelos serviços executados.

§ 2º A interrupção, sem motivo justificado, do tratamento por iniciativa do beneficiário, na modalidade de Assistência Indireta Dirigida, é considerada abandono, ficando assegurada ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada a remuneração devida pelos serviços executados.

§ 3º Caberá ao Programa fornecer formulário para justificativa da interrupção do tratamento, por parte do beneficiário titular, bem como sua avaliação.

§ 4º Caso não seja justificado o motivo da interrupção ao tratamento, por parte do beneficiário titular, poderá ser descontado integralmente do beneficiário – titular, respeitada a margem de consignação, o valor referente à remuneração devida à instituição credenciada ou conveniada pelos serviços executados e/ou autorizados.

Art. 25. Havendo necessidade de atendimento médico e/ou odontológico, o beneficiário que se encontrar em localidade que não seja a do seu domicílio deverá procurar a rede credenciada ou conveniada local. Não havendo rede credenciada ou conveniada, poderá utilizar a modalidade de Assistência Indireta de Livre Escolha.

Art. 26. O beneficiário do TST-SAÚDE efetuará o pagamento integral das despesas ao profissional e/ou instituição, quando utilizar a modalidade de Assistência Indireta de Livre Escolha, e apresentará os devidos comprovantes para fins de reembolso, de acordo com o disposto no Capítulo IV deste Regulamento.

CAPÍTULO IV DO REEMBOLSO

Art. 27. *(Revogado pelo Ato Deliberativo n. 33, de 1º de dezembro de 2010)*

Art. 28. O reembolso será efetuado na folha de pagamento do beneficiário - titular.

Art. 29. Os termos, prazos e condições do reembolso serão estabelecidos e atualizados, sempre que necessários, por ato do Conselho Deliberativo do Programa.

CAPÍTULO V DO CUSTEIO E DA CONTRIBUIÇÃO

Art. 30. As despesas realizadas com a assistência direta serão custeadas com recursos orçamentários consignados ao Tribunal.

Art. 31. A assistência indireta terá seus custos cobertos pelo TST-SAÚDE, consoante disposições deste Regulamento e os seguintes critérios:

I - na assistência indireta dirigida, o TST-SAÚDE receberá os documentos comprobatórios das despesas realizadas e, após a sua conferência, fará o pagamento, com os devidos repasses da co-participação, conforme determinado pelo Conselho Deliberativo, ao servidor, bem como com a observância do recurso a ser utilizado para cada tipo de beneficiário; se titular, dependente econômico ou dependente especial.

II – na assistência indireta de livre escolha, o TST-SAÚDE fará o reembolso parcial das despesas, observado o disposto no Capítulo IV, Título I, deste Regulamento.

Art. 32. São fontes da receita do TST-SAÚDE:

I - recursos orçamentários e eventuais créditos adicionais da União, consignados ao Tribunal Superior do Trabalho na Lei de Orçamento Anual nos Programas de Trabalho específicos;

II - contribuição mensal dos beneficiários;

III – participação direta dos beneficiários nos serviços assistenciais utilizados, cobertos pelo Programa, conforme disposto neste Regulamento;

IV - outras receitas, inclusive rendimentos da aplicação de saldos credores de receitas próprias no mercado financeiro.

Parágrafo único. O Tribunal repassará, mensalmente, à conta centralizada do TSTSAÚDE, o montante de recursos a que se referem os incisos II e III deste artigo, apurado na folha de pagamento.

Art. 33. Cada um dos beneficiários do TST-SAÚDE contribuirá mensalmente, mediante desconto em folha de pagamento do beneficiário - titular, com os valores definidos na tabela constante do Anexo I deste Regulamento.

§ 1º Para custeio das despesas administrativas e de controle será cobrado 1% (um por cento) do subsídio, remuneração ou proventos do beneficiário - titular na data de inscrição de cada um dos dependentes especiais previstos no art. 43 deste Regulamento.

§ 2º O Conselho Deliberativo promoverá, quando necessária, a atualização dos valores de que trata o *caput*.

Art. 34. Os beneficiários do TST-SAÚDE, quando utilizarem a rede credenciada, na Assistência Médico-Hospitalar, Ambulatorial e Odontológica, participarão diretamente com percentuais de co-participação, cujos valores serão estabelecidos em ato do Conselho Deliberativo do programa.

§ 1º A participação a que se refere este artigo será consignada, mediante desconto no pagamento do servidor, em parcelas mensais e sucessivas não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração do beneficiário - titular, deduzidos o imposto de renda retido na fonte, a contribuição para o Plano de Seguridade Social e os valores pagos a título de pensão alimentícia.

§ 2º A consignação a que se refere este artigo terá início no mês subsequente à prestação do serviço de assistência, sendo o montante arrecadado transferido para a conta centralizada do TST-SAÚDE.

Art. 35. Será repassado ao beneficiário - titular, como custeio adicional, o valor referente à emissão das carteiras de identificação para utilização do TST-SAÚDE, sua

e as de seus dependentes.

Art. 36. Os exames periódicos serão integralmente custeados pelo TST-SAÚDE desde que realizados na rede credenciada ou nas dependências do Tribunal.

Art. 37. As receitas resultantes das contribuições mensais e da participação direta dos beneficiários no custeio dos serviços constituirão recursos próprios do Programa, poderão ser aplicadas no mercado financeiro e serão registradas na conta centralizada do TST-SAÚDE, ora instituída para essa finalidade.

Parágrafo único. A contribuição financeira do Tribunal não integrará a conta centralizada de que trata o *caput*.

CAPÍTULO VI DOS VALORES DOS SERVIÇOS E DA IMPLANTAÇÃO

Art. 38. Os valores para contratação dos serviços de que trata este Regulamento serão definidos em tabelas aprovadas pelo Conselho Deliberativo do TST-SAÚDE.

Art. 39. O Programa será implementado de forma gradual, conforme critérios a serem fixados e observados à disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

TÍTULO II DOS ASSISTIDOS

CAPÍTULO I DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 40. Os participantes do TST-SAÚDE classificam-se em:

- I - beneficiários-titulares;
- II - beneficiários-dependentes;
- III – beneficiários-especiais.

Art. 41. São beneficiários-titulares:

- I – os ministros ativos e inativos;
- II – os servidores ativos do Quadro de Pessoal do Tribunal e inativos;
([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 113, de 6 de março de 2023](#))
- III - ([Revogado pelo Ato Deliberativo n. 113, de 6 de março de 2023](#))
- IV - ([Revogado pelo Ato Deliberativo n. 113, de 6 de março de 2023](#))
- V – os pensionistas estatutários a que alude o art. 217 da Lei nº 8.112/90, vedada, quanto a eles, a inscrição de dependentes ou a indicação de beneficiários-especiais.

§1º Os beneficiários a que se referem os incisos I e II deste artigo podem inscrever dependentes no TST-SAÚDE, de acordo com as normas e requisitos estabelecidos neste Regulamento. ([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 113, de 6 de março de 2023](#))

§ 2º ([Revogado pelo Ato Deliberativo n. 113, de 6 de março de 2023](#))

§ 3º A permanência no Programa fica condicionada a percepção de vencimentos pelo TST ou da existência de margem consignável para o desconto da contribuição mensal e custeio das despesas.

Art. 42. São beneficiários-dependentes dos beneficiários-titulares previstos nos incisos I a IV do art. 41 deste Regulamento:

I – o cônjuge, desde que não seja servidor do Quadro de Pessoal do TST, caso em que será considerado como beneficiário - titular;

II - o(a) companheiro(a) do beneficiário - titular que comprove união estável como entidade familiar, desde que não seja servidor do Quadro de Pessoal do TST, caso em que será considerado como beneficiário - titular;

III – os filhos solteiros, de qualquer natureza, e enteados solteiros, estes, na dependência econômica do beneficiário - titular e do cônjuge ou do (a) companheiro (a), cuja guarda judicial seja da responsabilidade do cônjuge ou do (a) companheiro (a), menores de vinte e um anos ou inválidos de qualquer idade, enquanto durar a invalidez;

IV – os filhos solteiros, de qualquer natureza, e os enteados solteiros, estes, na dependência econômica do beneficiário - titular e do cônjuge ou do (a) companheiro (a), de vinte e um a vinte e quatro anos, que estejam cursando ensino fundamental – estes, mediante justificação e aprovação do Conselho Deliberativo - médio ou superior em estabelecimento de ensino oficialmente reconhecido pelo Ministério da Educação;

V – o pai e a mãe, inclusive os adotantes que sejam dependentes econômicos dos beneficiários-titulares;

VI – o menor sob guarda judicial ou tutela até dezoito anos; ([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 108, de 9 de janeiro de 2023](#))

VII – o irmão solteiro e órfão, até vinte e um anos, ou, se inválido, enquanto durar a invalidez;

VIII – pessoa inválida, enquanto durar a invalidez.

§ 1º Para efeito deste Regulamento, dependente econômico é a pessoa sem economia própria, que vive às expensas do beneficiário - titular e devidamente registrada nos seus assentamentos funcionais, exceto os beneficiários a que se referem os incisos I e II deste artigo.

§ 2º Entende-se por pessoa sem economia própria aquela que não possui rendimentos próprios, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal, estipulado em normativo expedido pela Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB). ([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 111, de 6 de março de 2023](#))

§ 3º O estado de dependência em relação aos beneficiários enunciados no inciso V deste artigo, casados ou em união estável, está sujeita à comprovação de que a renda do casal, somada, não ultrapasse duas vezes o limite estabelecido no § 2º deste artigo e que são dependentes exclusivos do beneficiário-titular. ([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 111, de 6 de março de 2023](#))

§ 4º O beneficiário - titular é responsável pelas despesas dos beneficiários-dependentes e dos beneficiários-especiais.

§ 5º É vedada a inscrição simultânea de cônjuge e companheiro (a).

Art. 43. Consideram-se beneficiários-especiais dos beneficiários-titulares previstos nos incisos I a IV do art. 41 deste Regulamento aqueles inscritos no Programa de Assistência Médica Complementar até 24/11/2006, data da assinatura do [ATO.GDGCA.GP.Nº 358/2006](#).

§1º Será admitida a indicação, na condição de beneficiário especial, de filhos solteiros, de qualquer natureza, e enteados solteiros, até o dia do implemento dos 39 (trinta e nove) anos, desde que tenham participado anteriormente do TST-SAÚDE, na condição de beneficiário dependente. ([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 75, de 1º de junho de 2017](#))

§ 2º O beneficiário-titular é responsável pelas despesas dos beneficiários-especiais.

§ 3º O Conselho Deliberativo poderá propor regulamentação especial, que amplie a participação dos beneficiários-especiais no Programa.

§ 4º Ressalvados os valores de contribuição, os beneficiários-especiais receberão o mesmo tratamento que os demais participantes do Programa TST-SAÚDE, em especial quanto à disciplina do Capítulo V do Título I e em tudo o que for compatível com sua condição.

§ 5º A contribuição dos beneficiários-especiais corresponderá aos valores definidos na tabela constante do Anexo II deste Regulamento.

CAPÍTULO II DA INSCRIÇÃO

Art. 44. Para participar do TST-SAÚDE, o beneficiário-titular deverá requerer a sua inscrição e a de seus dependentes, mediante o preenchimento de Termo de Adesão junto à Administração do Programa, estando esta condicionada à prévia comprovação, na forma disciplinada em Ato específico que regulamente a dependência econômica no âmbito do Tribunal.

Art. 45. O Programa do TST-SAÚDE reserva-se o direito de solicitar ao interessado a apresentação de documentos complementares que comprovem a condição de beneficiário, dependente e especial, para efeitos do Programa.

Parágrafo único. O beneficiário - titular deverá comunicar ao Programa TSTSAÚDE, no prazo de até 30 (trinta) dias, qualquer alteração de dado cadastral, ato ou fato que implique o desligamento do beneficiário dependente ou especial, sob pena de suspensão de sua inscrição no Programa.

Art. 46. A adesão ao TST-SAÚDE implicará aceitação das condições estabelecidas neste Regulamento e em normas complementares.

CAPÍTULO III DA CARÊNCIA

Art. 47. É dispensada a carência para:

I – magistrado, servidor e respectivos dependentes que venham a ser inscritos no TST-SAÚDE, até 30 (trinta) dias, contados da data do início do exercício funcional;

II – pensionista estatutário que tenha sua inscrição no TST-SAÚDE requerida até 30 (trinta) dias, contados da data de publicação do ato de concessão de pensão;

III – cônjuge recém-casado que venha a ser inscrito até 30 (trinta) dias, contados da data do casamento civil;

IV – companheiro (a), cuja inscrição ocorra até 30 (trinta) dias, contados da comprovação perante o Programa, da união estável, como entidade familiar, na forma prevista no Regulamento;

V – filho recém-nascido de beneficiário-titular que venha a ser inscrito até 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento;

VI - filho adotivo, enteado, menor tutelado ou sob guarda judicial, que venham a ser inscritos até 30 (trinta) dias do ato que originou a dependência.

Parágrafo único. Os prazos previstos nos incisos III a VI deste artigo serão contados a partir do último dia do período de carência que o beneficiário - titular estiver cumprindo.

Art. 48. Ressalvadas as hipóteses previstas no artigo anterior, o atendimento médico, ambulatorial, hospitalar e odontológico de que trata este Regulamento fica sujeito aos seguintes prazos de carência, contados a partir da data do deferimento da inclusão no TST-SAÚDE:

I – vinte e quatro horas para atendimentos de urgência e emergência;

II – trinta dias para consultas médicas, exames complementares, fisioterapia, RPG, fonoaudiologia, psicologia, hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e cirurgias em geral, exceto cardíacas, neurológicas, vasculares e transplantes de rins e córneas consulta odontológica, tratamentos odontológicos preventivos e de dentística, endodontia, periodontia, radiologia e odontopediatria;

III – cento e oitenta dias para cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares, transplantes de rins e córneas, cirurgia buco-maxilo-facial e prótese odontológica;

IV – trezentos dias para atendimentos obstétricos e partos.

§ 1º Nos casos de emergência, ficam dispensados os prazos fixados nos incisos II a IV deste artigo.

§ 2º Define-se como caso de emergência aquele que implicar risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o beneficiário, desde que devidamente caracterizado pelo médico assistente ou odontólogo e referendado pela Divisão Médica e/ou Odontológica do Tribunal Superior do Trabalho.

§ 3º Durante o período de carência, a cobertura, pelo Programa, de procedimentos de emergência é limitada às primeiras vinte e quatro horas de atendimento, contadas da hora do primeiro socorro ou da de internação.

§ 4º Os serviços eventualmente utilizados durante o período de carência

serão integralmente custeados pelo beneficiário - titular, salvo nas situações de que tratam os §§ 1º e 2º e a cobertura prevista no § 3º deste artigo.

Art. 49. No caso de readmissão ao Programa, serão observados os seguintes períodos de carência:

I - na primeira readmissão decorrente de desligamento voluntário ou de ofício, o beneficiário só poderá utilizar o TST-SAÚDE, cumpridos os períodos e as condições de carência previstos no art. 48 deste Regulamento;

II - na segunda readmissão decorrente de desligamento voluntário ou de ofício, os períodos de carência previstos no art. 48 deste Regulamento serão incluídos de mais cento e vinte dias.

Parágrafo único. O direito à nova inscrição, após a solicitação de cancelamento por três vezes, ficará sujeito à autorização do Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO IV DO DESLIGAMENTO E DA SUSPENSÃO

Art. 50. Cessará o direito de o beneficiário - titular e de seus dependentes utilizarem o TST-SAÚDE, nas seguintes hipóteses:

- I - demissão;
- II - exoneração;
- III - posse em outro cargo inacumulável;
- IV - licença e afastamento sem remuneração;
- V - destituição de cargo em comissão, não sendo ocupante de cargo efetivo no Tribunal Superior do Trabalho;
- VI - retorno ao órgão de origem do servidor requisitado ou em lotação provisória;
- VII - redistribuição;
- VIII - falecimento;
- IX - cancelamento de ofício da inscrição;
- X - cancelamento voluntário da inscrição.

Art. 51. O desligamento do beneficiário - titular por quaisquer das hipóteses previstas no art. 50 deste Regulamento acarretará o cancelamento da inscrição de seus respectivos dependentes.

§ 1º Salvo na hipótese prevista no inciso X do art. 50 deste Regulamento, o desligamento do beneficiário - titular e de seus respectivos dependentes dar-se-á na data em que ocorrer o fato que o originou. ([Parágrafo único transformado em § 1º pelo Ato Deliberativo n. 77, de 4 de abril de 2018](#))

§ 2º Nas hipóteses previstas nos incisos VI, VII e VIII do art. 50 deste Regulamento, quando estiver ocorrendo tratamento oncológico ambulatorial ou atendimento quimioterápico, radioterápico, de hemodiálise e diálise em ambiente ambulatorial em qualquer dos dependentes ou no titular, estes poderão permanecer vinculados ao Programa por até 30 (trinta) dias contados da data de seu desligamento, exclusivamente para continuidade dos tratamentos referidos. ([Incluído pelo Ato Deliberativo n. 77, de 4 de abril de 2018](#))

§ 3º Durante o período de 30 (trinta) dias a que se refere o parágrafo anterior não haverá cobrança de mensalidade e/ ou de coparticipação. ([Incluído pelo Ato Deliberativo n. 77, de 4 de abril de 2018](#))

Art. 52. O cancelamento de ofício, a que se refere o inciso IX do art. 50 deste Regulamento, será efetuado pelo Conselho Deliberativo, na hipótese de descumprimento pelo beneficiário - titular e respectivos dependentes das disposições previstas neste Regulamento.

§ 1º A prática de irregularidades na utilização do Programa pelo beneficiário - titular acarretará a sua exclusão e de seus respectivos dependentes, com obrigatoriedade de ressarcimento das despesas efetuadas, sem prejuízo das demais medidas administrativas e judiciais aplicáveis à espécie.

§ 2º A prática de irregularidades na utilização do Programa pelo beneficiário-dependente acarretará a sua exclusão e a obrigatoriedade de ressarcimento, pelo beneficiário - titular, das despesas efetuadas, sem prejuízo das demais medidas administrativas e judiciais aplicáveis à espécie.

Art. 53. Na ocorrência de falecimento do beneficiário - titular, a inscrição de beneficiário-dependente que reúna as condições para habilitação à pensão civil no TST poderá ser mantida, provisoriamente, até o definitivo deferimento da pensão, mediante solicitação do interessado ou de seu responsável.

§ 1º No caso de falecimento do beneficiário - titular, os débitos decorrentes da utilização do Programa serão compensados por ocasião do acerto de contas.

§ 2º Não havendo saldo suficiente para a compensação referida no parágrafo anterior, os débitos serão absorvidos pelo TST-SAÚDE.

Art. 54. Na ocorrência de desligamento, deverão ser devolvidas ao Programa as carteiras de identificação do TST-SAÚDE do titular e de seus dependentes, observando-se, ainda, os seguintes procedimentos:

I - nos desligamentos decorrentes das hipóteses previstas nos incisos I, II, IV, V e IX do art. 50 deste Regulamento:

O beneficiário - titular terá o prazo de 60 (sessenta) dias para quitar o saldo de participação no custeio, se houver;

A não-quitação do saldo de participação no custeio no prazo previsto implicará cobrança judicial da dívida.

II - nos desligamentos decorrentes das hipóteses previstas nos incisos III, VI e VII do art. 50 deste Regulamento, o saldo de participação no custeio, se houver, poderá ser liquidado por meio de consignação mensal em folha de pagamento do órgão para o qual o servidor se destina, sendo facultado o seu pagamento integral no ato do desligamento;

III- o desligamento a pedido do beneficiário - titular, hipótese prevista no inciso X do art. 50 deste Regulamento, dar-se-á no mês subsequente àquele em que for efetuada a solicitação, devendo o beneficiário - titular comprovar a quitação do saldo remanescente, se houver, da participação no custeio do Programa ou autorizar a consignação desse saldo na folha de pagamento seguinte.

Art. 55. Cabe à Secretaria de Gestão de Pessoas do TST comunicar ao

Programa do TST-SAÚDE as ocorrências previstas nos incisos I a VIII do art. 50 deste Regulamento.

TÍTULO III DO PROGRAMA

CAPÍTULO I DA COMPOSIÇÃO

Art. 56. São órgãos de Administração do TST-SAÚDE:

I – Conselho Deliberativo;

II – Diretoria Geral da Secretaria e suas Unidades Administrativas.

Parágrafo único. O Presidente do Conselho Deliberativo é o representante legal do Programa TST-SAÚDE.

Art. 57. Compete aos órgãos de Administração do TST-SAÚDE:

I - praticar atos de gestão, visando à execução e fixação de normas das atividades do Programa objeto deste Regulamento;

II – elaborar plano de trabalho anual, visando a subsidiar a elaboração da proposta orçamentária do TST-SAÚDE;

III - verificar a eficiência e eficácia da gestão dos recursos pelo TST-SAÚDE;

IV - adotar providências objetivando a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo TST-SAÚDE;

V - baixar normas complementares, necessárias à operacionalização do Programa, para ajustamento à realidade dos recursos orçamentários e financeiros.

Parágrafo único. Os membros dos órgãos de administração do TST-SAÚDE não farão jus à remuneração pelo exercício de suas atribuições.

CAPÍTULO II DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 58 São membros do Conselho Deliberativo o Ministro Vice-Presidente e dois Ministros do Tribunal Superior do Trabalho, estes eleitos pelo Tribunal Pleno, o Diretor-Geral da Secretaria do Tribunal, o Secretário de Gestão de Pessoas, o Secretário de Administração, o Secretário de Saúde e dois representantes dos servidores, ativos ou inativos, do Quadro de Pessoal do Tribunal, sendo um indicado pela Associação dos Servidores do Tribunal Superior do Trabalho e outro, pelo Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário e do Ministério Público da União no Distrito Federal. (*Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 87, de 14 de fevereiro de 2020*)

§ 1º O Conselho Deliberativo é presidido pelo Ministro Vice-Presidente do Tribunal Superior do Trabalho.

§ 2º Integrarão o Conselho Deliberativo, na qualidade de consultores, sem direito a voto, os titulares da Secretaria de Controle da Justiça do Trabalho e da Divisão de Saúde Complementar.

§ 3º Os membros do Conselho Deliberativo, nos seus impedimentos, serão substituídos, o Presidente, pelo Ministro mais antigo dele integrante; os titulares de órgão administrativos pelos seus substitutos regulares e os representantes dos servidores pelos suplentes previamente designados.

§ 4º Os representantes dos servidores e seus suplentes serão designados em ato do Presidente do Conselho.

§ 5º Os representantes dos servidores deverão ser participantes do Programa e terão mandato de dois anos, contados da data de designação, permitida a recondução por um período. ([Redação dada pelo Ato Deliberativo n. 87, de 14 de fevereiro de 2020](#))

§ 6º A critério do Presidente do Conselho Deliberativo, poderão ser convidadas pessoas para participarem das reuniões do Conselho, sem direito a voto.

§ 7º Os representantes suplentes dos servidores poderão participar das reuniões do Conselho Deliberativo, exclusivamente com direito a voz, quando estiverem participando da reunião os representantes titulares. ([Incluído pelo Ato Deliberativo n. 87, de 14 de fevereiro de 2020](#))

Art. 59. Compete ao Conselho Deliberativo:

I - estabelecer políticas e diretrizes gerais de implantação e procedimentos de execução do TST-SAÚDE;

II - aprovar programas de assistência e benefícios;

III - definir o custeio das despesas e alterar os valores de contribuição fixados nos artigos 32 e 33 deste Regulamento;

IV - aprovar o plano de trabalho anual do TST-SAÚDE;

V - aprovar o orçamento anual do TST-SAÚDE;

VI - aprovar as prestações de contas e o relatório do exercício financeiro, estes sempre acompanhados de parecer da Secretaria de Controle da Justiça do Trabalho;

VII - aprovar e publicar as alterações deste Regulamento;

VIII - julgar, em última instância, os recursos interpostos contra atos praticados pela Administração do Programa;

IX - baixar normas complementares por meio de Atos Deliberativos, destinadas à implantação das diretrizes estabelecidas neste Regulamento.

Art. 60. Compete ao Presidente do Conselho assinar os Atos Deliberativos.

Parágrafo único. O Presidente, em casos especiais, poderá decidir ad referendum do Conselho Deliberativo, sobre questões omissas e urgentes, relacionadas ao Programa.

Art. 61. As decisões do Conselho Deliberativo dar-se-ão pelo voto da maioria simples de seus membros.

Art. 62. O Conselho Deliberativo reunir-se-á:

I - ordinariamente, duas vezes por ano, entre os meses de fevereiro e maio e os de agosto e novembro;

II - extraordinariamente, em qualquer data, por convocação de seu Presidente.

§1º. O Conselho Deliberativo, excepcionalmente, reunir-se-á com o quorum mínimo de cinco membros com direito a voto, presentes, necessariamente, um Ministro, que o presidirá, o Diretor-Geral da Secretaria do Tribunal ou seu substituto, um representante da Coordenadoria de Saúde e um representante dos servidores.

§2º As pautas para as Reuniões devem ser disponibilizadas com pelo menos dois dias de antecedência, contendo os assuntos que serão abordados na reunião e os números dos processos que serão analisados.

CAPÍTULO III DA COORDENADORIA DE SAÚDE

Art. 63. Compete à Coordenadoria de Saúde, por meio da Divisão de Saúde Complementar, administrar, dirigir e supervisionar os serviços prestados e:

I - praticar atos de gestão com vistas à normatização e execução dos Programas instituídos por este Regulamento;

II - propor ao Conselho Deliberativo normas complementares necessárias à execução do Programa;

III – ultimar providências que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Programa;

IV – submeter à apreciação do Conselho Deliberativo, em casos excepcionais, as propostas de credenciamento das unidades prestadoras de serviços nas áreas de saúde;

V – propor ao Conselho Deliberativo a contratação de serviços ou a aquisição de produtos específicos de interesse do Programa ou a sua afiliação a entidades nacionais que congreguem instituições de assistência à saúde e social, utilizando recursos próprios;

VI – manter contato permanente com profissionais e entidades que ofereçam serviços na área de saúde;

VII – proceder ao cadastramento dos beneficiários do Programa;

VIII – coletar e registrar dados para fins estatísticos;

IX – acompanhar e controlar os recursos financeiros recebidos pelo Programa;

X – alimentar os sistemas de gerenciamento do TST SAÚDE, mantendo-os atualizados quanto aos dados referentes à utilização e aos descontos a serem efetuados na folha de pagamento.

TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 64 O TST-SAÚDE colocará, à disposição de seus beneficiários, rede de prestadores de serviços diretamente credenciada ou oferecida por terceiros.

Parágrafo único. Os credenciamentos serão firmados considerando os seguintes aspectos:

I – a demanda de utilização dos serviços assistenciais, por área de especialidade;

II – a qualificação técnica dos profissionais responsáveis;

III – o nível de atendimento e a excelência dos serviços prestados;

IV – a estrutura física e funcional das clínicas, consultórios e hospitais avaliada através de vistoria em formulário próprio, definido pela Divisão Médica e Odontológica.

Art. 65. Os atos praticados pela Administração do TST-SAÚDE serão auditados pela Secretaria de Controle da Justiça do Trabalho, nos termos deste Regulamento.

Art. 66. A fiscalização ou auditoria da assistência prestada aos beneficiários será realizada pelo TST-SAÚDE ou por pessoa jurídica conveniada ou contratada para esse fim.

Art. 67. As Unidades integrantes da estrutura do Tribunal fornecerão pessoas e os recursos materiais e físicos necessários ao funcionamento do TST-SAÚDE.

Art. 68. O TST não responde, em hipótese alguma, nem subsidiariamente, por ações ou decisões judiciais referentes à má conduta profissional, por negligência, imprudência ou imperícia relativas a atos praticados pela rede credenciada na prestação de serviços médico hospitalares, cuja escolha é livre por parte dos beneficiários, devendo tal condição estar expressa nos termos de adesão.

Art. 69. Todos os procedimentos operacionais necessários para o bom andamento do programa serão regulados por Ato Normativo a ser aprovado pelo Conselho Deliberativo.

Art. 70. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento serão decididos pelo Conselho Deliberativo.

Este texto não substitui o original publicado no Boletim Interno do Tribunal Superior do Trabalho.

ANEXO I

| TABELA DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL "PER CAPITA" PARA BENEFICIÁRIO TITULAR E BENEFICIÁRIO DEPENDENTE | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| FAIXA ETÁRIA | | até 18 | 19 a 23 | 24 a 28 | 29 a 33 | 34 a 38 | 39 a 43 | 44 a 48 | 49 a 53 | 54 a 58 | acima de 59 |
| REMUNERAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1.000,00 | 34,00 | 45,00 | 45,00 | 66,00 | 66,00 | 86,00 | 86,00 | 113,00 | 113,00 | 163,00 |
| 1.000,01 | 2.000,00 | 40,00 | 51,00 | 51,00 | 73,00 | 73,00 | 93,00 | 93,00 | 120,00 | 120,00 | 169,00 |
| 2.000,01 | 3.000,00 | 46,00 | 58,00 | 58,00 | 78,00 | 78,00 | 99,00 | 99,00 | 128,00 | 128,00 | 176,00 |
| 3.000,01 | 4.000,00 | 53,00 | 64,00 | 64,00 | 84,00 | 84,00 | 106,00 | 106,00 | 135,00 | 135,00 | 184,00 |
| 4.000,01 | 5.000,00 | 59,00 | 70,00 | 70,00 | 90,00 | 90,00 | 113,00 | 113,00 | 143,00 | 143,00 | 191,00 |
| 5.000,01 | 6.000,00 | 65,00 | 76,00 | 76,00 | 99,00 | 99,00 | 120,00 | 120,00 | 150,00 | 150,00 | 201,00 |
| 6.000,01 | 7.000,00 | 71,00 | 83,00 | 83,00 | 105,00 | 105,00 | 128,00 | 128,00 | 160,00 | 160,00 | 213,00 |
| 7.000,01 | 8.000,00 | 78,00 | 89,00 | 89,00 | 111,00 | 111,00 | 135,00 | 135,00 | 173,00 | 173,00 | 225,00 |
| 8.000,01 | 9.000,00 | 84,00 | 95,00 | 95,00 | 118,00 | 118,00 | 143,00 | 143,00 | 180,00 | 180,00 | 235,00 |
| 9.000,01 | 10.000,00 | 90,00 | 101,00 | 101,00 | 124,00 | 124,00 | 150,00 | 150,00 | 188,00 | 188,00 | 241,00 |
| 10.000,01 | 11.000,00 | 96,00 | 108,00 | 108,00 | 130,00 | 130,00 | 158,00 | 158,00 | 195,00 | 195,00 | 255,00 |
| 11.000,01 | 12.000,00 | 98,00 | 111,00 | 111,00 | 135,00 | 135,00 | 163,00 | 163,00 | 201,00 | 201,00 | 271,00 |
| 12.000,01 | 13.000,00 | 103,00 | 116,00 | 116,00 | 140,00 | 140,00 | 169,00 | 169,00 | 208,00 | 208,00 | 275,00 |
| 13.000,01 | 14.000,00 | 108,00 | 121,00 | 121,00 | 145,00 | 145,00 | 175,00 | 175,00 | 214,00 | 214,00 | 281,00 |
| 14.000,01 | 15.000,00 | 113,00 | 125,00 | 125,00 | 149,00 | 149,00 | 181,00 | 181,00 | 216,00 | 216,00 | 285,00 |
| 15.000,01 | 16.000,00 | 118,00 | 130,00 | 130,00 | 155,00 | 155,00 | 188,00 | 188,00 | 219,00 | 219,00 | 288,00 |
| 16.000,01 | 17.000,00 | 123,00 | 136,00 | 136,00 | 163,00 | 163,00 | 194,00 | 194,00 | 221,00 | 221,00 | 290,00 |
| 17.000,01 | 18.000,00 | 131,00 | 144,00 | 144,00 | 169,00 | 169,00 | 200,00 | 200,00 | 231,00 | 231,00 | 295,00 |
| 18.000,01 | 19.000,00 | 138,00 | 150,00 | 150,00 | 175,00 | 175,00 | 206,00 | 206,00 | 238,00 | 238,00 | 300,00 |
| 19.000,01 | 20.000,00 | 144,00 | 156,00 | 156,00 | 181,00 | 181,00 | 213,00 | 213,00 | 244,00 | 244,00 | 306,00 |
| 20.000,01 | 21.000,00 | 150,00 | 163,00 | 163,00 | 188,00 | 188,00 | 219,00 | 219,00 | 250,00 | 250,00 | 313,00 |
| 21.000,01 | 22.000,00 | 156,00 | 169,00 | 169,00 | 194,00 | 194,00 | 225,00 | 225,00 | 256,00 | 256,00 | 319,00 |
| 22.000,01 | 23.000,00 | 163,00 | 175,00 | 175,00 | 200,00 | 200,00 | 231,00 | 231,00 | 263,00 | 263,00 | 325,00 |
| 23.000,01 | 24.000,00 | 169,00 | 181,00 | 181,00 | 206,00 | 206,00 | 238,00 | 238,00 | 269,00 | 269,00 | 331,00 |
| 24.000,01 | 25.000,00 | 175,00 | 188,00 | 188,00 | 213,00 | 213,00 | 244,00 | 244,00 | 275,00 | 275,00 | 338,00 |

ANEXO II

| TABELA DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL "PER CAPITA" PARA BENEFICIÁRIO ESPECIAL | | |
|--|----|--------------------------------|
| FAIXA ETÁRIA | | CONTRIBUIÇÃO INDIVIDUAL |
| 0 | 18 | 260,00 |
| 19 | 23 | 260,00 |
| 24 | 28 | 260,00 |
| 29 | 33 | 260,00 |
| 34 | 38 | 260,00 |
| 39 | 43 | 430,00 |
| 44 | 48 | 430,00 |
| 49 | 53 | 430,00 |
| 54 | 59 | 530,00 |
| acima de 59 | | 905,00 |