



**TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO
PRESIDÊNCIA**

ATO Nº 358/GDGCA.GP, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2006

O **PRESIDENTE DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO**, no uso de suas atribuições que lhe confere o art. 36, inciso XXXIV, do Regimento Interno, e considerando o disposto na Resolução Administrativa nº 1.166/2006,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Regulamento do Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho – TST-SAÚDE, nos termos do anexo. (Anexo no final do BI)

§ 1º O Programa referido no caput engloba a prestação de assistência médica, odontológica, hospitalar e ambulatorial, de que trata o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com a redação dada pelo art. 9º da Lei nº 11.302, de 10 de maio de 2006.

§ 2º O Programa deverá ser implementado sob a modalidade de autogestão, observado o disposto no artigo seguinte.

Art. 2º Os serviços previstos no Programa serão prestados por profissionais especializados e entidades afins, mediante a celebração de credenciamentos, contratos, convênios, ajustes ou outros instrumentos cabíveis, conforme o disposto no Regulamento.

Art. 3º A prestação da assistência será implementada desde que previamente assegurados os recursos necessários à cobertura.

Art. 4º Este Ato entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

ANEXOS

ANEXO DO ATO GGDCA.GP. Nº 358

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 tem por finalidade assegurar a prestação de assistência médica, odontológica, 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 DISPOSIÇÕES GERAIS

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, 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, para atendimento ambulatorial, emergencial e pericial, sem ônus para o beneficiário.

Art. 4º A assistência indireta será prestada de forma dirigida ou de livre escolha, nas especialidades médicas, odontológicas, serviços e exames previstos neste Regulamento.

§ 1º A assistência indireta dirigida será prestada por profissionais e instituições credenciadas ou conveniadas junto ao TST-SAÚDE.

§ 2º O TST-SAÚDE colocará, à disposição de seus beneficiários, rede de prestadores de serviços diretamente credenciada ou oferecida por terceiros.

§ 3º 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.



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

§ 4º A assistência indireta de livre escolha será prestada por profissionais e instituições fora da rede credenciada ou conveniada ao TST-SAÚDE.

SEÇÃO II DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL 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, ouvido o Conselho Deliberativo, compreenderão especialidades que sejam reconhecidas pela Associação Médica Brasileira – AMB, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Organização Mundial de Saúde – OMS e que constem na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, e as demais que estejam ou venham ser previstas ou não vedadas na legislação, observado o disposto no art. 21, 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 definido pela legislação em vigor como acidente de trabalho, excluídos os sísmicos de qualquer modalidade.

§ 3º Os atendimentos ambulatoriais, no âmbito do Serviço Médico, e as avaliações da área de saúde ocupacional, exclusivamente para os ministros e os servidores ativos do Tribunal, serão prestados sob a modalidade de assistência direta sem qualquer ônus para o beneficiário.

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 ocupacional;

VI – Ceratotomia radial, conforme legislação da OMS;

VII – Cobertura para doenças infecto-contagiosas;

VIII – Cobertura para doenças crônicas e degenerativas pré-existentes;

IX – Consultas médicas 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, sem limite de cobertura para os portadores de necessidades especiais e em casos de seqüelados



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

por doenças ocupacionais;

XIII – Fonoaudiologia, sem limite de cobertura para os portadores de necessidades especiais e em casos de seqüelados por doenças ocupacionais;

XIV – Hemodiálise e Diálise peritoneal (agudos e crônicos);

XV – Homeopatia e Acupuntura;

XVI – Internação em apartamento individual com banheiro privativo com direito a acompanhante;

XVII - Psicologia, sem limite de cobertura para os portadores de necessidades especiais;

XVIII – Psicoterapia breve crise;

XIX – Remoções em UTI terrestre ou aérea;

XX – Transplante de medula óssea;

XXI – Transplante de órgãos;

XXII – Tratamento de obesidade mórbida;

XXIII – UC – Unidade Coronariana e procedimentos de hemodinâmica;

XXIV – UTI – Unidade de Terapia Intensiva, sem limite de permanência;

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, sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize internação.

Art. 8º Os portadores de obesidade mórbida terão a cobertura condicionada à indicação do médico assistente, observados os conceitos da Medicina Baseada em Evidências.

Art. 9º Terão cobertura assistencial e obrigatória os casos de dengue e febre amarela e malária, conforme orientações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 10. Os acidentes de trabalho com nexo causal terão a cobertura de todos os procedimentos relacionados ou conseqüentes, sob os preceitos da Saúde Ocupacional.

Art. 11. Os procedimentos de fisioterapia, decorrentes de ato cirúrgico, quando indicados pelo médico assistente, poderão ter cobertura obrigatória e ilimitada, após manifestação do Serviço Médico do Tribunal Superior do Trabalho.

Art. 12. O TST-SAÚDE cobrirá, ainda:

I - materiais e aparelhos ortopédicos, órteses e próteses, relacionados ao ato cirúrgico, marcapasso provisório e definitivo e 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;



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

II - pronto atendimento domiciliar no Distrito Federal, disponível por vinte e quatro horas, todos os dias, em casos de urgência e emergência;

III - 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. 13. A assistência hospitalar poderá ser efetuada por meio da assistência indireta dirigida ou de livre escolha em:

I - instituições de saúde credenciadas junto ao TST-SAÚDE;

II - instituições não-credenciadas, com despesas sob a responsabilidade direta do beneficiário, com direito ao reembolso, nos termos do Capítulo IV, Título I, deste Regulamento.

Art. 14. 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. 15. 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, 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. 16. 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 a:

I - honorários médicos, conforme Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, auxiliares médicos, anestesistas e hemodinamicistas;

II - 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 - taxas de sala de cirurgia, de parto, de uso de equipamentos, aparelhos e de instrumentos;

IV - diárias hospitalares, sem limite de utilização;

V - diárias de maternidade e de berçário, sem limite de utilização;

VI - diárias em Unidade de Terapia Intensiva, sem limite de utilização;

VII - exames e procedimentos complementares específicos para diagnóstico, controle do tratamento e evolução da doença que motivou a internação;

VIII - 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 - serviços dietéticos para o paciente durante a internação;

X - serviços gerais de enfermagem;

XI - serviços gerais de fisioterapia realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;



XII – 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. 23 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. 17. Em situações passíveis de correções cirúrgicas, após laudo técnico aprovado pela Administração do Programa, 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. 18. 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. 52 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.

Art. 19. A cobertura nas situações de urgência ou emergência não será obrigatória nos casos de complicações médicas advindas de procedimentos para os quais haja restrições neste Regulamento.

SEÇÃO III DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 20. A assistência odontológica será oferecida pelo Programa, na data de sua implantação, nos termos em que é atualmente praticada, ressalvada ao Conselho Deliberativo a possibilidade de regular nos moldes dos demais procedimentos previstos neste Regulamento.

SEÇÃO IV DAS EXCLUSÕES



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

Art. 21. 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, ou de deformidades adquiridas por doenças desfigurantes, ou de doenças congênitas 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 interurbanos e internacionais e outras despesas de caráter pessoal ou particular;
- VI - doenças decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente, como 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 vôo em asa delta, alpinismo, competições automobilísticas, motociclísticas, caça submarina, boxe, pára-quedismo e outros de natureza semelhante;
- VII - aborto provocado e suas conseqüências imediatas ou tardias, métodos anticonceptivos e de infertilidade e suas conseqüências;
- VIII - massagens, ioga, natação e outros esportes, duchas e saunas de finalidade estética, hidroterapia, 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;
- IX - exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade (DNA) e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo;
- X - internações para psicoterapia, psicanálise, sonoterapia ou em sanatórios e 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, salvo se não houver disponibilidade na categoria estabelecida;
- XIII - materiais e medicamentos importados, não-nacionalizados, e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar;
- 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, desde que autorizadas pela Administração do Programa;
- XVIII - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ilícito ou antiético, assim definido sob o aspecto médico ou não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou não aprovado pela Organização Mundial de Saúde e



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;
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 prescrição médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças ou anomalias;
XXII - cirurgia de mamoplastia;
XXIII – exame pré-nupcial;
XXIV – exame para instruir processo judicial;
XXV - tratamentos de atos decorrentes de ilícitos penais;
XXVI – aparelhos ortopédicos e para surdez;
XXVII – aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar;
XXVIII – permanência hospitalar após alta médica;
XXIX - tratamento de doenças epidêmicas declaradas por Órgão público ou que venham ultrapassar os índices divulgados pela Organização Mundial de Saúde;
XXX – atendimentos em casos de cataclismas, guerras e comoções internas;
XXXI – exames pré-admissionais no Tribunal.

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 do Serviço Médico do Tribunal Superior do Trabalho.

CAPÍTULO III DAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Art. 22. A assistência direta será prestada aos beneficiários do TST-SAÚDE mencionados nos arts. 42, incisos I a IV, e 43 deste Regulamento.

§ 1º Os beneficiários de que trata o caput, diante de suas necessidades de tratamento médico e odontológico, poderão optar por uma das modalidades de assistência indireta, obedecidas as disposições constantes deste Regulamento.

§ 2º Aos beneficiários-titulares referidos no inciso V do art. 42 deste Regulamento será prestada, preferencialmente, a assistência na modalidade indireta, permitindo-se a assistência direta desde que haja condições operacionais, a critério do Conselho Deliberativo.

§ 3º Os beneficiários indicados no art. 44 deste Regulamento serão atendidos, exclusivamente, na modalidade de assistência indireta.

Art. 23. Ao optar pela assistência indireta dirigida, o beneficiário do TST-SAÚDE deverá apresentar-se ao profissional ou à instituição credenciada ou



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

conveniada, munido da Carteira de Identificação do Programa, fornecida pelo Setor competente, 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 à Administração do Programa até o segundo dia útil subsequente ao atendimento, sob pena de arcar, integralmente, com as despesas incorridas.

Art. 24. 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 da Administração do TST-SAÚDE, ficando assegurada ao profissional ou à instituição anterior a quitação integral das despesas realizadas, observadas as condições previstas neste Regulamento.

Art. 25. 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 como abandono, não lhe 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 como abandono, ficando assegurada ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada a remuneração devida pelos serviços executados, que será descontada integralmente do beneficiário-titular.

§ 3º Caberá ao Serviço Médico do TST e à empresa credenciada ou conveniada avaliar o motivo que deu causa à interrupção do tratamento.

Art. 26. Havendo necessidade de atendimento médico, o beneficiário que se encontrar em localidade que não seja a do seu domicílio poderá procurar a rede credenciada ou conveniada local ou utilizar a modalidade de Assistência Indireta de Livre Escolha, quando não houver rede credenciada ou conveniada.

Art. 27. 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



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

DO REEMBOLSO

Art. 28. Desde que na localidade onde o beneficiário se encontre não existam hospitais, clínicas ou profissionais credenciados em determinada especialidade, o interessado poderá utilizar a modalidade da Assistência Indireta de Livre Escolha e requerer o reembolso das despesas com os serviços prestados, observados os prazos de carência previstos no Capítulo III do Título II e os critérios estabelecidos neste Regulamento.

Parágrafo único. O reembolso será efetuado na folha de pagamento do beneficiário-titular.

Art. 29. O TST-SAÚDE fará o reembolso das despesas até o valor constante das tabelas específicas adotadas para o Programa, em vigor na data da execução dos serviços, deduzidos 30% (trinta por cento) para consultas, exames e cirurgias sem internação. Nos casos de sessões de tratamento, serão deduzidos 20% (vinte por cento) para as vinte primeiras sessões anuais e 50% (cinquenta por cento) a partir da vigésima primeira sessão, conforme previsto no art. 34.

§ 1º No caso de internações o reembolso será de 90% (noventa por cento), e, no caso de utilização de UTI, será de 95% (noventa e cinco por cento).

§ 2º O valor das despesas excedentes ao constante das tabelas específicas adotadas pelo Programa será assumido pelo beneficiário, não se responsabilizando o Programa nem o Tribunal Superior do Trabalho pelo seu inadimplemento.

§ 3º Os valores correspondentes às deduções de que trata o caput serão recolhidos à conta centralizada do Fundo TST-SAÚDE, indicada no artigo 37 deste Regulamento.

§ 4º O reembolso será processado mediante requerimento preenchido e assinado em impresso padronizado e entrega da documentação a seguir indicada, conforme o procedimento realizado, sem rasuras ou emendas, devendo ser apresentada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de sua emissão:

I – para consultas realizadas em clínicas e/ou hospitais (pessoa jurídica) será necessário apresentar nota fiscal original constando:

- a) CNPJ da instituição;
- b) indicação detalhada do serviço prestado;
- c) especialidade do profissional que prestou o serviço;
- d) nome do paciente e nº de inscrição no TST-SAÚDE;
- e) carimbo de recebimento pela instituição, com data e assinatura.

II – para consultas realizadas em consultórios particulares (pessoa física) será necessário apresentar recibo original, do qual constem:

- a) CRM e CPF do médico;
- b) indicação detalhada do serviço prestado;
- c) especialidade do profissional;
- d) nome do paciente e nº de inscrição no TST-SAÚDE;
- e) carimbo de recebimento pelo consultório, com data e assinatura.

III – para exames será necessário apresentar prescrição médica e nota fiscal original constando:

- a) CNPJ da instituição;



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

- b) discriminação dos exames com respectivos valores unitários;
- c) nome do paciente e nº de inscrição no TST-SAÚDE;
- d) carimbo de recebimento pela instituição, com data e assinatura.

IV – para psicologia, fisioterapia, ortóptica e fonoaudiologia será necessário apresentar:

- a) prescrição médica, instruída com o CID e especificação do tratamento com o quantitativo de sessões;
- b) nota fiscal, com nome do paciente e número de inscrição no TST-SAÚDE, quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, observado o disposto nas alíneas do inciso I deste parágrafo, constando, ainda, as quantidades e datas das sessões realizadas; ou
- c) recibo, quando o serviço for prestado por pessoa física, observado o disposto nas alíneas do inciso II deste parágrafo, indicando o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional da categoria e as quantidades e datas das sessões realizadas.

V – para despesas hospitalares será necessário apresentar relatório médico com a indicação do objetivo da internação, dos procedimentos realizados e nota fiscal das despesas com nome do paciente e nº de inscrição no TST-SAÚDE, constando ainda:

- a) datas e horários da internação e da alta hospitalar;
- b) valores individual e total da diária hospitalar com especificação da acomodação utilizada;
- c) discriminação das taxas das salas que foram usadas, de utilização dos equipamentos e outros, com respectivos valores unitários e total;
- d) especificação e quantidade de materiais e medicamentos utilizados, com respectivos valores unitários e total.

VI – para honorários médicos pagos diretamente ao hospital, no caso de internação, será necessário apresentar nota fiscal original, da qual constem:

- a) CNPJ da instituição;
- b) relatório discriminando a patologia, traumas ou complicações havidas e o tratamento clínico ou cirúrgico realizado, conforme códigos da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;
- c) nome do paciente e nº de inscrição no TST-SAÚDE;
- d) nomes, CRM, CPF e especialidades dos profissionais que prestaram os serviços.

VII – para honorários médicos pagos diretamente ao médico (pessoa física), quando há internação, será necessário apresentar Recibo original constando:

- a) CRM, CPF e especialidade do médico;
- b) relatório médico discriminando a patologia, traumas ou complicações havidas e o tratamento clínico ou cirúrgico realizado, conforme códigos da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;
- c) nome do paciente e nº de inscrição no TST-SAÚDE.

§ 5º Poderá ser apresentado único relatório médico para o reembolso de despesas médico-hospitalares apresentadas em mais de uma nota fiscal ou recibo, desde que relativas ao mesmo procedimento.

§ 6º Excepcionalmente, quando se tratar de procedimentos não previstos nas tabelas adotadas pelo Programa, poderá ser concedido o reembolso das despesas realizadas após análise pelo Serviço Médico do Tribunal do relatório médico detalhado e autorização da Administração do Programa, observada a



disponibilidade orçamentária.

§ 7º A não observância dos procedimentos descritos neste Capítulo implicará o indeferimento liminar do pedido de reembolso.

§ 8º Fica vedado o reembolso de despesas realizadas em data anterior ao ingresso do beneficiário ou de seus dependentes no Programa, observando-se, ainda, os prazos de carência previstos neste Regulamento.

§ 9º Serão indeferidos os pedidos de reembolso cujos comprovantes contenham emendas ou rasuras, de modo a impossibilitar a exata compreensão de seus termos, bem como aqueles apresentados há mais de trinta dias da ocorrência do evento e de sua emissão.

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, observado o disposto no art. 34 deste Regulamento;

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 TST-SAÚDE, 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. *(no final do BI)*

§ 1º Para custeio das despesas administrativas e de controle será cobrado 1% (um por cento) do subsídio, da remuneração ou proventos do beneficiário-titular na data de inscrição de cada um dos dependentes especiais previstos no art. 44 deste Regulamento.



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

§ 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 e Ambulatorial, participarão diretamente com o percentual de 30% (trinta por cento) sobre as despesas com consultas, exames e cirurgias sem internação e de 10% (dez por cento) sobre as despesas com internações ou de 5% (cinco por cento) na hipótese de internações em UTI. Nos casos de sessões de tratamento, o percentual será de 20% (vinte por cento) para as vinte primeiras sessões anuais e de 50% (cinquenta por cento) a partir da vigésima primeira sessão, condicionada, ainda, nesse último caso, à prévia autorização do Serviço Médico do TST.

§ 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, bem como poderão ser aplicadas no mercado financeiro e serão registradas na conta centralizada do TST-SAÚDE, ora instituída com essa finalidade.

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

Art. 38. As consultas realizadas no período de 15 (quinze) dias decorridos da consulta inicial serão consideradas como de retorno, ou seja, sem ônus tanto para o beneficiário quanto para o Programa ou o Tribunal Superior do Trabalho.

CAPÍTULO VI DOS VALORES DOS SERVIÇOS E DA IMPLANTAÇÃO

Art. 39. Os valores para contratação dos serviços de que trata este Regulamento serão definidos em tabelas aprovadas pelo Conselho Deliberativo do TST-SAÚDE.



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

Art. 40. O Programa será implementado de forma gradual, conforme critérios a serem fixados e observada a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

TÍTULO II - DOS ASSISTIDOS

CAPÍTULO I DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 41. Os participantes do TST-SAÚDE classificam-se em:

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

Art. 42. São beneficiários-titulares:

- I - os ministros ativos e inativos;
- II - os servidores ativos e inativos e os ocupantes de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública;
- III - os servidores requisitados, desde que sejam servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, regidos pela Lei nº 8.112/90;
- IV - os servidores em lotação provisória, desde que sejam servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, regidos pela Lei nº 8.112/90, e recebam função comissionada do Tribunal Superior do Trabalho - TST;
- 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 a IV deste artigo podem inscrever dependentes no TST-SAÚDE, de acordo com as normas e requisitos estabelecidos neste Regulamento.

§ 2º Os servidores requisitados poderão aderir ao TST-SAÚDE, mediante a comprovação de não-acumulação de benefício semelhante em seu órgão de origem.

§ 3º Os servidores ativos do Quadro de Pessoal do Tribunal Superior do Trabalho cedidos a outros Órgãos públicos ou afastados para cumprimento de mandato eletivo, sem margem consignável, ou em qualquer outra hipótese de afastamento sem percepção de vencimentos pelo TST, poderão requerer à Administração do Programa sua permanência na qualidade de beneficiário-titular, caso em que o pagamento das contribuições e participações será feito por meio de depósito na conta centralizada do Fundo TST-SAÚDE, até o dia 30 de cada mês, e comprovado perante a Administração do Programa nos 5 (cinco) dias úteis subsequentes, sob pena de desligamento do Programa.

§ 4º O pagamento de que trata o parágrafo anterior, quando efetuado fora do prazo será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e de juros moratórios de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) por dia de atraso.



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

§ 5º Os servidores licenciados para tratar de interesses particulares serão excluídos do Programa, não se lhes aplicando as disposições deste artigo e seus parágrafos anteriores.

Art. 43. São beneficiários-dependentes dos beneficiários-titulares previstos nos incisos I a IV do art. 42 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 justificacão e aprovaçãõ do Conselho Deliberativo - médio ou superior em estabelecimento de ensino oficialmente reconhecido pelo Ministério da Educaçãõ;

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 vinte e um anos;

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 tem rendimento próprio, de qualquer fonte, em valor superior a 1 (um) salário-mínimo.

§ 3º O estado de dependência em relação aos beneficiários enunciados no inciso V deste artigo, quando constituírem casal, pressupõe que a renda de ambos não ultrapassa a 2 (dois) salários-mínimos e que são dependentes exclusivos do beneficiário-titular.

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

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

Art. 44. Consideram-se beneficiários-especiais dos beneficiários-titulares previstos nos incisos I a IV do art. 42 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 Não será admitida a indicação de beneficiários-especiais que não os já inscritos, vedado o retorno daqueles, a qualquer tempo, excluídos.

§ 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. 45. Para participar do TST-SAÚDE, o beneficiário-titular deverá requerer a sua inscrição e a de seus dependentes, mediante o preenchimento de formulário próprio, no qual constarão:

- I – dados pessoais;
- II – declaração de conhecimento e compromisso de observância das condições estabelecidas neste Regulamento;
- III – autorização para que as contribuições mensais e as co-participações em consultas médicas, exames e demais procedimentos, suas e de seus dependentes, sejam consignadas em folha de pagamento para desconto;
- IV – autorização para desconto em folha de pagamento das despesas administrativas e das decorrentes da inscrição e permanência dos respectivos dependentes no Programa.

Art. 46. A inscrição do beneficiário-dependente deverá ser requerida pelo beneficiário-titular e estará condicionada à prévia comprovação dessa situação, na forma regulamentada pelo ATO.SRLP.SERH.GDGCA.GP Nº 115/2004, sendo acompanhada dos seguintes documentos, conforme o caso:

- I – cônjuge:
 - a) documento de identidade;
 - b) certidão de casamento civil;
 - c) CPF.
- II – companheiro(a), comprovação da união estável como entidade familiar, mediante a apresentação de documento de identidade, CPF e de, no mínimo, 5 (cinco) dos seguintes comprovantes:
 - a) conta bancária conjunta;
 - b) declaração de Imposto de Renda que mencione o(a) companheiro(a);
 - c) declaração pública de coabitação feita perante tabelião;
 - d) justificação judicial;
 - e) disposições testamentárias;
 - f) comprovação de financiamento, em conjunto, de imóvel onde



residem ou apresentar escritura pública de compra e venda firmada por ambos;

g) apólice de seguro em que conste o(a) companheiro(a) como beneficiário(a);

h) comprovação de residência em comum;

i) certidão de nascimento de filho em comum;

j) certidão/declaração de casamento religioso;

k) declaração com firma reconhecida e cópia autenticada de carteira de identidade de 2 (duas) testemunhas.

III – filhos solteiros, de qualquer natureza, e enteados solteiros, estes, na dependência econômica do servidor e do cônjuge ou companheiro(a), menores de 21 (vinte e um) anos, ou, se inválidos de qualquer idade, enquanto durar a invalidez:

a) certidão de nascimento ou carteira de identidade;

b) certidão de casamento do beneficiário-titular ou comprovação de união estável como entidade familiar, na forma do inciso II deste artigo;

c) ato judicial ou extrajudicial de adoção devidamente averbado em registro público ou comprovante de adoção provisória, se for o caso;

d) no caso de invalidez, laudo expedido e/ou homologado pelo Serviço Médico do TST, que deverá ser renovado a cada 2 (dois) anos;

e) CPF.

IV – filhos solteiros, de qualquer natureza, e enteados solteiros, estes, na dependência econômica do servidor e do cônjuge ou companheiro (a), de 21 (vinte e um) a 24 (vinte e quatro) anos, sem economia própria e que estejam cursando ensino fundamental – estes mediante justificativa e aprovação do Conselho Deliberativo – médio ou superior em estabelecimento de ensino oficialmente reconhecido pelo Ministério da Educação:

a) além dos documentos constantes do inciso III deste artigo, declaração de escolaridade de ensino fundamental, médio ou superior expedida por estabelecimento oficialmente reconhecido pelo Ministério da Educação.

V – pai e mãe, inclusive os adotantes:

a) carteira de identidade e CPF;

b) no caso de adoção, certidão de nascimento do beneficiário-titular, com averbação em registro público do respectivo ato judicial ou extrajudicial;

c) no caso de padastro e madastra, caso haja necessidade de comprovação de união estável, apresentação de documento de identidade e de, no mínimo, 5 (cinco) dos comprovantes indicados no inciso II deste artigo.

VI - menor sob guarda judicial ou tutela até vinte e um anos:

a) certidão de nascimento ou carteira de identidade;

b) termo de guarda judicial ou tutela legítima, testamentária ou judícia.

VII – irmão solteiro e órfão, até 21 (vinte e um) anos, ou, se inválido, enquanto durar a invalidez:

a) certidão de nascimento ou carteira de identidade e CPF;

b) certidão de óbito dos pais;

c) declaração do servidor de que o dependente não possui rendimento superior a 1 (um) salário-mínimo e vive às suas expensas, e outros documentos comprobatórios quando requeridos pelas unidades competentes;

d) no caso em que o dependente perceba benefício previdenciário custeado pelo Instituto Nacional de Seguro Social, certidão de que o valor recebido não ultrapasse 1 (um) salário-mínimo;

e) no caso de invalidez, laudo expedido e/ou homologado pelo Serviço Médico do TST, que deverá ser renovado a cada 2 (dois) anos.



- VIII - pessoa inválida, enquanto durar a invalidez:
- a) certidão de nascimento ou carteira de identidade e CPF;
 - b) declaração do servidor de que o dependente não possui rendimento superior a 1 (um) salário-mínimo e vive às suas expensas, e outros documentos comprobatórios quando requeridos pelas unidades competentes;
 - c) no caso em que o dependente perceba benefício previdenciário custeado pelo Instituto Nacional de Seguro Social, certidão de que o valor recebido não ultrapasse 1 (um) salário-mínimo;
 - d) laudo expedido e/ou homologado pelo Serviço Médico do TST, que deverá ser renovado a cada 2 (dois) anos.

Art. 47. A Administração 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 à Administração do TST-SAÚDE, 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. 48. Deferida a inscrição do beneficiário no Programa, será emitida carteira nominal de identificação pelo TST-SAÚDE.

Art. 49. A adesão ao TST-SAÚDE implicará aceitação das condições estabelecidas neste Regulamento e em normas complementares.

CAPÍTULO III DA CARÊNCIA

Art. 50. É dispensada a carência para:

I – beneficiário-titular inscrito no Programa de Assistência Médica Complementar do Tribunal Superior do Trabalho, objeto do ATO GP. nº 158/95, que, na data de implementação do TST-SAÚDE, não se manifestar, formalmente, pela sua exclusão e de seus respectivos dependentes;

II – beneficiário-titular e respectivos dependentes que venham a ser inscritos no TST-SAÚDE, até 30 (trinta) dias, contados da data da sua implementação, definida pela Administração do Programa;

III – 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;

IV – 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;

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

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

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

VIII - 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 V, VI, VII e VIII deste artigo serão contados a partir do último dia do período de carência que o beneficiário-titular estiver cumprindo.

Art. 51. Ressalvadas as hipóteses previstas no artigo anterior, o atendimento médico, ambulatorial e hospitalar 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;

III - cento e oitenta dias para cirurgias cardíacas, neurológicas e vasculares e transplantes de rins e córneas;

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 e referendado pelo Serviço Médico 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. 52. 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. 51 deste Regulamento;

II - na segunda readmissão decorrente de desligamento voluntário ou de ofício, os períodos de carência previstos no art. 51 deste Regulamento serão acrescidos 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. 53. 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, ressalvado o disposto no § 3º do art. 42 deste Regulamento;
- 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. 54. O desligamento do beneficiário-titular por quaisquer das hipóteses previstas no art. 53 deste Regulamento acarretará o cancelamento da inscrição de seus respectivos dependentes.

Parágrafo único. Salvo na hipótese prevista no inciso X do art. 53 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.

Art. 55. O cancelamento de ofício, a que se refere o inciso IX do art. 53 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. 56. 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



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

parágrafo anterior, o débito será imputado ao espólio.

Art. 57. Na ocorrência de desligamento, deverão ser devolvidas à Administração do 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. 53 deste Regulamento:

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

b) a não-quitaação 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. 53 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. 53 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. 58. Cabe à Secretaria de Recursos Humanos do TST comunicar à Administração do TST-SAÚDE as ocorrências previstas nos incisos I a VIII do art. 53 deste Regulamento.

TÍTULO III - DA ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA

CAPÍTULO I DA COMPOSIÇÃO

Art. 59. São órgãos de Administração do TST-SAÚDE:

I – Conselho Deliberativo;

II – Secretaria de Recursos Humanos e suas Unidades Administrativas.

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

Art. 60. 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.



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

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. 61. 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 de Coordenação Administrativa, o Diretor da Secretaria de Recursos Humanos, o Diretor da Secretaria de Orçamento e Finanças, o Diretor do Serviço Médico e dois representantes dos servidores 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.

§ 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 do Serviço de Benefícios.

§ 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, lotados e em exercício no Tribunal Superior do Trabalho, e terão mandato de dois anos, contados da data de designação, permitida a recondução por um período.

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

Art. 62. 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 do Secretária de Controle da



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

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

Art. 65. 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.

Parágrafo único. 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 de Coordenação Administrativa ou seu substituto, um representante do Serviço Médico e um representante dos servidores.

CAPÍTULO III DA SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

Art. 66. Compete à Secretaria de Recursos Humanos, por meio da Diretoria do Serviço de Benefícios, 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 - atestar as despesas com assistência à saúde efetuadas em conformidade com este Regulamento;

III - autorizar o pagamento, com recursos próprios, das despesas com a assistência médico-hospitalar e odontológica, na forma estabelecida pelo Conselho Deliberativo;

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

V - ultimar providências que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Programa;

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

VII - 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,



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

utilizando recursos próprios;

VIII – assistir o beneficiário, quando da necessidade de utilização dos serviços, realizando acompanhamento, sempre que se fizer necessário;

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

X – proceder ao cadastramento dos beneficiários do Programa;

XI – coletar e registrar dados para fins estatísticos;

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

XIII – alimentar os sistemas de gerenciamento de benefícios, mantendo-os atualizados quanto aos dados referentes à utilização e aos descontos a serem efetuados na folha de pagamento;

XIV – emitir relatórios e balancetes mensais e, no final do exercício, o relatório anual e a consolidação das demonstrações contábeis;

XV – organizar a prestação de contas, encaminhando-a ao Conselho Deliberativo;

XVI – buscar, junto ao Serviço Médico, o acompanhamento e atestado das atividades relacionadas à sua área de atuação.

TÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 67. Os atos praticados pela Administração do TST-SAÚDE serão auditados pela Secretaria de Controle da Justiça do Trabalho, nos termos deste Regulamento.

Art. 68. 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. 69. As Unidades integrantes da estrutura do Tribunal fornecerão os recursos humanos, materiais e físicos necessários ao funcionamento do TST-SAÚDE.

Art. 70. Os beneficiários-titulares e seus respectivos dependentes, amparados pelo ATO.GP.Nº 158/95, serão inscritos no TST-SAÚDE automaticamente, salvo solicitação expressa de desligamento, sujeitando-se, porém, às novas regras previstas neste Regulamento.

§ 1º Os beneficiários-titulares deverão, no prazo de 90 (noventa dias), apresentar ao Serviço de Benefícios cópia dos documentos de identidade e CPF, para fins de recadastramento, dos beneficiários-especiais a que se refere o caput.

§ 2º A Administração do TST-SAÚDE reserva-se o direito de solicitar ao interessado a apresentação de documentos complementares que comprovem a condição de beneficiário-especial, para efeitos do Programa.

Art. 71. 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 vir expressa nos termos de



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

adesão.

Art. 72. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento serão decididos pelo Conselho Deliberativo.

ANEXO I

TST - SAÚDE

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL "PER CAPITA" DOS BENEFICIÁRIO-TITULAR E BENEFICIÁRIO-DEPENDENTE

FAIXA ETÁRIA	Até 18	19 - 23	24 - 28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 ou +
REMUNERAÇÃO										
ATÉ 1.000,00	27,00	36,00	36,00	53,00	53,00	69,00	69,00	90,00	90,00	130,00
1.000,01 a 2.000,00	32,00	41,00	41,00	58,00	58,00	74,00	74,00	96,00	96,00	135,00
2.000,01 a 3.000,00	37,00	46,00	46,00	62,00	62,00	79,00	79,00	102,00	102,00	141,00
3.000,01 a 4.000,00	42,00	51,00	51,00	67,00	67,00	85,00	85,00	108,00	108,00	147,00
4.000,01 a 5.000,00	47,00	56,00	56,00	72,00	72,00	90,00	90,00	114,00	114,00	153,00
5.000,01 a 6.000,00	52,00	61,00	61,00	79,00	79,00	96,00	96,00	120,00	120,00	161,00
6.000,01 a 7.000,00	57,00	66,00	66,00	84,00	84,00	102,00	102,00	128,00	128,00	170,00
7.000,01 a 8.000,00	62,00	71,00	71,00	89,00	89,00	108,00	108,00	138,00	138,00	180,00
8.000,01 a 9.000,00	67,00	76,00	76,00	94,00	94,00	114,00	114,00	144,00	144,00	188,00
9.000,01 a 10.000,00	72,00	81,00	81,00	99,00	99,00	120,00	120,00	150,00	150,00	193,00



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

10.000,01 a 11.000,00	77,00	86,00	86,00	104,00	104,00	126,00	126,00	156,00	156,00	204,00
11.000,01 a 12.000,00	78,00	89,00	89,00	108,00	108,00	130,00	130,00	161,00	161,00	217,00
12.000,01 a 13.000,00	82,00	93,00	93,00	112,00	112,00	135,00	135,00	166,00	166,00	220,00
13.000,01 a 14.000,00	86,00	97,00	97,00	116,00	116,00	140,00	140,00	171,00	171,00	225,00
14.000,01 a 15.000,00	90,00	100,00	100,00	119,00	119,00	145,00	145,00	173,00	173,00	228,00
15.000,01 a 16.000,00	94,00	104,00	104,00	124,00	124,00	150,00	150,00	175,00	175,00	230,00
16.000,01 a 17.000,00	98,00	109,00	109,00	130,00	130,00	155,00	155,00	177,00	177,00	232,00
17.000,01 a 18.000,00	105,00	115,00	115,00	135,00	135,00	160,00	160,00	185,00	185,00	236,00
18.000,01 a 19.000,00	110,00	120,00	120,00	140,00	140,00	165,00	165,00	190,00	190,00	240,00
19.000,01 a 20.000,00	115,00	125,00	125,00	145,00	145,00	170,00	170,00	195,00	195,00	245,00
20.000,01 a 21.000,00	120,00	130,00	130,00	150,00	150,00	175,00	175,00	200,00	200,00	250,00
21.000,01 a 22.000,00	125,00	135,00	135,00	155,00	155,00	180,00	180,00	205,00	205,00	255,00
22.000,01 a 23.000,00	130,00	140,00	140,00	160,00	160,00	185,00	185,00	210,00	210,00	260,00
23.000,01 a 24.000,00	135,00	145,00	145,00	165,00	165,00	190,00	190,00	215,00	215,00	265,00
24.000,01 a 25.000,00	140,00	150,00	150,00	170,00	170,00	195,00	195,00	220,00	220,00	270,00

ANEXO II

TST - SAÚDE

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL "PER CAPITA" DOS BENEFICIÁRIOS-ESPECIAIS

Faixa Etária	Contribuição Individual
--------------	-------------------------



Biblioteca Digital
Tribunal Superior do Trabalho

Fonte: Boletim Interno Especial [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 2, 24 nov. 2006, p. 1.

0 - 18	253,90
19 - 23	253,90
24 - 28	253,90
29 - 33	253,90
34 - 38	253,90
39 - 43	405,36
44 - 48	405,36
49 - 53	405,36
54 - 58	513,30
59 ou +	860,11

