

37ª versão: março/2026

REGULAMENTO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)



REGULAMENTO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

As informações presentes neste regulamento estão de acordo com as normas internas (corporativas e de operação) das Patrocinadoras e da Associação Petrobras de Saúde (APS). Têm como base principal as cláusulas do benefício saúde negociadas em Acordos Coletivos de Trabalho das Patrocinadoras.

Este regulamento poderá ser modificado ao longo do tempo, por meio de novas versões.

Sumário

CAPÍTULO I - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS).....	4
CAPÍTULO II - BENEFICIÁRIOS DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS).....	5
CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO NO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)	7
CAPÍTULO IV - VIGÊNCIA DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS).....	11
CAPÍTULO V - PERÍODOS DE CARÊNCIA	12
CAPÍTULO VI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	12
CAPÍTULO VII - COBERTURA DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)	12
SEÇÃO I - COBERTURAS ESPECIAIS DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS).....	17
SUBSEÇÃO I A- BENEFÍCIO FARMÁCIA	17
SUBSEÇÃO I B - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL - PAE E PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - PAD.....	21
SUBSEÇÃO I C - OUTRAS COBERTURAS EXTRARROL	25
CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS) ...	26
CAPÍTULO IX - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	30
CAPÍTULO X - MODALIDADES DE ATENDIMENTO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)	31
SEÇÃO I - ESCOLHA DIRIGIDA	31
SEÇÃO II - LIVRE ESCOLHA	32
CAPÍTULO XI - MODALIDADES DE CUSTEIO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)	33
SEÇÃO I - GRANDE RISCO	34
SEÇÃO II - PEQUENO RISCO	36
CAPÍTULO XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	40
CAPÍTULO XIII - CORREÇÃO MONETÁRIA.....	43
CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS	44
CAPÍTULO XV - PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)	44
CAPÍTULO XVI - DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS	47
CAPÍTULO XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS	48
SEÇÃO I - CARTÃO SAÚDE PETROBRAS.....	48
SEÇÃO II - USO INDEVIDO E FRAUDULENTO DA SAÚDE PETROBRAS	48
SEÇÃO III - CANAIS DE RELACIONAMENTO	49
ANEXOS	

INTRODUÇÃO - CARACTERIZAÇÃO E FINALIDADE

O Plano AMS, doravante denominado “Plano AMS (Saúde Petrobras)”, é um benefício de assistência à saúde oferecido pelas Patrocinadoras, atuando nas dimensões de promoção, prevenção e recuperação de saúde, com garantias definidas em normas internas e em Acordos Coletivos de Trabalho. O Plano AMS (Saúde Petrobras) encontra-se registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, sendo um plano privado de assistência à saúde, na modalidade coletivo empresarial, com situação ativa com comercialização suspensa e adaptado à Lei 9.656/98, que oferece cobertura à população delimitada e vinculada às Patrocinadoras, por relação empregatícia, cuja participação dos dependentes está necessariamente condicionada à participação do beneficiário titular no contrato. O Plano AMS (Saúde Petrobras) a partir de 01/04/2021 passou a ser operado pela Associação Petrobras de Saúde - APS (doravante denominada “Operadora”), registrada na ANS sob o nº 42263-1, classificada na modalidade Autogestão. Sua sede localiza-se na Avenida República do Chile, nº 65, 3º andar, Ala 302, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20.031-912.

A segmentação assistencial do Plano AMS (Saúde Petrobras) abrange os serviços de assistência à saúde Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico, com área de abrangência e atuação nacional e padrão de acomodação em internação do tipo individual.

CAPÍTULO I - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 1ª - O presente Regulamento foi elaborado pela Associação Petrobras de Saúde em conjunto com a Gerência de Recursos Humanos da Petrobras e ratificado pelas demais Patrocinadoras do plano e destina-se a informar os beneficiários a respeito das normas internas.

Cláusula 2ª - São beneficiários do Plano AMS (Saúde Petrobras) os empregados, aposentados, pensionistas e anistiados (com base na Lei 10.559/2002, Art. 14 e pela Lei 8.878/1994) da Petrobras e das demais patrocinadoras, e respectivo grupo familiar elegível, de acordo com os critérios definidos no presente Regulamento.

Cláusula 3ª - O custeio das despesas do Plano AMS (Saúde Petrobras) segue a proporção definida em Acordos Coletivos de Trabalho, onde há previsão de participação financeira das Patrocinadoras e dos beneficiários, ressalvadas as condições previstas no §6º da cláusula 6ª, no §2º e §3º da cláusula 11ª e com exceção dos beneficiários inelegíveis, inscritos por determinação judicial, cujo desconto obedecerá a regra de custeio estabelecida no Parágrafo 4º da Cláusula 83 deste documento.

I. até 28/02/2026, somente as despesas assistenciais serão consideradas no rateio;

II. a partir de 01/03/2026, serão considerados no rateio as despesas assistenciais e os custos administrativos, ou seja, a proporção definida em Acordo Coletivo de Trabalho passará a incidir sobre o custo total do Plano AMS (Saúde Petrobras).

Cláusula 4ª - As modalidades de custeio do Plano AMS (Saúde Petrobras) estão detalhadas no CAPÍTULO XI e têm a finalidade de garantir, por prazo indeterminado, e sem limite financeiro, a assistência à saúde.

Cláusula 5ª - A assistência à saúde é garantida dentro das coberturas assistenciais definidas no presente Regulamento, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede credenciada (Escolha Dirigida) ou não (Livre Escolha), com previsão de cumprimento dos períodos de carência, apenas quando do reingresso de beneficiários conforme a Cláusula 21ª deste Regulamento.

CAPÍTULO II - BENEFICIÁRIOS DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 6ª- São considerados Beneficiários Titulares do Plano AMS (Saúde Petrobras):

- I. Empregados das Patrocinadoras, cujos vínculos empregatícios estejam ativos.
- II. Aposentados das Patrocinadoras, de acordo com as condições previstas na cláusula 11 deste Regulamento;
- III. Anistiados, ex-empregados das Patrocinadoras, com base na Lei 10.559/2002, Art. 14 (desde que comprovem o recebimento de remuneração por meio do Governo Federal) e pela Lei 8.878/1994.
- IV. Ex-empregados, abrangidos pelo direito de permanência previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e pela RN 488/22.

§1º É facultada, ao empregado, a sua inscrição no Plano AMS (Saúde Petrobras), bem como de seus dependentes, a qualquer tempo, a partir do início do contrato de trabalho com a Patrocinadora do plano, sem que para isso necessite de cumprimento de qualquer carência.

§2º O empregado poderá optar pela não adesão ao Plano AMS (Saúde Petrobras), o que implicará na obrigatoriedade do preenchimento e assinatura do termo de responsabilidade específico.

§3º Os beneficiários titulares do Plano AMS (Saúde Petrobras) são os responsáveis, perante a Operadora e as Patrocinadoras, por todos os seus dependentes e deverão manter suas informações cadastrais atualizadas, sobretudo contato telefônico e eletrônico para fins de assegurar a segurança da informação.

§4º A ausência do número de inscrição no CPF dos beneficiários dependentes de qualquer idade poderá acarretar a suspensão do Plano AMS (Saúde Petrobras).

§5º Não é permitido que um beneficiário titular seja, ao mesmo tempo, também dependente de outro beneficiário titular. Analogamente, nenhum beneficiário pode ser ao mesmo tempo dependente de dois beneficiários titulares do Plano AMS (Saúde Petrobras). Os beneficiários dependentes que vierem a assumir vínculo empregatício com a Petrobras poderão optar entre permanecer como dependentes ou a assumir a condição de beneficiários titulares.

§6º Aos empregados não aposentados demitidos sem justa causa, será oferecida a opção de permanência no Plano AMS (Saúde Petrobras), como beneficiário titular e com custeio diferenciado, conforme as seguintes regras:

- I. O período de permanência será de 1/3 (um terço) do período de contribuição para o benefício, respeitando-se os prazos prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme legislação vigente (RN 488/22 da ANS ou a que vier substituí-la).
- II. A adesão deverá ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de desligamento do beneficiário.
- III. O custeio do Grande Risco está estabelecido na Cláusula 83ª e a tabela de contribuição mensal disposta no ANEXO VII. O custeio do Pequeno Risco prevê coparticipação de 50%, independente das faixas etárias dos beneficiários e do valor da última remuneração do beneficiário titular.

Cláusula 7ª - São considerados beneficiários dependentes, elegíveis ao Plano AMS (Saúde Petrobras), aqueles inscritos por solicitação voluntária do beneficiário titular (empregado, aposentado ou anistiado), desde que atendam aos critérios vigentes à época da sua inclusão no plano. Os dependentes podem ser:

- I. Cônjuge ou Companheiro(a);
- II. Filhos(as);
- III. Enteados(as) legalmente dependentes;
- IV. Criança ou adolescente em processo de adoção, desde que inscritos até a idade de 18 anos;
- V. Criança ou adolescente órfão de pais e mães, sob guarda definitiva de beneficiário titular, quando houver impedimento legal para adoção pelo titular relacionados a parentesco, gozando das mesmas condições de dependente filho, desde que inscritos até a idade de 18 anos;

§1º É garantida a assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção, devendo o titular, ao término do prazo estipulado, solicitar a inclusão do recém-nascido no plano, desde que elegível, como condição para a continuidade da cobertura.

§2º No caso de empregados expatriados, quando o cônjuge também empregado optar por entrar em licença sem remuneração, os dependentes poderão ser absorvidos temporariamente como dependentes na matrícula do cônjuge expatriado, ainda que não guardem vínculo de elegibilidade com essa nova matrícula, enquanto perdurar o período de expatriação, a relação conjugal ou a licença sem remuneração, o que for menor.

§3º A perda do direito ao Plano AMS (Saúde Petrobras) do beneficiário titular implicará no desligamento obrigatório do seu grupo de beneficiários dependentes.

§4º É vedada a manutenção de um beneficiário dependente sem que este esteja vinculado a um beneficiário titular.

§5º No caso de falecimento do beneficiário titular ou pensionista (responsável financeiro), o dependente acima de 21 anos poderá permanecer com direito ao Plano AMS (Saúde Petrobras) na matrícula, se aderir à RN 488, podendo permanecer até a data limite do tipo de situação que estava cadastrado quando do falecimento do titular, mesmo se não houver pensionista

cônjuge/companheiro(a) que possa mantê-lo e autorize sua manutenção, a exemplo de universitário; Plano 28; pai, mãe (e demais inscritos antes de 1997).

§6º O dependente cônjuge/companheiro só pode ser mantido no Plano AMS (Saúde Petrobras) enquanto perdurar o casamento ou a união estável, uma vez que a dissolução desse vínculo implica na perda de elegibilidade ao benefício, sendo a manutenção no cadastro considerada uso indevido, sujeitando o beneficiário titular às consequências previstas na cláusula 124ª.

§7º Não é permitida a inclusão e manutenção concomitante de beneficiários dependentes cônjuge e companheiro.

§8º O titular pode incluir enteado(a) no Plano AMS (Saúde Petrobras), até 21 anos de idade, desde que o pai ou a mãe do enteado esteja cadastrado como beneficiário(a) dependente cônjuge/companheiro(a) e desde que atenda aos critérios de elegibilidade. A exclusão do cônjuge/companheiro(a) acarretará a exclusão automática do dependente enteado.

CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO NO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 8ª - Os critérios e documentos necessários para inclusão, manutenção e exclusão dos beneficiários titulares e dependentes estão dispostos na Cartilha de Orientações - Cadastro publicada no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

Parágrafo único: Fica estabelecido o prazo de 5 anos para exercício do direito à manutenção no Plano AMS, no caso dos beneficiários aposentados, anistiados pela lei nº 10.559/2002 e pensionistas.

Cláusula 9ª - Aos beneficiários dependentes vinculados ao beneficiário titular empregado ou aposentados que foram incluídos até 31/10/97, de acordo com os critérios normativos do plano vigentes à época, será garantida a elegibilidade ao Plano AMS (Saúde Petrobras).

Cláusula 10ª - Para o beneficiário titular, empregado das Patrocinadoras que, ao ser admitido, já se encontre na condição de aposentado, não é permitida uma nova inclusão como beneficiário do plano (categoria de empregado), devendo ser mantido, se de seu interesse, no Plano AMS (Saúde Petrobras), somente como Beneficiário Titular Aposentado.

Cláusula 11ª - O beneficiário titular empregado pode ser mantido no Plano AMS (Saúde Petrobras) após desligamento com as tabelas de custeio subsidiadas pelas Patrocinadoras (ANEXO III e IV), desde que cumpra as seguintes condições:

I- Empregados que ingressaram por Processo Seletivo Público (PSP), aposentados ou não na época da admissão - desde que tenham contribuído por, no mínimo, 10 (dez) anos consecutivos e imediatamente anteriores a data de desligamento, no caso de admissão a partir de 01/01/2010, e desde que comprovem concessão do benefício de aposentadoria pelo INSS em até 90 dias após o desligamento.

- a. Quando houver interrupção na contagem do período de contribuição por perda do benefício em razão de licença sem vencimentos, cessão ou suspensão do contrato de trabalho para assumir função de dirigente nas

Participações Societárias das Patrocinadoras esse período será desconsiderado e, cumpridas as demais exigências estabelecidas nesta cláusula, o empregado terá direito a manter o plano após desligamento, desde que o período total de efetiva contribuição atinja o mínimo de 10 (dez) anos.

II- Empregados que ingressaram na condição de anistiados, com base na Lei nº 8.878/1994, aposentados ou não na época da admissão -será assegurado o direito ao Plano AMS (Saúde Petrobras) desde que tenham o Adicional por Tempo de Serviço (ATS) igual ou superior a 10 (dez) anos, no momento do seu efetivo desligamento e desde que comprovem concessão do benefício de aposentadoria pelo INSS em até 90 dias após o desligamento.

III- Não tenha sido dispensado por justa causa ou por conveniência das Patrocinadoras.

IV- Para os casos de desligamento por Programa de Desligamento Voluntário (PDV), deve-se respeitar as regras estabelecidas pelo Programa.

§1º O tempo de contribuição mínimo 10 (dez) anos de que tratam os incisos I e II não será aplicado nos casos em que o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS vier a conceder ao empregado a aposentadoria por incapacidade permanente.

§2º Para aposentados admitidos a partir de 01/01/2010 que forem dispensados por conveniência ou cujo desligamento se deu a pedido e que não tenham contribuído pelos últimos 10 (dez) anos (conforme estabelecido nos Incisos I e II desta Cláusula), será oferecida a opção de permanência no Plano AMS (Saúde Petrobras) pelo mesmo período de contribuição para o benefício, conforme tabela específica de custeio nos termos da legislação vigente (RN 488/22 da ANS ou a que vier substituí-la).

§3º Para aposentados que forem dispensados por conveniência e que tenham contribuído pelo tempo mínimo de 10 (dez) anos, será oferecida a opção de permanência por prazo indeterminado no Plano AMS (Saúde Petrobras), conforme tabela específica de custeio nos termos da legislação vigente (RN 488/22 da ANS ou a que vier substituí-la).

§4º Para o beneficiário titular empregado poder ser mantido no Plano AMS (Saúde Petrobras) após a aposentadoria, quando não participante da Petros que tenha se desligado das Patrocinadoras a partir de 24 de maio 2006 ou nos casos em que solicitar resgate ou portabilidade do valor total acumulado na Petros para outra Entidade de Previdência, deverá ser enquadrado na tabela de contribuição do Grande Risco de beneficiários sem Petros, conforme Cláusula 83ª. A coparticipação no Pequeno Risco para estes casos será de 50%.

§5º Para o beneficiário titular empregado, participante da Petros, poder ser mantido no Plano AMS (Saúde Petrobras) após a aposentadoria, nos casos em que optar no momento de sua aposentadoria por recebimento à vista de até 15% de suas reservas/saldo ('Parcela à Vista' no Plano Petros 2 e 'Saque Único' no Plano Petros 3), deverá ser enquadrado na mesma faixa salarial (faixa MSB) na qual estava na data de desligamento.

§6º O aposentado poderá optar pela não manutenção no Plano AMS (Saúde Petrobras), desde que preencha e assine um termo de responsabilidade específico,

confirmando a sua decisão. Este parágrafo não se aplica aos beneficiários que têm direito à permanência sem custeio pelas Patrocinadoras, que só deverão ser mantidos caso haja manifestação inequívoca de interesse.

§7º Durante o período de execução de alteração da condição do beneficiário empregado ativo para aposentado, os custos serão calculados conforme última faixa salarial.

Cláusula 12ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) será mantido para empregados que não recebem remuneração das Patrocinadoras nos seguintes casos:

I. Empregados aposentados pelo INSS, que estejam com contrato de trabalho em vigor, quando estiverem impedidos de trabalhar por motivo de doença ou acidente, por mais de 15 (quinze) dias consecutivos, mesmo nos casos de ausência de direito ou término de recebimento do benefício afastamento previsto em ACT das Patrocinadoras, desde que apresentem contracheque com o benefício aposentadoria pelo INSS, cujo valor será utilizado como referência de renda para enquadramento nas tabelas de custeio do Plano AMS (Saúde Petrobras).

II. Empregados com afastamentos prolongados, a partir do término de direito à complementação salarial por parte da Patrocinadora. Nesse caso, o enquadramento nas tabelas de custeio do Plano AMS (Saúde Petrobras) seguirá, como referência de renda, o valor do auxílio por incapacidade temporária do INSS recebido pelo empregado.

Cláusula 13ª - É vedado ao pensionista incluir beneficiários dependentes no Plano AMS (Saúde Petrobras), à exceção de inclusão de filhos póstumos.

§1º Caberá ao pensionista cônjuge ou companheiro(a) a autorização para a permanência no plano de dependentes não reconhecidos pelo INSS, quando da manutenção no plano com a mesma tabela de custeio aplicada ao titular da ativa.

§2º Quando pensionista menor de 21 anos, o representante legal formalizará a permanência de dependentes vinculados à matrícula.

§3º Aos dependentes não mantidos pelo pensionista cônjuge ou companheiro(a), caberá a oferta para manutenção do plano pela RN 488/22, conforme estabelecido na Cláusula 18, incisos V e VI. A correspondente tabela de custeio do Grande Risco encontra-se no ANEXO VII, sendo a coparticipação no Pequeno Risco de 50%, independentemente das faixas etárias dos beneficiários e valor da última remuneração do(a) titular.

Cláusula 14ª - Os pensionistas, desde que reconhecidos e mantidos pelo INSS, inscritos no plano pelo empregado ou aposentado em vida e que estejam elegíveis e com validade no plano na data do óbito do titular, serão os responsáveis:

- I. Por arcar com todas as despesas e recolhimentos gerados pelo grupo familiar, inclusive durante o processo de concessão da pensão.
- II. Manutenção das informações cadastrais dos dependentes de seu grupo familiar.

Cláusula 15ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) permite a inclusão de beneficiários filho(a) ou enteado(a), desde que atendam às exigências normativas, até os seguintes limites de idade:

- I. Até 21 anos;
- II. Até 24 anos, como Universitário;
- III. Até 29 anos, no Plano 28.

§1º O Plano AMS (Saúde Petrobras) permite a inclusão de beneficiário dependente criança ou adolescente em processo de adoção, desde que atenda às seguintes exigências normativas:

- I. Criança ou adolescente entre 0 e 18 (zero e dezoito) anos de idade que estiver sendo adotada pelo beneficiário titular.
- II. Para a manutenção do dependente criança ou adolescente em processo de adoção, o beneficiário titular deve comprovar, semestralmente, que o processo de adoção continua em andamento, o que pode ocorrer até a conclusão do processo de adoção ou até o adotando completar 21 (vinte e um) anos, idade limite para reconhecimento na condição de filho(a).
- III. Quando o processo for finalizado e a adoção realizada, o filho adotivo pode ser incluído no plano, pelo titular adotante, na condição de filho, seguindo as regras para inclusão desse tipo de dependente vigentes à época.

§2º Também é permitida a inclusão de criança e adolescente (com até 18 anos), órfãos de pai e mãe, nos casos em que haja impedimento legal para adoção pelo titular relacionado a parentesco e desde que apresente os requisitos estabelecidos na Cartilha de Orientações - Cadastro.

Cláusula 16ª - A elegibilidade do beneficiário do Plano AMS (Saúde Petrobras) como Dependente Inválido ocorrerá mediante o preenchimento de todas as condições abaixo:

- I. Somente para Filho(a) ou Enteadado(a).
- II. No caso de invalidez de dependente enteado, a permanência do mesmo no plano deverá estar vinculada à validade do dependente cônjuge/companheiro genitor.
- III. Desde que a caracterização da condição de Invalidez Permanente para o Trabalho ocorra até a idade de 21 (vinte e um) anos, e que o dependente não seja emancipado.
- IV. Através de perícia médica, sendo esta dispensável quando se tratar de dependente curatelado. Esta perícia só tem valor para fins de uso do Plano AMS (Saúde Petrobras) enquanto o titular estiver vivo. Após o óbito do titular, faz-se necessária a caracterização e o reconhecimento por parte do INSS como pensionista inválido.

Cláusula 17ª - A manutenção do plano para beneficiários dependentes filhos ou enteados acima de 21 (vinte e um) anos, não universitários, bem como para aqueles maiores de 24 (vinte e quatro) anos, poderá ser ampliada até completar a idade limite de 34 (trinta e quatro) anos, de acordo com as condições previstas neste regulamento (Plano 28).

§1º A contribuição desses beneficiários para o plano será realizada por meio de enquadramento de acordo com a faixa etária em tabela de custeio específica para

o plano de saúde (ANEXO VII) e coparticipação de 50% (cinquenta por cento) nos procedimentos classificados como Pequeno Risco.

§2º Os beneficiários do Plano 28 não poderão ser incluídos no Programa de Assistência Especial - PAE.

§3º O filho/enteado que nunca foi beneficiário no Plano AMS (Saúde Petrobras) não poderá ser incluído no Plano 28, com exceção dos filhos de empregado recém-admitido nas Patrocinadoras, desde que incluídos até 90 (noventa) dias da data de admissão, e nas situações em que houver reconhecimento tardio da paternidade do filho em questão.

Cláusula 18ª - A manutenção da condição de beneficiário do Plano AMS (Saúde Petrobras) por prazo determinado aplica-se nas seguintes situações:

- I. Aos filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos, de beneficiários do Plano AMS (Saúde Petrobras), durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto ou adoção, conforme parágrafo 1º da cláusula 7ª, os quais, após este período, deverão ser incluídos como dependentes.
- II. Aos aposentados das Patrocinadoras, admitidos a partir de 01/01/2010, com menos de 10 (dez) anos de contribuição para o plano, que optem pela manutenção no Plano AMS (Saúde Petrobras), nos termos da RN ANS 488/22, pelo prazo fixado de acordo com a legislação específica vigente.
- III. Aos empregados demitidos sem justa causa, desde que não aposentados, que optem pela manutenção no Plano AMS (Saúde Petrobras), nos termos da RN ANS 488/22, pelo prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 2 (dois) anos, de acordo com a legislação específica vigente.
- IV. Cônjuge reconhecido (a) como pensionista pelo INSS, com data prevista para término do recebimento do benefício.
- V. Filhos e enteados, mantidos através da RN ANS 488/22, terão direito de permanência no plano até o limite de idade previsto para última situação cadastral em que estava vinculado na data de óbito do titular.
- VI. Para os casos de dependentes cujo titular falecido já estava inscrito pela RN 488/22, o dependente (caso faça adesão à manutenção do plano pela RN 488/22 após o falecimento do titular) terá direito a permanecer pelo tempo de permanência que restava ao titular enquanto em vida ou ao limite de idade previsto para última situação cadastral, o que for menor.

CAPÍTULO IV - VIGÊNCIA DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 19ª - A data do início da vigência do Plano AMS (Saúde Petrobras) para os beneficiários elegíveis é a data de inclusão no sistema informatizado do plano após assinatura do termo de adesão ao Plano AMS (Saúde Petrobras) pelo beneficiário titular.

Cláusula 20ª - O prazo da vigência do plano é indeterminado, desde que mantidos os critérios de elegibilidade e demais normas previstas neste Regulamento, excetuando-se a condição prevista na cláusula 18ª deste Regulamento, não sendo necessária sua renovação.

CAPÍTULO V - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Cláusula 21^a - Os atendimentos cobertos pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) são isentos de carência quando da inscrição de beneficiários titulares e de dependentes no Plano, sendo imediata a garantia da cobertura assistencial após a assinatura dos termos de inclusão dos beneficiários, resguardado apenas o prazo de inclusão decorrente da troca de informações entre as empresas Patrocinadoras e a Saúde Petrobras (rotina detalhada no Manual de Orientações Operacionais: Critérios de Elegibilidade de Beneficiário).

§1º Nas situações de reinclusão de beneficiários titulares empregados ou reinclusão de dependentes, o Plano AMS (Saúde Petrobras) aplicará períodos de carência nos limites admitidos no art. 12 da Lei 9656/98, cujo prazo contará a partir da efetiva reinclusão no sistema da operadora. A saber:

- a) Urgência e emergência: 24 horas;
- b) Parto a termo: 300 dias;
- c) Demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias e demais atendimentos ambulatoriais, odontológicos, programas de cuidados, coberturas extrarrol, a exemplo do PAE, BF, PAD e ACI): 180 dias.

§2º Essa regra não se aplica quando:

I. Da reinclusão do beneficiário titular empregado e seus dependentes em função de término de licença sem vencimentos, de cessão ou de suspensão do contrato de trabalho por exercício de função como dirigente nas Participações Societárias da Petrobras; e

II. Da reinclusão por determinação judicial, caso o beneficiário não estivesse em período de carência antes da exclusão do plano.

CAPÍTULO VI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula 22^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê a cobertura assistencial a seus beneficiários, conforme definido na cláusula 23^a deste Regulamento, para doenças e lesões constantes na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde (CID vigente) da OMS, pré-existent ou não, ao início da vigência do benefício.

CAPÍTULO VII - COBERTURA DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 23^a - A cobertura assistencial prevista pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) inclui o tratamento de doenças e lesões relacionadas na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde (CID vigente), da Organização Mundial de Saúde (OMS), restrito aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, e aos procedimentos extrarrol descritos neste Regulamento.

§1º Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas

ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18/11/1999.

§2º Entendem-se como beneficiários de tal cobertura os empregados que tenham sofrido acidente do trabalho (Típico, Doença Ocupacional e Trajeto) e os aposentados por invalidez acidentária estabelecida pelo INSS.

§3º O custeio das despesas do Plano AMS (Saúde Petrobras) relacionados aos procedimentos para tratamento dos eventos em saúde decorrentes de acidente de trabalho será absorvido integralmente pela Patrocinadora, conforme fluxo de processo e nexos causal estabelecido entre empresa empregadora e a Operadora.

§4º Exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

§5º O Plano AMS (Saúde Petrobras) poderá implementar atividades relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de doenças ou linhas de cuidado, para recortes populacionais específicos, utilizando captação com abordagens ativas ou por demanda espontânea, e em caso de aceitação do beneficiário, realizar a alocação dos mesmos nas atividades pertinentes e elegíveis, através de modelo remoto ou presencial.

Cláusula 24^a - Os procedimentos assistenciais cobertos pelo plano, além daqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, adotarão critérios de cobertura de acordo com as recomendações da Associação Médica Brasileira (AMB) e, na sua ausência, o mais elevado nível de evidência e grau de recomendação científica, sempre a cargo da área técnica da Saúde Petrobras. Os procedimentos assistenciais cobertos pelo plano estão descritos neste Regulamento e detalhados nas cartilhas de orientações sobre as coberturas asseguradas.

Cláusula 25^a - A cobertura do Plano AMS (Saúde Petrobras) para procedimentos de odontologia segue aquela constante no Rol de Eventos e Procedimentos da ANS, segmentação odontológica, além de alguns procedimentos nas especialidades de Ortodontia, Implantodontia e Prótese Dentária.

Parágrafo único: O detalhamento da cobertura dos procedimentos odontológicos extrarrol contendo informações sobre os procedimentos e códigos cobertos, prazo intervalar das coberturas, descrição dos serviços e limites de utilização está descrito na Cartilha de Orientações - Cobertura Odontológica publicada no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

Cláusula 26^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê a cobertura de procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob internação ou Day Clinic/Hospital Dia, desde que haja imperativo clínico que justifique essa indicação pelo dentista assistente e que este quadro clínico esteja previsto na cobertura do plano e na Cartilha de Orientações - Cobertura Odontológica como hipótese de cobertura hospitalar.

Parágrafo único: Essa indicação será obrigatoriamente avaliada pela Regulação do plano, excetuando-se dessa cobertura hospitalar os procedimentos de preparo e execução relativos à especialidade de Implantodontia (cobertura extrarrol).

Cláusula 27ª - A cobertura hospitalar para os procedimentos exclusivamente odontológicos ocorrerá pelo Pequeno Risco, mesmo nas seguintes situações:

- I. Em pacientes cuja estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica não tenha sido possível em consultório;
- II. Atendimento a beneficiários com deficiência, impossibilitados de comparecer ao consultório odontológico;
- III. Condições médicas ou odontológicas de alto risco à saúde que tenham o potencial de interferir no procedimento, bem como na sua recuperação.

Cláusula 28ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) disponibiliza a cobertura dos atendimentos relacionados ao planejamento familiar, a exemplo de consulta de aconselhamento e atividade educacional para planejamento familiar, dosagem sérica de sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA) e implante de dispositivo intrauterino (DIU).

Cláusula 29ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) garante a cobertura da participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que seja indispensável à sua realização, devendo ser apresentada a indicação clínica pertinente para autorização.

Cláusula 30ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) garante os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, abrangendo os seguintes serviços:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III. Cobertura de consulta com nutricionista, e consultas e sessões com fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente e desde que preenchidos os critérios e limites de utilização determinados no rol e aqueles previstos nas cartilhas de cobertura publicadas no sítio eletrônico da Saúde Petrobras;
- IV. Cobertura de psicoterapia, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico psiquiatra devidamente habilitado;
- V. Cobertura de procedimentos em fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

Cláusula 31ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê cobertura Ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- I. Hemodiálise e diálise peritoneal;
- II. Quimioterapia ambulatorial;

- III. Radioterapia ambulatorial;
- IV. Hemoterapia ambulatorial;
- V. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- VI. Procedimentos diagnósticos e terapêutica hemodinâmica;
- VII. Procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio.

Cláusula 32^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê a cobertura de Internação Hospitalar, conforme especificado abaixo:

- I. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, desde que indicada pelo médico assistente, em hospitais e clínicas especializadas, relacionadas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- III. Diária de internação hospitalar;
- IV. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- V. Exames complementares indispensáveis desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, no Acordo Coletivo de Trabalho vigente e em cartilhas técnicas publicadas no sítio eletrônico da Saúde Petrobras para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI. Taxas, inclusive para uso de materiais permanentes utilizados durante o período de internação, desde que relacionadas e imprescindíveis ao evento médico;
- VII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, desde que autorizadas pelo médico/dentista da Operadora, nas seguintes situações: beneficiários com até 18 (dezoito) anos de idade (inclusive) ou com idade superior a 55 (cinquenta e cinco) anos; de doentes terminais de qualquer idade caracterizados mediante laudo médico sigiloso, emitido pelo médico assistente e avaliado pela equipe médica da Operadora; de beneficiários com deficiência; parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato - conforme determina a ANS;
- VIII. Cirurgia plástica reparadora, assim entendida como aquela realizada para restaurar a função de órgãos, membros ou outras estruturas anatômicas, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Acordo Coletivo de Trabalho e cartilhas técnicas publicadas no sítio eletrônico da Saúde Petrobras vigente à época do evento;
- IX. Cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem, obrigatoriamente, de ambiente hospitalar para sua execução, com imperativo clínico e sob anestesia geral, conforme critérios de cobertura da Saúde Petrobras em Odontologia;

- X. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que respeitadas as orientações previstas na RN Resolução 1.956/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- XI. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto (normal ou cesáreo);
- XII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica de tratamento de câncer;
- XIII. Cirurgia Plástica exclusivamente após perda ponderal decorrente de tratamento clínico ou cirúrgico de obesidade mórbida para mamas, abdômen, membros superiores e inferiores com cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no Acordo Coletivo de Trabalho e nas cartilhas de orientações sobre cobertura publicadas no sítio eletrônico da Saúde Petrobras;
- XIV. Cobertura de transplantes de Rim e Córnea, respeitados os critérios e indicação técnica, e ainda a cobertura dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XV. Cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio;
- XVI. Cobertura para remoção inter-hospitalar terrestre do paciente, desde que caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade de saúde para continuidade da atenção ao paciente, para estabelecimento hospitalar credenciado mais próximo com recursos necessários ao atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento, em território brasileiro;
- XVII. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas;
- XVIII. Procedimentos especiais, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, no Acordo Coletivo de Trabalho e nas cartilhas de orientações sobre cobertura publicadas no sítio eletrônico da Saúde Petrobras vigentes, cuja necessidade esteja relacionada à assistência prestada durante a internação hospitalar:
 - a. Hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;
 - b. Quimioterapia oncológica;
 - c. Radioterapia;
 - d. Hemoterapia;
 - e. Nutrição parenteral e enteral;
 - f. Procedimentos em hemodinâmica;

- g. Embolizações;
- h. Radiologia intervencionista;
- i. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j. Procedimentos de fisioterapia listados.

SEÇÃO I - COBERTURAS ESPECIAIS DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

SUBSEÇÃO I A- BENEFÍCIO FARMÁCIA

Cláusula 33^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê o custeio de medicamentos via Programa de Benefício Farmácia. Existem duas formas de custeio: subsídio integral e com coparticipação. As regras que determinam a forma de custeio e o percentual de coparticipação se baseiam em três fatores:

- I. Valor unitário do medicamento, conforme Preço Máximo ao Consumidor - PMC - regulado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - CMED/Anvisa;
- II. Faixa salarial do beneficiário titular;
- III. Lista de medicamentos de cobertura mínima obrigatória do Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Cláusula 34^a - São elegíveis ao Benefício Farmácia todos os beneficiários inscritos e com validade no Plano AMS (Saúde Petrobras).

Cláusula 35^a Estão cobertos pelo benefício farmácia com subsídio integral do Plano AMS (Saúde Petrobras), sem custo para os beneficiários:

- I. Os medicamentos de cobertura mínima obrigatória conforme o Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS);
- II. Os medicamentos de preço unitário a partir de R\$ 5.000,01 (PMC 20% CMED/Anvisa);
- III. Todos os medicamentos cobertos pelo Benefício Farmácia para beneficiários nas faixas salariais de até 4,8 MSB.

Cláusula 36^a - Estão cobertos pelo Benefício Farmácia, com coparticipação do beneficiário, todos os medicamentos com custo unitário acima de R\$ 150,00 até R\$ 5.000,00 e os medicamentos de qualquer valor utilizados na linha de cuidado para pessoas transgênero e/ou em processo transexualizador¹ e tratamento das seguintes Doenças Crônicas Não Transmissíveis:

- I. Doenças cardiovasculares (DCV), como hipertensão arterial sistêmica, angina; infarto do miocárdio; outras doenças isquêmicas do coração (obstrução das artérias); insuficiência renal crônica; obesidade; aneurisma; embolia pulmonar; insuficiência valvar; miocardite; cardiomiopatia; arritmia; acidente vascular cerebral e dislipidemias;

¹ Decorrente da Carta Compromisso - Acordo Coletivo de Trabalho 2023-2025.

- II. Diabetes (todos os tipos);
- III. Doenças respiratórias crônicas (DRC), como asma, bronquite crônica e enfisema;
- IV. Doenças Psiquiátricas, como esquizofrenia; transtorno afetivo bipolar; depressão; ansiedade; transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno alimentar;
- V. Doenças Neurológicas, como doença de Alzheimer; doença de Parkinson; epilepsia; esclerose múltipla; síndrome dos corpúsculos de Levy; doença do neurônio motor (ELA); atrofia muscular espinhal; AVC e doenças neurológicas com interface com doenças psiquiátricas.

§1º Nos casos de garantia de medicamentos utilizados na linha de cuidado para pessoas transgênero e/ou em processo transexualizador, os critérios de cobertura, elegibilidade e os documentos a serem apresentados (termos de consentimento, laudo médico, dentre outros) estão descritos na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia, disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

§2º Haverá coparticipação diferenciada na aquisição de medicamento genérico, desde que dentro da regra de cobertura do Benefício Farmácia, aplicável somente na modalidade de reembolso e em faixa específica, conforme Tabela de Participação do Benefício Farmácia (ANEXO I). A referida coparticipação diferenciada não será praticada nos casos de beneficiários inscritos no plano que não atendam aos critérios de elegibilidade definidos neste Regulamento.

Cláusula 37ª - Para o cálculo do percentual de coparticipação, o sistema utilizará como referência o PMC (Preço Máximo ao Consumidor) estabelecido pela CMED e a faixa salarial do beneficiário titular, conforme Tabela de Contribuição do Benefício Farmácia (ANEXO I).

§1º Para os beneficiários não participantes da Petros que se desligaram da Companhia a partir de 24 de maio 2006, e para os beneficiários inscritos no plano que não atendam aos critérios de elegibilidade definidos neste Regulamento, o percentual da coparticipação no Benefício Farmácia será na maior faixa da Tabela de Contribuição do Benefício Farmácia (ANEXO I).

§2º Para os Beneficiários participantes da Petros que optarem no momento de sua aposentadoria por recebimento à vista de até 15% de suas reservas/saldo ('Parcela à Vista' no Plano Petros 2 e 'Saque Único' no Plano Petros 3), o percentual da coparticipação no Benefício Farmácia será na mesma faixa de salarial (faixa MSB) na qual estavam na data do desligamento. Na ocorrência de impedimentos para obtenção da informação dos rendimentos que o beneficiário faria jus, este será enquadrado na última faixa de contribuição da Tabela de Contribuição do Benefício Farmácia (ANEXO I).

§3º Para os beneficiários mantidos pela RN 488, o enquadramento será conforme última remuneração antes do desligamento da Patrocinadora.

Parágrafo único: O valor real de coparticipação será dado a partir da incidência do percentual calculado sob o valor de compra do medicamento (apresentado na nota ou cupom fiscal), respeitando o limitador máximo do PMC.

Cláusula 38^a - A lista de medicamentos cobertos pelo Benefício Farmácia está disponível para consulta no Busca Medicamentos no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

Parágrafo único: A lista é atualizada periodicamente, conforme regra de revisão prevista na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia.

Cláusula 39^a - A cobertura de alguns medicamentos e classes terapêuticas dar-se-á mediante pertinência análise técnica prévia da Operadora para avaliação da indicação clínica proposta, de acordo com os critérios estabelecidos para cada um deles e disponíveis no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

Parágrafo único: A lista de medicamentos que necessitam de análise técnica prévia está disponível para consulta na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia.

Cláusula 40^a - Para os medicamentos sujeitos à análise técnica, o beneficiário deve apresentar os seguintes documentos, além da prescrição médica válida:

- I. Relatório médico, laudos médicos/odontológicos contendo o diagnóstico, a indicação e tempo de duração prevista para o tratamento prescrito;
- II. Resultados de exames complementares que comprovem a doença ou a necessidade do uso do medicamento solicitado;
- III. Formulário de Medicamentos Oncológicos preenchido pelo médico prescritor (em casos de tratamento oncológico ou de suporte hematológico à quimioterapia).

Cláusula 41^a A cobertura através do Benefício Farmácia para medicamentos da classe terapêutica GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1) relacionados a diabetes mellitus e/ou controle de peso estará garantida desde que prescritos pelos médicos assistentes dos programas de promoção e atenção à saúde do Plano AMS (Saúde Petrobras).

Cláusula 42^a - Não estão cobertos pelo Benefício Farmácia:

- I. Medicamentos manipulados;
- II. Medicamentos fitoterápicos e/ou homeopáticos;
- III. Medicamentos não aprovados pela Anvisa;
- IV. Medicamentos importados (mesmo que possuam registro na Anvisa e/ou estejam indisponíveis para compra no mercado nacional);
- V. Medicamentos para disfunção erétil e infertilidade;
- VI. Suplementos alimentares;
- VII. Cosméticos e medicamentos para tratamentos estéticos;
- VIII. Cosméticos, produtos de higiene e/ou cuidado pessoal;
- IX. Toxina botulínica (Botox)*;
- X. Medicamentos antiangiogênicos intraoculares (exs: Lucentis e Eylea);
- XI. Medicamentos e produtos de viscosuplementação para o tratamento de osteoartrose de joelhos;

XII. Produtos de cannabis;

XIII. Vacinas;

XIV. Radiofármacos;

XV. Medicamentos de venda exclusiva para hospitais e clínicas.

* Toxina Botulínica para tratamento da hiperatividade vesical e os antiangiogênicos intraoculares são de cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A solicitação destes medicamentos deverá ser efetuada diretamente pelo prestador (clínica ou médico assistente) à Operadora e o seu custeio não será pelo Benefício Farmácia.

Parágrafo único: Na hormonização para pessoas transgênero e/ou em processo transexualizador, não serão cobertos medicamentos manipulados. A cobertura abrange exclusivamente medicamentos registrados na CMED/ANVISA conforme prescrição médica e não a indicação em bula.

Cláusula 43^a - Nenhum medicamento poderá ser adquirido ou reembolsado, por meio do Benefício Farmácia, sem a apresentação de uma receita médica ou odontológica que contenha data, o carimbo do profissional ou CRM legível, assinatura e esteja dentro do prazo de validade.

Parágrafo único: As regras e os requisitos para aceitação ou rejeição das receitas apresentadas estão detalhados na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia, disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

Cláusula 44^a - As receitas têm prazos de validade diferentes, de acordo com o tipo de medicamento, conforme legislação específica vigente. Os prazos podem ser consultados na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia.

Cláusula 45^a - O Benefício Farmácia possui três modalidades de operação:

- I. Delivery: quando o medicamento é comprado pela Operadora e entregue no domicílio do beneficiário ou outro local indicado por ele;
- II. Compra Direta na Rede Credenciada: quando o medicamento é comprado diretamente nas farmácias e drogarias credenciadas e o beneficiário paga somente sua coparticipação no ato da compra;
- III. Reembolso: quando o medicamento é comprado pelo beneficiário para posterior reembolso pela Operadora, de acordo com os motivos descritos na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia.

Parágrafo único: As modalidades de operação listadas nos incisos I e II desta Cláusula caracterizam o acesso na forma de Escolha Dirigida do Benefício Farmácia.

Cláusula 46^a - Podem ser solicitados via Delivery os medicamentos oncológicos orais e os medicamentos com PMC 20% (CMED/Anvisa) a partir de R\$ 300,00, exceto medicamentos que necessitem de retenção de receita conforme legislação vigente.

Parágrafo único: Não serão aceitas devoluções de medicamentos adquiridos pelo Delivery.

Cláusula 47^a - Para obtenção do reembolso, é indispensável apresentar nota fiscal e receita médica ou odontológica legíveis e na validade, além de outros documentos médicos caso necessário. A falta de qualquer um dos documentos impossibilitará o processamento do reembolso pleiteado.

Cláusula 48^a - O detalhamento das formas de aquisição e solicitação de medicamentos, bem como informações adicionais sobre o Benefício Farmácia, encontram-se descritas na Cartilha de Orientações - Benefício Farmácia disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

SUBSEÇÃO I B - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL - PAE E PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - PAD

Cláusula 49^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) oferece recursos para a prestação de assistência especializada em habilitação, reabilitação, educação e reembolso de órteses, para pessoas com transtornos ou deficiência através do Programa de Assistência Especial (PAE), desde que atendam aos critérios de elegibilidade do Programa.

Cláusula 50^a - São elegíveis ao Programa de Assistência Especial (PAE):

- I. Empregados ativos das Patrocinadoras e com direito à utilização do Plano AMS (Saúde Petrobras);
- II. Beneficiário dependente no Plano AMS, desde que estejam ativos no plano e apresentem uma das deficiências e/ou transtornos cobertos pelo Programa, com os seguintes vínculos com o beneficiário titular:
 - a. Filhos(as),
 - b. Enteados(as),
 - c. Crianças ou adolescentes em processo de adoção (com até 18 anos)
 - d. Criança ou adolescente (com até 18 anos), com guarda definitiva para o titular, somente no caso de crianças e/ou adolescentes órfãos de pais e mães, quando houver impedimento legal para adoção pelo titular relacionados a parentesco, gozando das mesmas condições de dependente filho.
 - e. Dependente sob curatela inscrito até 31/10/1997.

§1º A inscrição de dependente no PAE só poderá ocorrer até 21 (vinte e um) anos, com exceção dos casos de reconhecimento de paternidade tardia ou quando a admissão do titular for posterior a esse critério. Nestes casos, poderão ser inscritos acima de 21 (vinte e um) anos, desde que sejam caracterizados como inválidos perante as regras do Plano AMS (Saúde Petrobras).

§2º Poderão ser mantidos no Programa, após 21 (vinte e um) anos de idade, os dependentes filhos e enteados, desde que caracterizada a invalidez ou na condição de universitário até 24 (vinte e quatro) anos.

§3º Não poderão participar do Programa os filhos e enteados na condição de Plano 28.

Cláusula 51^a - São deficiências e transtornos cobertos pelo Programa:

- I. Deficiência Física
- II. Deficiência Sensorial Visual.
- III. Deficiência Sensorial Auditiva.
- IV. Deficiência Mental.
- V. Deficiências Múltiplas.
- VI. Transtornos Globais do Desenvolvimento.
- VII. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

§1º As deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções não são consideradas deficiências físicas.

§2º Não é considerada Deficiência Múltipla quando o beneficiário apresenta uma deficiência e um transtorno.

Cláusula 52ª - O Programa de Assistência Especial prevê cobertura para os seguintes tratamentos e recursos:

- I. Equoterapia;
- II. Fisioterapia;
- III. Fonoaudiologia;
- IV. Hidroterapia (realizada por fisioterapeuta);
- V. Musicoterapia;
- VI. Ortóptica;
- VII. Psicomotricidade;
- VIII. Psicopedagogia;
- IX. Psicoterapia;
- X. Terapia Ocupacional;
- XI. Oficinas Terapêuticas;
- XII. Recurso de Educação;
- XIII. Órteses;
- XIV. Auxílio Cuidador.

Cláusula 53ª - Não há cobertura pelo PAE para:

- I. Acessórios, equipamentos e dispositivos necessários para realização dos tratamentos;
- II. Atividades esportivas;
- III. Procedimentos não reconhecidos pelos conselhos profissionais;
- IV. Transporte de beneficiários aos locais de realização das terapias e/ou escola;
- V. Mediador escolar.

Parágrafo único: Tratamentos odontológicos, exames complementares, consultas, procedimentos médicos, atendimentos hospitalares, próteses e metodologias específicas (como, por exemplo, ABA - *Applied Behavior Analysis*) terão custeio conforme regras previstas nas Seções I e II do Capítulo XI.

Cláusula 54^a - O Programa de Assistência Especial contempla duas modalidades de atendimento, mediante coparticipação conforme tabela disposta no ANEXO II, ambas com autorização prévia pela Operadora:

I. Escolha Dirigida

II. Livre Escolha

Cláusula 55^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê, ainda, a cobertura de determinados procedimentos de saúde em domicílio, como Programa de Atenção Domiciliar (PAD), Fisioterapia Domiciliar (FD) e o benefício pecuniário do Auxílio Cuidador do Idoso (ACI). Tais coberturas seguem os critérios normativos específicos, vigentes à época da solicitação, e deverão ser autorizadas por meio de avaliação e de análise da equipe operacional da Operadora.

Cláusula 56^a - O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) é um benefício oferecido por liberalidade das Patrocinadoras e obedece às determinações da RDC/ANVISA nº11 de 2006 ou de qualquer outra legislação que venha a substituí-la. Contempla duas modalidades assistenciais: Internação Domiciliar - ID e Assistência Domiciliar - AD, além de dois benefícios pecuniários: Auxílio Cuidador - AC e Auxílio Equipamentos - AE.

§1º Quando se tratar de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, será realizada avaliação de custo-benefício pela equipe operacional do PAD, com base na indicação do médico assistente e seguindo as normas contratuais acordadas entre beneficiários e Operadora.

§2º Nas hipóteses de Atenção Domiciliar, a concessão do benefício será condicionada à assinatura de termos de livre consentimento esclarecido entre o beneficiário ou seus representantes e a Operadora.

Cláusula 57^a - O PAD (modalidades assistenciais e benefícios) possui um conjunto de regras específicas de elegibilidade (inclusão, manutenção e alta no programa), e de coparticipação, essas definidas pelas Patrocinadoras, mediante Acordo Coletivo de Trabalho. As regras são informadas ao beneficiário e à sua família, após definição de um plano terapêutico de atendimento, assim como, a possibilidade de seu quadro inicialmente elegível se tornar inelegível, com a suspensão da prestação de serviços nas hipóteses de as condições iniciais apresentadas na captação deste beneficiário alterarem no curso da assistência.

§1º O detalhamento da cobertura e os critérios de elegibilidade encontram-se descritos na Cartilha de Orientações - PAD disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

§2º A proposta de plano terapêutico deve ser indicada pelo médico assistente e consensada com a equipe técnica do PAD antes da inclusão no programa, mediante análise do quadro clínico e classificação de complexidade baseados na tabela ABMID e score NEAD.

§3º A partir da implantação do beneficiário no Programa, o plano terapêutico será reavaliado periodicamente para acompanhamento e ajustes entre as equipes técnicas do PAD e SAD (Serviços de Atenção Domiciliar), sempre com observância das indicações do médico assistente.

Cláusula 58ª - Havendo divergência na indicação de conduta pelo médico assistente da família, o médico responsável do SAD e a equipe técnica do PAD no decorrer do acompanhamento do beneficiário, a Operadora buscará o consenso por meio de contato com o médico responsável, porém, persistindo a divergência, será oferecida Junta Profissional na forma da legislação da ANS e Anvisa (itens 4.7; 4.8 e 4.9 da RDC nº11 de 2006).

Cláusula 59ª - À exceção das hipóteses de internação domiciliar em substituição à hospitalar, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não será feito pelo PAD.

Parágrafo único: Existe a possibilidade de se realizar a inclusão pontual e temporária - conforme avaliação técnica da Operadora - indicada para beneficiários que necessitam apenas de administração de antibióticos e antifúngicos por via intravenosa realizada por profissional de saúde. Nesses casos, é possível que eles sejam iniciados em domicílio ou, no caso de uma internação hospitalar, aderir à desospitalização e concluir o tratamento em casa. O detalhamento desta cobertura encontra-se descrito na Cartilha de Orientações - PAD disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

Cláusula 60ª- Mesmo no caso de internação domiciliar, não serão fornecidos serviços e tratamentos não incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente.

Cláusula 61ª - A Fisioterapia Domiciliar (FD) é entendida como uma ampliação de cobertura do plano, de caráter temporário, do beneficiário que apresente indicação absoluta para a realização desta terapia complementar em seu domicílio.

Cláusula 62ª - A FD possui um conjunto de regras específicas de elegibilidade, por meio da modalidade de Pequeno Risco, contemplando fisioterapia motora e fisioterapia respiratória, autorizadas nas modalidades de Escolha Dirigida ou de Livre Escolha.

Cláusula 63ª - O Auxílio Cuidador do Idoso (ACI) é um auxílio pecuniário, temporário, oferecido para os beneficiários idosos, para auxiliar na contratação de um cuidador que os apoie em suas necessidades de cuidados referentes às atividades de vida diária.

Cláusula 64ª - O benefício pecuniário do ACI possui um conjunto de regras específicas de elegibilidade (inclusão e manutenção no programa), sendo fornecido por meio da modalidade de Reembolso, mediante análise e autorização prévia da equipe da Operadora. Só farão jus ao reembolso do ACI os beneficiários do plano, formalmente inscritos no programa, que tenham apresentado toda a documentação de elegibilidade pertinente, sendo autorizados a receber o auxílio pecuniário, pelo período de 01 (um) ano, mediante apresentação do comprovante de pagamento do cuidador. Após este período, o beneficiário é novamente avaliado, para verificação e nova validação de sua permanência no programa.

Parágrafo único: A cobertura oferecida pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) nas modalidades e benefícios destinados aos pacientes em seu domicílio, prevista nas cláusulas anteriores, está sujeita à avaliação e à autorização por parte da equipe operacional do plano, conforme regramento detalhado de cada serviço domiciliar oferecido e descrito na Cartilha de Orientações - PAD, disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

SUBSEÇÃO I C - OUTRAS COBERTURAS EXTRARROL

Cláusula 65^a - Todos os limites e critérios de elegibilidade, cobertura e autorização para os procedimentos extrarrol, abaixo relacionados, estão descritos na Cartilha de Orientações - Cobertura Médica, disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

- I. Cobertura de Transplantes: o Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê a cobertura de Transplante de Fígado, Pâncreas, Coração e Pulmão, além do transplante duplo rim-pâncreas e do transplante de limbo (ocular), arcando com os honorários referentes ao doador e ao receptor.
- II. Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para correção de dioptria esférica entre 1,0 (um) e 5,0 (cinco) graus, com ou sem astigmatismo, para os beneficiários (titulares e dependentes) com idade entre 25 (vinte e cinco) e 40 (quarenta) anos.
- III. Cobertura de colocação e retirada de balão intragástrico por via endoscópica para obesidade mórbida.
- IV. Cobertura de cirurgias plásticas reparadoras pós-bariátrica em casos de pacientes que necessitem de reconstrução funcional decorrente de grande perda ponderal:
 - a. Plástica mamária feminina não estética.
 - b. Correção de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana.
- V. Cobertura de RPG - Reeducação Postural Global, limitada a 70 (setenta) sessões por ano.
- VI. Cobertura de sessão de eletroconvulsoterapia (em sala com oxímetro de pulso, monitor de ECG, EEG), sob anestesia.
- VII. Cobertura dos seguintes Materiais e/ou Equipamentos:
 - a. Cobertura de tiras reagentes para medição da glicemia capilar (Glicofitas).
 - b. Cobertura de Sistema de Neuronavegação exclusivamente para utilização em procedimentos neurocirúrgicos invasivos de crânio realizados em crianças e em beneficiários adultos com lesões malignas em áreas profundas do sistema nervoso central.
 - c. Cobertura das seguintes próteses externas, exclusivamente pela Livre Escolha:
 - i. *Ortopédicas: membros superiores, membros inferiores, mãos e pés;*
 - ii. *Oculares: globo ocular.*

- d. Cobertura de CPAP para apneia obstrutiva do sono, exclusivamente pela livre escolha, limitado a um equipamento por vida - após um período de 12 (doze) semanas de teste que demonstre perfeita adequação terapêutica do beneficiário ao equipamento, considerada como boa resposta ao método.
- VIII. Cobertura de procedimentos médicos extrarrol especificados na Cartilha de Orientações - Cobertura Médica, disponíveis no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.
- IX. Cobertura de procedimentos de Ortodontia, Implantodontia e Prótese Dentária, com base em critérios técnicos de longevidade e prazos de repetição previstos na Cartilha de Orientações - Cobertura Odontológica.
- X. Cobertura de procedimentos utilizados na linha de cuidado para pessoas transgênero e/ou em processo transexualizador especificados na Cartilha de Orientações - Cobertura Médica, disponível no sítio eletrônico da Saúde Petrobras.

CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 66^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) prevê como exclusão de sua cobertura assistencial os procedimentos em saúde (ambulatorial, hospitalar e odontológico) não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época da solicitação, exceto aqueles especificados na Seção I e nas subseções do Capítulo VII.

Parágrafo único: A exclusão de cobertura do caput abrange as indicações não previstas nas diretrizes de utilização da ANS, mesmo para os procedimentos constantes no Rol mínimo obrigatório da ANS.

Cláusula 67^a - Os grupos de procedimentos em saúde que constituem exclusão de cobertura do Plano AMS (Saúde Petrobras) são:

- I. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e não listados taxativamente na 65^a Cláusula;
- II. Procedimentos em saúde com técnicas distintas daquelas especificadas na terminologia do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- III. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e “estâncias hidrominerais”;
- IV. Procedimentos odontológicos com finalidade estética e/ou utilização de ligas preciosas, inclusive em trabalhos protéticos;
- V. Procedimentos para reversão de cirurgia esterilizadora prévia (reversão de laqueadura tubária e reversão de vasectomia);
- VI. Tratamento para infertilidade a exemplo da inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- VII. Qualquer tratamento esclerosante de varizes;
- VIII. Internação em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- IX. Manutenção ou Prorrogação da Internação em ambiente hospitalar (geral, especializado ou psiquiátrico), após a alta médica hospitalar ou após a estabilidade clínica de pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas, passíveis de tratamento ambulatorial/domiciliar;
- X. Diárias hospitalares de parturientes em condições de alta, quando da impossibilidade de alta hospitalar do recém-nascido;
- XI. Investigação de paternidade, qualquer técnica, inclusive o exame de DNA;
- XII. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, seja por traumatismo ou anomalia congênita;
- XIII. Fornecimento de órtese, assim entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, que não esteja ligada ao ato cirúrgico, a exemplo de: óculos/lentes de contato, aparelhos auditivos, muletas, bengalas, talas, colchões d'água e assemelhados, coletes ortopédicos/splint, botas, tênis, sapatos ortopédicos, tutores não cirúrgicos, meias compressivas; cadeiras de rodas e aparelhos auditivos externos, etc;
- XIV. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura e considerados parte integrante do procedimento inicial;
- XV. Remoção por meio de transporte aquático ou aéreo, inclusive UTI aérea;
- XVI. Procedimentos médicos, odontológicos e terapêuticos fora do território nacional;
- XVII. Procedimentos/tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XVIII. Necropsias;
- XIX. Transplantes realizados por equipes e/ou hospitais não autorizados pelo Ministério da Saúde;
- XX. Fator estimulador de crescimento ósseo;
- XXI. Teste NAT;
- XXII. Despesas decorrentes de programas de condicionamento físico, tais como professores de educação física, academias de ginástica e demais práticas desportivas;
- XXIII. Exames complementares destinados a exames ocupacionais admissional, periódico e demissional;
- XXIV. Vacinas para prevenção de doenças infectocontagiosas;
- XXV. Reembolso de despesas com aquisição de leites; alimentos para doenças disabsortivas; suplementos alimentares de qualquer natureza e vitaminas;

- XXVI. Fraldas (à exceção das internações domiciliares em substituição às hospitalares), materiais de higiene pessoal e limpeza doméstica, inclusive para beneficiários inscritos no PAD;
- XXVII. Despesas com enfermagem particular e cuidadores durante a internação hospitalar;
- XXVIII. Reembolso de qualquer despesa de procedimentos em saúde realizados em domicílio que não tenham sido previamente analisados e autorizados pela auditoria técnica da Operadora;
- XXIX. Próteses penianas infláveis;
- XXX. Imunoterapia de qualquer natureza;
- XXXI. Despesas efetuadas durante a internação hospitalar, como telefonemas, alimentação extra, aluguel de TV e canais de TV fechados, lavagem de roupas, ressarcimento de danos ao patrimônio da instituição de internação, materiais de uso pessoal e higiênico, etc;
- XXXII. Procedimento/Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido como aquele que:
 - a. Emprega medicamentos, produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b. É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO;
 - c. Emprega medicamentos e produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) que não possuem as indicações descritas na bula/manual registrado na Anvisa (uso “off-label”);
 - d. Não possui codificação pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS ou não consta nos referenciais vigentes à época;
- XXXIII. Acupuntura realizada por profissional de especialidade de saúde diversa de médico;
- XXXIV. Pacotes de consultas e exames realizados em estabelecimentos especializados em Check-up.

Cláusula 68^a - Os procedimentos odontológicos excluídos da cobertura da Saúde Petrobras são os seguintes:

- I. Aparelho protetor bucal;
- II. Aparelhos posicionadores mandibulares intraorais (antirronco e apneia obstrutiva do sono);
- III. Aplicação de toxina botulínica para controle de dores, bruxismo e ou correção gengival (sorriso gengival) ou uso em harmonização orofacial;
- IV. Aumento de rebordo ou enxertos reconstrutores utilizando qualquer modalidade de plasma de origem sanguínea para essa finalidade, incluindo o plasma rico em plaquetas (PRP);
- V. Clareamento dentário caseiro;

- VI. Clareamento dentário de consultório - dente vitalizado;
- VII. Criocirurgia de neoplasias na região bucomaxilofacial;
- VIII. Crioterapia ou termoterapia em odontologia;
- IX. Enxerto conjuntivo subepitelial;
- X. Faceta em cerâmica pura;
- XI. Faceta em cerômero;
- XII. Implante zigomático;
- XIII. Implantes agulheados;
- XIV. Implantes subperiósteos;
- XV. Laserterapia para reparação tecidual; exceto para tratamento ou prevenção de mucosite por radio/quimioterapia na região de cabeça e pescoço;
- XVI. Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semiprecisão;
- XVII. Próteses do tipo cantilever; que utilizem como retentores dentes (raízes) naturais;
- XXVIII. Realização de procedimentos de Ortodontia e Implantodontia em domicílio;
- XIX. Realização de qualquer etapa do tratamento de implantodontia em regime hospitalar (preparo ósseo, instalação dos implantes e reabilitação com próteses sobre implante);
- XX. Reposição de aparelho ortodôntico/ortopédico, nos casos de perda ou extravio; e quebra de aparelhos, causados por negligência e/ou imprudência por parte do beneficiário;
- XXI. Reposicionamento do nervo alveolar inferior;
- XXII. Sedação endovenosa ambulatorial em odontologia;
- XXIII. Sepultamento radicular;
- XXIV. Teste de capacidade tampão da saliva;
- XXV. Teste de contagem microbiológica;
- XXVI. Trabalhos protéticos em ligas preciosas;
- XXVII. União dente-implante;
- XXVIII. Utilização de proteína morfogenética óssea (BMP) em cirurgias bucomaxilofaciais e implantodontia;
- XXIX. Visitas de odontólogos, em domicílio, exceto em casos em que fique comprovado, através de laudos médicos, que o beneficiário está restrito ao lar, independentemente de estar ou não inscrito nos atendimentos domiciliares cobertos pelo plano AMS (Saúde Petrobras);
- XXX. O uso de ancoragem ortodôntica do tipo miniplacas ou mini-implantes não terá cobertura para realização hospitalar e não poderá ser cobrado separadamente, mesmo que realizado em consultório, dos pacotes de tratamento, que incluem todos os aparatos necessários ao andamento do tratamento;

XXXI. Repetições de procedimentos que não constam do rol mínimo de cobertura da Agência Nacional de Saúde, ainda que incluídos na cobertura pelo Plano AMS (Saúde Petrobras), sem a observância dos prazos e critérios técnicos previstos na Cartilha de Orientações - Cobertura Odontológica.

CAPÍTULO IX - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 69^a - O Plano AMS (Saúde Petrobras) cobre todo e qualquer evento e/ou complicação em saúde caracterizada como Urgência ou Emergência, assim conceituada conforme incisos abaixo e na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998.

- I. Emergência, como tal definidos os eventos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- II. Urgência, assim entendidos os eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único: Uma vez comprovadas como situações de Emergência e Urgência, a realização dos procedimentos em saúde não necessitará da emissão da autorização prévia. As instituições de saúde, credenciadas ou não, têm a responsabilidade de garantir o atendimento imediato aos beneficiários nessas situações. Posteriormente, a Operadora procederá à auditoria técnica e administrativa dos procedimentos realizados a fim de avaliar a pertinência da sua cobertura assistencial.

Cláusula 70^a - Na hipótese de inexistência ou indisponibilidade de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde a qual faz parte o município, a Operadora garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento nos termos da legislação vigente (RN 259/11 e 268/11 da ANS) ou a que vier substituí-la.

Cláusula 71^a - O plano AMS (Saúde Petrobras) considera atendimentos odontológicos de emergência apenas aqueles que se destinam a melhorar ou controlar situações de agravo à saúde, com origem na cavidade oral, que, por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento imediato. Tal situação não configura, entretanto, risco iminente de vida.

§1º Os procedimentos odontológicos abaixo são considerados pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) como procedimentos de emergência odontológica, se caracterizado atendimento imediato:

- I. Colagem de fragmentos dentários;
- II. Conserto de prótese total ou parcial;
- III. Colocação de coroa provisória imediata adesiva;
- IV. Atendimento imediato para tratar odontalgia aguda;
- V. Exodontia;
- VI. Imobilização dentária temporária;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso (intraoral e/ou extraoral);

- VIII. Pulpotomia e pulpectomia;
- IX. Recolocação e Remoção de trabalhos protéticos;
- X. Redução de fraturas alvéolo-dentárias;
- XI. Reimplante de dente avulsionado;
- XII. Remoção de núcleo intrarradicular;
- XIII. Reparo estético de prótese fixa;
- XIV. Restauração (qualquer material);
- XV. Restauração temporária;
- XVI. Sutura;
- XVII. Tratamento de alveolite;
- XVIII. Tratamento de hemorragia;
- XIX. Tratamento de processo agudo (abscesso periodontal, GUN, Gengivoestomatite herpética, pericoronarite, etc).

CAPÍTULO X - MODALIDADES DE ATENDIMENTO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 72^a - Para os serviços em saúde que integrem as coberturas previstas neste Regulamento (honorários profissionais de atendimentos e procedimentos, diárias e taxas), independentemente da segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar ou odontológica), o Plano AMS (Saúde Petrobras) possui duas modalidades de atendimento: Escolha Dirigida e Livre Escolha.

SEÇÃO I - ESCOLHA DIRIGIDA

Cláusula 73^a - A Escolha Dirigida é a modalidade de atendimento prestada por profissionais e instituições credenciados do Plano AMS (Saúde Petrobras), mediante a apresentação do Cartão Saúde Petrobras em meio físico ou virtual, juntamente com a apresentação de documento de identificação válido, no momento do atendimento e/ou previamente à realização do procedimento, com profissional ou em instituição credenciados.

§1º Nesta modalidade, não é necessário realizar qualquer desembolso no ato do atendimento. O beneficiário ou responsável deverá assinar a Guia TISS devidamente preenchida, com a discriminação dos serviços, somente após a sua realização.

§2º A rede credenciada do plano AMS (Saúde Petrobras) está disponível no site eletrônico da Saúde Petrobras e no aplicativo para dispositivos móveis.

§3º No caso do Benefício Farmácia, entende-se como Escolha Dirigida a aquisição de medicamentos via Delivery e a compra direta de medicamentos nas farmácias credenciadas.

SEÇÃO II - LIVRE ESCOLHA

Cláusula 74^a - A Livre Escolha é a forma de atendimento na qual os beneficiários utilizam os serviços de profissionais ou instituições não credenciados do Plano AMS (Saúde Petrobras), apenas para realização de procedimentos ocorridos em território nacional, que façam parte da nossa cobertura e Rol da ANS, além de cumprirem os requisitos previstos neste regulamento.

Cláusula 75^a - Nesta modalidade, o Plano AMS (Saúde Petrobras) reembolsa os valores pagos de acordo com os critérios definidos no Capítulo XI do presente Regulamento.

Parágrafo único: Procedimentos em saúde não reembolsáveis pelo plano:

- I. Os realizados por profissionais ou instituições credenciadas do Plano AMS (Saúde Petrobras), exceto nas situações descritas na cláusula 77^a;
- II. Os estéticos ou experimentais;
- III. Os não cobertos pelo regime de Escolha Dirigida.

Cláusula 76^a - O beneficiário poderá consultar a “Tabela de Referência - Reembolso Livre Escolha”, disponível no Portal do Beneficiário ou solicitar uma prévia do valor do reembolso para o procedimento que pretende realizar, mediante a apresentação do(s) código(s) do(s) procedimento(s) e/ou da descrição da nomenclatura do(s) mesmo(s). Para saber informação sobre como solicitar uma prévia de reembolso e a documentação necessária, o beneficiário deverá consultar o Portal do Beneficiário. O valor informado será sempre uma estimativa (prévia) e poderá não corresponder ao reembolso efetivamente recebido pelo beneficiário.

Cláusula 77^a - O reembolso de despesas está previsto exclusivamente para os procedimentos em saúde cobertos pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) e realizados em instituições/profissionais não integrantes da sua rede credenciada, especificamente em território nacional. O reembolso de despesas de procedimentos cobertos e realizados em prestadores da rede credenciada somente será permitido na situação em que o credenciado estiver com status suspenso ou os serviços utilizados não estejam contratualizados, condicionado à autorização da Operadora.

Cláusula 78^a - A Operadora adota como referencial de preços para reembolso de honorários dos profissionais de saúde, bem como para as demais despesas assistenciais (diárias, taxas, órteses, próteses, materiais especiais e medicamentos) a “Tabela de Referência - Reembolso Livre Escolha”, reservando-se o direito de utilizar esta tabela própria, divulgada no Portal do Beneficiário.

Cláusula 79^a - Para obtenção do reembolso, é indispensável apresentar o recibo/nota fiscal original referente às despesas, juntamente com as requisições e relatórios médicos/odontológicos relativos ao procedimento ou tratamento realizado. A falta de qualquer um dos referidos documentos impossibilitará o processamento do reembolso pleiteado.

§1º Para fins de reembolso de despesas relativas à prestação de serviços de saúde, o recibo ou nota fiscal deve:

- I. Ser emitido preferencialmente em papel timbrado ou impresso;

- II. Conter o número do registro do profissional no Conselho Regional da categoria, o CPF ou, no caso de instituição, o CNPJ;
- III. Ser emitido em nome de quem foi atendido, seja do beneficiário titular ou em nome do dependente;
- IV. Ter sido emitido há menos de 90 (noventa) dias;
- V. Conter a discriminação dos serviços prestados ou o relatório técnico do profissional anexado ao recibo/nota fiscal, com quitação confirmada;
- VI. Não conter rasuras.

§2º Para fins de reembolso de procedimentos odontológicos, pode ser necessária a apresentação de exames complementares (incluindo radiografias) que indiquem a necessidade do tratamento e que comprovem sua efetiva realização, inclusive para atendimentos de urgência e emergência.

Cláusula 80ª - O reembolso de despesas de Livre Escolha e de Garantia de Atendimento relativas ao Beneficiário Titular falecido somente será realizado pela Operadora para a pessoa de direito nomeada exclusivamente por Alvará Judicial ou Escritura Pública de Inventário.

CAPÍTULO XI - MODALIDADES DE CUSTEIO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 81ª - O custeio do Plano AMS (Saúde Petrobras), pelos beneficiários, compreende a contraprestação pecuniária mensal (Grande Risco) somada ao percentual de coparticipação variável (Pequeno Risco), calculada conforme a realização dos procedimentos descritos na Cláusula 98ª, coparticipação nos programas complementares, cobranças para cumprimento da relação de custeio, do saldo devedor e eventuais cobranças extraordinárias definidas em ACT pelas Patrocinadoras.

§1º A definição das Patrocinadoras quanto à sua participação financeira no plano é negociada em Acordo Coletivo de Trabalho. Quando não houver previsão diferente estabelecida em ACT, o percentual referente à participação financeira da patrocinadora no plano ficará limitado a 50% (cinquenta por cento).

§2º A Operadora apurará anualmente, após o fechamento do exercício, se a proporção de participação financeira das Patrocinadoras e dos beneficiários, definida em Acordo Coletivo de Trabalho, para cobertura de todos os custos do plano AMS (Saúde Petrobras), foi atendida e, caso necessário, poderá propor contribuição adicional.

§3º A participação dos titulares ou responsáveis financeiros no custeio dos procedimentos classificados como de Grande Risco no plano AMS (Saúde Petrobras) será efetuada por meio de contribuições mensais fixas. A quantidade de parcelas é estabelecida em ACT das Patrocinadoras.

§4º A coparticipação é utilizada, única e exclusivamente, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência à saúde, conforme definido pela ANS.

Cláusula 82ª - A inadimplência dos titulares e responsáveis financeiros referente às despesas assistenciais do plano AMS (Saúde Petrobras) implicará na cobrança

de juros de mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) e em multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.

SEÇÃO I - GRANDE RISCO

Cláusula 83^a - O Grande Risco é a modalidade de custeio que consiste na contribuição financeira mensal do beneficiário, independentemente da utilização ou não do plano, calculada de acordo com a faixa salarial do beneficiário titular e com a faixa etária de cada beneficiário (titular e dependentes), conforme negociado em Acordo Coletivo de Trabalho. As tabelas de contribuição referentes a essa modalidade estão disponíveis nos ANEXOS III, IV, V, VI e VII.

§1º No caso de aposentados e pensionistas participantes da Fundação Petrobras de Seguridade Social - Petros, o enquadramento na faixa de contribuição considerará na base de cálculo, os proventos decorrentes da previdência social somados aos proventos decorrentes da Petros.

§2º Os beneficiários participantes da Petros que optarem no momento de sua aposentadoria por recebimento à vista de até 15% de suas reservas/saldo ('Parcela à Vista' no Plano Petros 2 e 'Saque Único' no Plano Petros 3), serão enquadrados na tabela de custeio dos ANEXOS III ou V (conforme o caso) na mesma faixa salarial (faixa MSB) na qual estavam na data do desligamento.

§3º Em relação aos aposentados e pensionistas não participantes da Petros, o valor da contribuição do Grande Risco será conforme enquadramento por faixa etária nas tabelas dispostas nos ANEXOS IV ou VI (TABELAS DE CONTRIBUIÇÃO GRANDE RISCO SEM PETROS).

§4º Os beneficiários (i) incluídos por determinação judicial; (ii) mantidos pela RN 488; e (iii) inscritos no Plano 28 contribuirão para o Grande Risco conforme Tabela Específica de Custeio (ANEXO VII). O custeio integral referente a esses beneficiários será realizado da seguinte forma:

- I. Calculado considerando a massa de beneficiários, as despesas administrativas e as despesas assistenciais, sem subsídio das Patrocinadoras, de acordo com a sinistralidade e gastos apurados, uma vez que o Plano AMS (Saúde Petrobras) constitui modalidade pós pagamento.
- II. A apuração dos valores de Grande Risco observará a variação por faixa etária, conforme tabela específica, ANEXO VII.

§5º Empregados aposentados pelo INSS com contrato de trabalho suspenso, conforme Inciso I da Cláusula 12^a, serão enquadrados na Tabela de Grande Risco (ANEXOS III ou V) de acordo com o valor do benefício previdenciário recebido.

§6º Empregados com afastamentos prolongados com contrato de trabalho suspenso, conforme Inciso II da Cláusula 12^a, serão enquadrados na Tabela de Grande Risco (ANEXOS III ou V) de acordo com o valor do auxílio por incapacidade temporário do INSS, recebido pelo empregado.

Cláusula 84^a - A contribuição do Grande Risco destina-se à cobertura integral dos eventos e procedimentos assistenciais em saúde, sob regime de internação hospitalar ou domiciliar; além dos medicamentos com subsídio integral definidos na cláusula 35^a.

Cláusula 85^a - São procedimentos custeados pelo Grande Risco:

- I. Internações hospitalares clínicas;
- II. Internações hospitalares para procedimentos cirúrgicos, exceto procedimentos classificados como Pequeno Risco realizados em regime de hospital-dia (Day Clinic);
- III. Internação domiciliar, desde que obedecidas as regras específicas previstas no Programa de Atenção Domiciliar - PAD;
- IV. Internação para tratamento da dependência química, de acordo com os critérios do Plano AMS (Saúde Petrobras);
- V. Exames complementares, procedimentos médicos e medicamentos prescritos aos pacientes inscritos em fila de transplante, desde que estejam diretamente relacionados às disfunções orgânicas causadas pela falência do órgão a ser transplantado;
- VI. Exames laboratoriais e de imagem necessários à identificação e à seleção de doadores de órgãos, desde que estejam diretamente relacionados ao órgão a ser transplantado em beneficiários do plano, bem como despesas com procedimentos médico-cirúrgicos do transplante propriamente dito;
- VII. Hemodiálise e Diálise Peritoneal;
- VIII. Partos (normal e cesariana);
- IX. Quimioterapia de câncer (inclusive oral), desde que os medicamentos possuam registro junto à Anvisa e que a indicação esteja em conformidade com os protocolos referendados pelo Plano AMS (Saúde Petrobras). Não há cobertura para indicações "off label" nem para protocolos ainda considerados experimentais;
- X. Radioterapia;
- XI. Cirurgias ambulatoriais para procedimentos classificados como Grande Risco. Nestes casos é necessária verificação prévia da classificação do procedimento mediante contato com os canais de relacionamento da Saúde Petrobras;
- XII. Transfusões de sangue ou hemoderivados realizadas em ambulatório (quando na vigência de doenças onco-hematológicas, mielodisplásicas, hepáticas, oncológicas e renais crônicas) e os exames de análises clínicas necessários para a avaliação da terapia transfusional, desde que realizados no mesmo dia das transfusões para estas doenças;
- XIII. Serviços de remoção em ambulância entre hospitais ou da residência para o hospital, quando comprovada a situação de emergência - por laudo médico e auditoria realizada pela Operadora Saúde Petrobras - e seguidos de internação;

- XIV. Tratamentos ambulatoriais ou em regime de "Day Clinic" durante os quais sejam administrados medicamentos injetáveis, cuja infusão seja feita, obrigatoriamente, sob supervisão médica, a que se submetam os beneficiários com doenças autoimunes, (Doença de Crohn, Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática e Artrite Juvenil Idiopática), Onco-Hematológicas, Mielodisplásicas, Hepáticas, Oncológicas e Renais Crônicas;
- XV. Serviços hospitalares de emergência/urgência realizados nos hospitais, excetuando-se os atendimentos/procedimentos ambulatoriais eletivos e de rotina e os exames eletivos;
- XVI. Visitas médicas hospitalares, e
- XVII. Auditorias médicas e odontológicas.

Cláusula 86^a - As emergências odontológicas, definidas no Capítulo IX, não são consideradas como procedimentos de custeio pelo Grande Risco.

Cláusula 87^a - Sempre que o beneficiário tiver dúvida quanto à classificação do procedimento ao qual irá se submeter deverá efetuar verificação prévia mediante contato com os canais de relacionamento da Operadora.

Cláusula 88^a - A contribuição do Grande Risco de cada beneficiário do plano (titular e respectivos dependentes) será cobrada mensalmente ao beneficiário titular ou responsável financeiro, mediante desconto no contracheque, ou em casos específicos, mediante emissão de boleto bancário.

Cláusula 89^a - A cobrança por meio de boleto bancário tem previsão nos seguintes casos:

- I. Beneficiários Sem Petros;
- II. Participantes da Petros que optarem no momento de sua aposentadoria por recebimento à vista de até 15% de suas reservas/saldo ('Parcela à Vista' no Plano Petros 2 e 'Saque Único' no Plano Petros 3;
- III. Beneficiários mantidos pela RN nº 488/2022;
- IV. Empregados com contrato de trabalho suspenso, conforme incisos I e II da Cláusula 12^a;
- V. Aposentados mantidos como anistiados por força da Lei nº 10.559/2002
- VI. Nos casos dos beneficiários inelegíveis inscritos por determinação judicial, a cobrança será realizada da seguinte forma:
 - a) Até 31/05/2026, preferencialmente em folha de pagamento ou proventos de aposentadoria e pensão. Os valores devidos e não arrecadados serão cobrados, de forma complementar, por boleto bancário.
 - b) A partir de 01/06/2026, integralmente por meio de boleto bancário.

SEÇÃO II - PEQUENO RISCO

Cláusula 90^a - O Pequeno Risco é a modalidade de custeio que consiste em um percentual de coparticipação financeira devida pelos beneficiários quando da

realização de procedimentos assistenciais prestados fora do regime de internação hospitalar e domiciliar, a exemplo de exames, consultas, e procedimentos realizados em ambulatório, procedimentos odontológicos e tratamentos seriados como fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional.

Parágrafo único: Os atendimentos ambulatoriais realizados em ambiente hospitalar também serão classificados como Pequeno Risco

Cláusula 91^a - Os valores percentuais de coparticipação nos procedimentos de Pequeno Risco são definidos pelas Patrocinadoras, de acordo com as faixas salariais dos beneficiários titulares e responsáveis financeiros, e são atualizados conforme negociação em Acordo Coletivo de Trabalho. A tabela de coparticipação está disposta no ANEXO VIII.

Parágrafo único: Os beneficiários participantes da Petros que optarem no momento de sua aposentadoria por recebimento à vista de até 15% de suas reservas/saldo ('Parcela à Vista' no Plano Petros 2 e 'Saque Único' no Plano Petros 3), serão enquadrados na mesma faixa salarial (faixa MSB) na qual estavam na data do desligamento.

Cláusula 92^a - As despesas do beneficiário titular empregado referentes à contribuição mensal de Grande Risco e a eventuais coparticipações nos procedimentos de Pequeno Risco serão limitadas mensalmente à Margem de Desconto, previamente negociada em Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), calculada da seguinte forma:

Margem de Desconto do Plano AMS = $REM - (IR + INSS + PETROS) \times 15\%$

Onde:

- *REM = Remuneração.*
- *IR = Imposto de Renda.*
- *INSS = Contribuição para o INSS.*
- *Petros = Contribuição para a Petros.*
- *Margem de Desconto da Saúde Petrobras = Margem Consignável do plano.*

§1º Situações em que não será respeitada a Margem Consignável da Saúde Petrobras:

- I. Cobrança de despesas relativas aos procedimentos classificados como de Pequeno Risco realizados pelos beneficiários dependentes (filho ou enteado) na situação de Plano 28;
- II. Cobrança do valor referente à coparticipação financeira dos beneficiários que utilizarem o Benefício Farmácia (medicamentos subsidiados parcialmente e/ou medicamentos não subsidiados);
- III. Todas as cobranças das despesas de beneficiários incluídos por determinação judicial e beneficiários mantidos pela RN nº 488/2022;
- IV. Descontos de saldo devedor e de contribuição extraordinária (2%) realizados em folhas extraordinárias, referentes a remuneração variável ou abono;

V. Ressarcimento de despesas por uso indevido.

Cláusula 93^a - No caso do aposentado ou pensionista, para fins de pagamento da contribuição mensal do Grande Risco e as eventuais participações no custeio dos procedimentos de Pequeno Risco, os valores descontados observarão o limite dos proventos decorrentes da Petros, através de desconto em contracheque ou boleto bancário, sendo que o cálculo da Margem Consignável observará a soma dos proventos decorrentes da previdência social e dos proventos decorrentes da Petros.

§1º A margem de desconto é calculada mediante aplicação de percentual definido nos ACT's das Patrocinadoras sobre o somatório dos proventos recebidos mensalmente pelo aposentado ou pelo pensionista (suplementação de aposentadoria ou de pensão por morte da Petros + INSS), já deduzidos os descontos referentes ao Imposto de Renda e à contribuição Petros. Os valores referentes à contribuição mensal de Grande Risco do aposentado ou do pensionista e as eventuais coparticipações nos procedimentos de Pequeno Risco realizados incidirão apenas sobre a parcela da suplementação da Petros.

§2º Anualmente os seguintes beneficiários deverão informar à Operadora a atualização dos seus proventos:

- I. Aposentados e pensionistas que recebem proventos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e não recebem proventos da Petros;
- II. Aposentados e pensionistas não aderentes ao convênio Petros-INSS;
- III. Anistiados que recebem proventos do Governo Federal.

§3º Caso tais beneficiários não atualizem suas rendas, as mesmas serão reajustadas anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) - conforme prevê a legislação brasileira - a partir da última renda disponível (seja a informada na carta de concessão do benefício ou na campanha de cadastramento).

Cláusula 94^a - O saldo devedor é formado quando o valor das despesas com o Plano AMS (Saúde Petrobras) ultrapassa a margem de desconto do beneficiário titular (ativo ou aposentado) ou do responsável financeiro (pensionista) ou quando não há efetivação dos valores cobrados. Nesse caso, o parcelamento é feito de forma automática, mensal, cumulativa e ininterrupta, sendo deduzido em folha de pagamento, em folha de proventos ou cobrado por meio de boleto bancário, respeitando-se as regras de margem de desconto.

Cláusula 95^a - Para os beneficiários titulares aposentados e para os pensionistas participantes da Petros, a Petros efetuará os descontos relativos à contribuição mensal para custeio do Grande Risco, coparticipação nos procedimentos do Pequeno Risco e demais contribuições relativas aos programas vigentes, com base nas informações fornecidas pela Operadora.

Cláusula 96^a - As despesas incorridas pelo beneficiário titular e seus dependentes poderão ser descontadas em folha de pagamento do beneficiário titular ou ser objeto de outros meios de cobrança.

- I. Caso haja falecimento do titular, os dependentes elegíveis receberão validade provisória de 120 dias no sistema. Do término deste prazo, os dependentes que

não consigam comprovar a condição de pensionista só poderão ser mantidos mediante manifestação para adesão à RN ANS 488/22, com tabela de custeio diferenciada. Caso haja posteriormente concessão de pensão e apresentação da carta emitida pelo INSS com vigência do benefício iniciada dentro do prazo de 120 dias de validade provisória, a forma de custeio será atualizada conforme tabela associada à renda cadastrada.

- II. Durante o processo de validade provisória de 120 (cento e vinte) dias, as despesas serão cobradas ao dependente responsável financeiro através de boleto bancário, referenciado à última renda ativa do titular falecido. A manutenção do dependente como pensionista estará sujeita a quitação de todos os boletos emitidos durante o período. Os valores formados não serão passíveis de ressarcimentos retroativos após a concessão da pensão pelo INSS e atualização das remunerações no sistema da Operadora.

Cláusula 97^a - Nas situações de Plano 28, de beneficiários inelegíveis inscritos por determinação judicial, de beneficiários sem Petros e, ainda, de beneficiários mantidos pela RN 488, a coparticipação do Pequeno Risco é fixa, em 50%, conforme tabela disposta no ANEXO VIII - TABELA DE PEQUENO RISCO E ODONTOLOGIA deste Regulamento, e independe da classe de renda do Beneficiário Titular.

Cláusula 98^a - São procedimentos enquadrados como Pequeno Risco:

- I. Assistência odontológica, incluindo Implantes dentários e suas etapas preliminares;
- II. Urgências Odontológicas;
- III. Assistência domiciliar, conforme regras específicas do Programa de Atenção Domiciliar;
- IV. Fisioterapia Motora e Fisioterapia Respiratória oferecidas conforme regra de cobertura e critérios específicos da Fisioterapia Domiciliar;
- V. Consultas médicas em consultório, clínicas ou ambulatórios;
- VI. Procedimentos de diagnóstico (Exames de imagem, Medicina Nuclear, Exames de Laboratório, Exames complementares de Cardiologia, Exames de Oftalmologia, Testes Dermatológicos e Alérgicos, etc.), desde que não realizados durante internação hospitalar, nem durante atendimentos de urgência ou emergência hospitalar;
- VII. Tratamentos seriados não realizados durante internação hospitalar, tais como psicoterapia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, e hemoterapia;
- VIII. Tratamentos realizados em "Day Clinic", desde que não estejam classificados como Grande Risco no Plano AMS (Saúde Petrobras);
- IX. Pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Nestes casos é necessária a verificação prévia da classificação do procedimento através dos canais de relacionamento da Operadora;
- X. Tratamento oftalmológico com droga antiangiogênica, desde que obedecido o protocolo técnico de utilização estabelecido pela ANS;

- XI. Serviços de remoção em ambulância, exceto os classificados como Grande Risco;
- XII. Visitas médicas domiciliares (exceto nos casos de internação domiciliar, conforme previsto nas regras específicas do PAD);
- XIII. Psicoterapia;
- XIV. Cirurgia esterilizadora masculina (vasectomia);
- XV. Cirurgias refrativas, de acordo com as diretrizes de utilização previstas pela ANS e com a cobertura extrarrol descrita neste Regulamento;
- XVI. Implante de Dispositivo Intrauterino - DIU, ainda que realizado em regime de hospital-dia (“Day Clinic”);
- XVII. Todos os tipos de tratamentos seriados.

Parágrafo único: Sempre que o beneficiário tiver dúvida quanto à classificação do procedimento ao qual irá se submeter, deverá efetuar verificação prévia através dos canais de relacionamento da Operadora.

Cláusula 99^a - Haverá desconto integral do Beneficiário Titular ou responsável financeiro das despesas de assistência à saúde custeadas pelo Plano AMS (Saúde Petrobras), nas situações que caracterizem:

- I. Infração ao Plano AMS (Saúde Petrobras);
- II. Quaisquer situações que infrinjam disposições estabelecidas neste Regulamento;
- III. Remoções não justificadas ou cuja justificativa não for aceita pela Operadora.

Cláusula 100^a - O beneficiário ficará sujeito a não cobertura do plano quando se negar a atender os critérios de regulação previstos neste Regulamento, a exemplo das auditorias odontológicas e perícias médicas, quando determinadas pela Operadora.

CAPÍTULO XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 101^a - A Operadora adota mecanismos de regulação administrativa (elegibilidade), assistencial e econômico-financeiro, conforme definido nos incisos abaixo:

- I. A regulação assistencial dos procedimentos de saúde solicitados pelos profissionais de saúde ou utilizados pelos beneficiários consiste na verificação da pertinência de sua cobertura, podendo, para essa avaliação, utilizar-se de Autorização Prévia, Perícia, Junta Profissional (3^a Opinião) e Auditorias Médicas e Odontológicas;
- II. A Operadora poderá realizar auditorias técnicas prévias, durante ou após o evento, de forma remota ou presencial, para salvaguardar as regras contratuais previstas e a validação das melhores práticas assistenciais, executadas por terceiros ou auditores internos;
- III. O mecanismo de regulação econômico-financeiro ou fator moderador é a coparticipação financeira dos beneficiários na despesa de procedimentos em saúde, variável de acordo com a sua faixa salarial.

Parágrafo único: A Operadora se reserva o direito de, por ocasião da inclusão de cobertura assistencial no plano não prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época, adotar coparticipação financeira diferenciada em relação àquelas previstas na tabela disposta no ANEXO VIII - TABELA PEQUENO RISCO E ODONTOLOGIA.

Cláusula 102^a - A Autorização Prévia será exigida para alguns procedimentos cobertos pelo plano, entre eles:

- I. Angioplastia;
- II. Angiografia;
- III. Angiotomografia e angiorressonância magnética;
- IV. Procedimentos oftalmológicos, como tratamento ocular com antiangiogênico,
- V. Aplicações de YAG LASER;
- VI. Arteriografia digital;
- VII. Cateterismo cardíaco;
- VIII. Cintilografias;
- IX. Colonoscopia;
- X. Densitometria óssea;
- XI. Eletroneuromiografia;
- XII. Estudos eletrofisiológicos;
- XIII. Avaliação neuropsicológica;
- XIV. Hemodiálise/Diálise Peritoneal;
- XV. Hemofiltração;
- XVI. Hemoperfusão;
- XVII. Litotripsia renal extracorpórea;
- XVIII. Mapeamento de retina;
- XIX. Polissonografia;
- XX. Quimioterapia;
- XXI. Radioterapia e Radiocirurgia;
- XXII. Remoções em ambulância;
- XXIII. Ressonância magnética;
- XXIV. Tilt Table Test;
- XXV. Tomografia computadorizada;
- XXVI. Toda e qualquer internação (clínica ou cirúrgica) proveniente de patologias e cirurgias cobertas pelo Plano AMS (Saúde Petrobras);
- XXVII. Todos os transplantes;

- XXVIII. Tratamentos de dependência química;
- XXIX. Alguns procedimentos dermatológicos;
- XXX. Consultas e sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional;
- XXXI. Tratamentos odontológicos;
- XXXII. Tratamentos psiquiátricos;
- XXXIII. Visitas médicas hospitalares;
- XXXIV. Bloqueio motor com toxina botulínica;
- XXXV. Quaisquer outros aqui não citados, a critério exclusivo da Operadora.

§1º A Autorização Prévia é exigida para os procedimentos em saúde na modalidade de atendimento da Escolha Dirigida e a critério exclusivamente do plano; poderá ser exigida a autorização para outros procedimentos que eventualmente possam não se enquadrar nas definições acima.

§2º Para obter Autorização Prévia, o credenciado acessa eletronicamente o Portal do Credenciado, preenche a guia de solicitação de autorização, de acordo com a padronização estabelecida pela ANS e anexa a documentação necessária para análise da auditoria técnica. A solicitação de autorização deverá conter, minimamente, as seguintes informações:

- I. Instituição em que será realizado o procedimento em saúde;
- II. Nome e matrícula do beneficiário do Plano AMS (Saúde Petrobras);
- III. Diagnóstico, descrição ou código relativo à classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID);
- IV. Nome do procedimento e/ou sua codificação pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS correspondente;
- V. Assinatura, nome e registro do profissional solicitante no respectivo Conselho de Classe, legíveis;
- VI. Indicação do período previsto para permanência hospitalar, nos casos de internações programadas (procedimentos eletivos).

§3º As autorizações prévias de procedimentos também podem ser obtidas pela rede credenciada, mediante contato com os canais de relacionamento da Operadora.

§4º Os prazos para análise dos pedidos de Autorização Prévia dos procedimentos em saúde são aqueles definidos pela legislação específica em vigor à época de sua solicitação.

§5º O Plano AMS (Saúde Petrobras) garante, através da Escolha Dirigida e da Livre Escolha, o atendimento médico imediato para os eventos em saúde caracterizados como Urgência ou Emergência, independentemente da Autorização Prévia, conforme disposto no Capítulo IX do presente Regulamento, sendo responsabilidade dos profissionais habilitados e das instituições de saúde a pronta execução dos procedimentos assistenciais indispensáveis ao tratamento indicado.

Parágrafo único: Nos casos em que houver a aplicação de carências nos termos deste Regulamento, os prazos para garantia de atendimento de urgência e emergência serão de 24h, conforme determina a legislação.

Cláusula 103^a - A Junta Profissional, nos termos da legislação vigente, poderá ser realizada em casos de divergências entre o profissional solicitante e a equipe técnica da Operadora, quanto à cobertura de procedimentos em saúde (indicação clínica, materiais especiais, órteses/próteses etc.). A remuneração dos honorários do profissional indicado para atuar como 3^a opinião e oferecer seu parecer sobre o caso ficará a cargo da Operadora.

Cláusula 104^a - As formas de coparticipação financeira adotadas pelo Plano AMS (Saúde Petrobras) são:

- I. Pequeno Risco;
- II. Ortodontia;
- III. Cirurgia Refrativa com cobertura extrarrol da ANS;
- IV. Benefício Farmácia;
- V. Programa de Assistência Especial (PAE).

§1º Para os procedimentos ortodônticos, a coparticipação financeira será de 50% do valor dos mesmos, de acordo com o referencial de preço vigente, independentemente da modalidade de atendimento, da classe de renda e da faixa etária.

§2º Para as Cirurgias Refrativas, exclusivamente pelas técnicas descritas no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, o plano ampliou a cobertura para os beneficiários (titulares e dependentes) com idade entre 25 e 40 anos com graus de miopia entre -1 e -5 DE (dioptria esférica), com ou sem astigmatismo, desde que medidos com cilindro negativo, mediante a coparticipação financeira diferenciada, ser aplicada no regime de Hospital-Dia/Day Clinic, a saber: 70% do custeio para o beneficiário titular ou responsável financeiro x 30% do custeio para as Patrocinadoras.

Cláusula 105^a - A Operadora disponibiliza ampla rede assistencial que garante a cobertura de todos os Procedimentos e Eventos em Saúde constantes do Rol da ANS. As informações atualizadas sobre a rede de prestadores credenciados do plano podem ser acessadas por todos os beneficiários, através da ferramenta Busca Rede Credenciada, disponível no Portal do Beneficiário, discriminadas as especialidades, endereços, e rotas de acesso.

Parágrafo único: A Operadora se reserva o direito de suspender ou cancelar o credenciamento de hospitais, médicos, laboratórios e demais serviços, em especial aqueles que suspenderem o atendimento, bem como, a seu critério, nomear novos credenciamentos em substituição e de acordo com a normatização vigente do setor de saúde suplementar.

CAPÍTULO XIII - CORREÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 106^a - A correção monetária da tabela do Grande Risco será realizada anualmente, de forma a manter o equilíbrio financeiro do benefício. O índice

financeiro e a data base de reajuste serão estabelecidos no último Acordo Coletivo de Trabalho celebrado.

CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 107ª - As faixas etárias do Plano AMS (Saúde Petrobras), bem como as suas variações de preços, seguem aquelas definidas na RN 63/2003 da ANS e são:

- I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Cláusula 108ª - A variação do valor do Grande Risco em razão da faixa etária somente incidirá quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao seu aniversário.

CAPÍTULO XV - PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO PLANO AMS (SAÚDE PETROBRAS)

Cláusula 109ª - Haverá perda da condição de beneficiário do Plano AMS (Saúde Petrobras) para os titulares e, conseqüentemente, para o seu grupo de dependentes, quando:

- I. Solicitarem sua exclusão;
- II. Incorrerem em infrações ou fraudes na utilização do plano, praticadas por beneficiários titulares;
- III. Sejam aposentados e tenham causado prejuízo financeiro para a Companhia, decorrente de fraude ou corrupção comprovadas, quando estavam na ativa;
- IV. Vierem a falecer;
- V. Tiverem extinção do seu contrato de trabalho devido à demissão por justa causa;
- VI. Tiverem suspenso seu contrato de trabalho por licença sem remuneração;
- VII. Tiverem suas aposentadorias suspensas ou canceladas pelo INSS;
- VIII. Nos casos específicos de cobrança das despesas do plano via boleto bancário, ocorrer inadimplência por 60 (sessenta) dias em um período de um ano, consecutivos ou não. Uma vez suspenso o benefício, nenhuma cobertura será disponibilizada, mesmo para os procedimentos de urgência e emergência. Os

beneficiários inadimplentes poderão retornar para o Plano AMS (Saúde Petrobras) em até 90 dias da data de suspensão, desde que quitado integralmente o débito com a Patrocinadora. Após este prazo não será permitido o retorno. A comunicação de suspensão e de exclusão poderá ser realizada pela Saúde Petrobras, em nome da Patrocinadoras, por meio aplicativo de mensagens instantâneas, ligação gravada, e-mail com confirmação de leitura ou carta com aviso de recebimento.

- IX. Tiverem suspenso ou cancelado o recebimento de seus proventos de aposentadoria ou pensão pelo Governo Federal, exclusivamente para os beneficiários titulares anistiados pela Lei nº 10.559/2002.

Cláusula 110ª - Haverá perda da condição de beneficiário dependente do Plano AMS (Saúde Petrobras) quando:

- I. sua exclusão for solicitada pelo Beneficiário Titular;
- II. do falecimento do beneficiário titular, caso não sejam reconhecidos como pensionistas do INSS ou não tenham a autorização do Beneficiário Pensionista para sua manutenção e não haja adesão à manutenção pela RN 488/22;
- III. do falecimento do Beneficiário Titular, quando se extingue a obrigação de a Petrobras prestar assistência à saúde do dependente incluído por determinação judicial, inclusive ex-cônjuge, mantido(a) por determinação judicial, ainda que este(a) seja reconhecido(a) como pensionista do INSS;
- IV. tiverem suspenso, cancelado ou encerrado o benefício previdenciário de Pensão por Morte, perdendo, conseqüentemente, a condição de pensionistas da Previdência Social, mesmo que continuem recebendo Suplementação da Petros.
- V. no caso de Beneficiário Dependente Cônjuge/Companheiro(a), a partir da separação judicial, divórcio ou dissolução da união estável, motivo que obriga o titular a requerer a correspondente exclusão do ex-cônjuge/ex-companheiro(a);
- VI. no caso de Beneficiário Dependente Filho, completar 21 (vinte e um) anos, se não for caracterizado como inválido ou não estiver cursando graduação ou pós-graduação, tendo direito apenas a ser mantido no Plano 28 Anos;
- VII. no caso de Beneficiário Dependente Filho, inscrito como Universitário, deixar de apresentar, no prazo estipulado, a comprovação de que está cursando graduação ou pós-graduação, ou completar 24 anos. Em ambos os casos, o beneficiário dependente que perde o direito poderá ser mantido no Plano 28 anos;
 - a) Caso o dependente perca a validade no plano por mais de 60 dias em razão da suspensão relacionada à ausência de comprovação retromencionada, aplicar-se-ão os períodos de carência estabelecidos no Parágrafo 1º da Cláusula 21ª quando da regularização e retorno ao plano.
- VIII. no caso de Beneficiário Dependente Filho ou enteado mantido no Plano 28 anos, completar 34 (trinta e quatro) anos;

- IX. ocorrer a dissolução da união do titular com o seu(sua) genitor(a), ou a exclusão do genitor(a) como dependente, no caso de Beneficiário Dependente Enteadado;
- X. o titular deixar de comprovar, semestralmente, que o processo de adoção continua em andamento ou o processo de adoção for encerrado com o indeferimento do juiz ou ainda quando o adotando completar 21 (vinte e um) anos de idade sem se tornar Beneficiário Dependente Filho;
 - a) Caso o dependente perca a validade no plano por mais de 60 dias em razão da suspensão relacionada à ausência de comprovação retromencionada, aplicar-se-ão os períodos de carência estabelecidos no Parágrafo 1º da Cláusula 21ª quando da regularização e retorno ao plano.
- XI. incorrerem em infrações ou fraudes na utilização do plano;
- XII. Vierem a falecer;
- XIII. Os beneficiários que possuem boleto bancário em aberto, gerado durante o processo de concessão de pensão, terão até 90 (noventa) dias, a contar do término do período concedido para tramitação do processo, 120 (cento e vinte) dias, para quitar integralmente o débito. Após este prazo não será permitido o retorno, mesmo com a apresentação da carta de concessão da pensão.
- XIV. No caso de dependentes incluídos por determinação judicial, quando a cobrança do rateio das despesas (incluindo participação no Grande Risco, participação no Pequeno Risco e saldo devedor) ocorrer também via boleto bancário, a sua inadimplência por 60 (sessenta) dias em um período de 12 meses, consecutivos ou não, ensejará a suspensão do benefício por inadimplência, quando nenhuma cobertura será disponibilizada, mesmo para os procedimentos de urgência e emergência. Os beneficiários inadimplentes poderão retornar para o Plano AMS (Saúde Petrobras) em até 90 dias da data de suspensão, desde que quitado integralmente o débito com a Patrocinadora. Após este prazo não será permitido o retorno.

Cláusula 111ª - A perda da condição de beneficiário do Plano AMS (Saúde Petrobras) implicará necessariamente na transferência de todos os débitos em aberto, até a data da sua exclusão, para o novo titular ou responsável financeiro sucessor na matrícula.

§1º A regra do caput não se aplicará às cobranças das despesas de beneficiário falecido (titular ou dependente) incluindo despesas pretéritas de contribuição mensal, utilização do benefício e de saldo devedor, quando houver. A suspensão das cobranças ocorrerá a partir da comunicação do óbito à operadora.

§2º No caso de perda da condição de beneficiário dependente do Plano AMS (Saúde Petrobras), exceto por falecimento, os débitos decorrentes da regra prevista no caput serão de responsabilidade do titular/pensionista e descontados dos seus proventos, de acordo com as regras descritas nas cláusulas 92ª, 93ª e 95ª deste Regulamento.

Cláusula 112ª - O Plano AMS (Saúde Petrobras) permitirá a reinclusão exclusivamente de Beneficiários Titulares Empregados e seus dependentes, desde

que não tenham sido excluídos por fraude contra o plano. Para os demais tipos de Beneficiários Titulares, conforme disposto na cláusula 6ª do presente Regulamento, uma vez requerida a sua exclusão, esta será definitiva.

Cláusula 113ª - A reinclusão de beneficiário dependente é admitida no Plano AMS (Saúde Petrobras), desde que o mesmo não tenha sido excluído do plano em razão de cometimento de fraude. Para reinclusão de beneficiário dependente, devem ser respeitadas as condições de elegibilidade para inclusão e manutenção de beneficiário dependente previstas neste documento, além de observadas as seguintes condições:

- I. se for ex-cônjuge, quando da reconciliação/restabelecimento da União, a partir da apresentação da averbação da revogação do divórcio ou separação na certidão de casamento ou da apresentação de nova declaração de união estável, no caso de companheiro(a), não podendo ser aceita a mesma declaração apresentada anteriormente;
- II. se for filho ou enteado excluído do Plano AMS 28 Anos, poderá ser reincluído desde que não tenha completado 29 anos de idade;
- III. se for menor sob guarda em processo de adoção, quando a exclusão ocorrer por não comprovação do processo de adoção, seu direito ao plano pode ser restabelecido mediante a comprovação do andamento do processo.

Cláusula 114ª - Não é admitida a reinclusão de pensionistas.

Cláusula 115ª - O(a) Ex-Cônjuge que se tornar Pensionista do INSS, mas que não seja um Beneficiário Dependente válido no momento do falecimento do respectivo Titular, não poderá ser mantido como Beneficiário Pensionista no Plano AMS (Saúde Petrobras), por não ter direito ao benefício por ocasião do falecimento do respectivo titular, ainda que tenha permanecido indevidamente com direito ao Plano AMS (Saúde Petrobras) por não exclusão tempestiva a partir da separação, divórcio ou dissolução da união estável.

CAPÍTULO XVI - DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

Cláusula 116ª - O beneficiário está ciente de que a Operadora tratará informações relativas a uma pessoa física identificada ou identificável ("Dados Pessoais") para prestar os serviços relativos ao plano de assistência médica suplementar estipulado neste Regulamento e que a Operadora possui o compromisso com a proteção dos Dados Pessoais coletados de seus beneficiários titulares e respectivos dependentes de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais").

Cláusula 117ª - A Operadora envidará seus melhores esforços para proteção das informações coletadas e tratadas em decorrência da execução dos serviços previstos neste Regulamento, principalmente dos Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis, aplicando as medidas de proteção administrativas e técnicas necessárias e disponíveis à época, exigindo de seus fornecedores e credenciados o mesmo nível aceitável de segurança da informação, com base em melhores práticas de mercado, a partir de cláusulas contratuais.

Cláusula 118ª - A Operadora compromete-se em tratar os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis de forma restrita aos fins estabelecidos neste Regulamento, de

forma a viabilizar as funcionalidades ofertadas, prevenindo e evitando o seu uso para quaisquer outros fins alheios aos aqui descritos, ou por terceiros não autorizados. Em caso de qualquer dúvida em relação às disposições sobre o tratamento de Dados Pessoais realizado pela Operadora, os beneficiários poderão consultar a Política de Privacidade da Saúde Petrobras, disponível no endereço eletrônico <https://saudepetrobras.com.br> ou efetuar contato por meio dos canais de atendimento disponíveis.

Cláusula 119^a - Caso exista modificação dos textos legais acima indicados ou de qualquer outro de forma que exija modificações na estrutura da prestação de serviços ou na execução das atividades previstas neste Regulamento, a Operadora compromete-se a se adequar às condições vigentes.

CAPÍTULO XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO I - CARTÃO SAÚDE PETROBRAS

Cláusula 120^a - O Cartão Saúde Petrobras, em meio físico ou virtual, juntamente com a apresentação de documento de identificação válido, habilita os Beneficiários Titulares e Dependentes a utilizarem os serviços de saúde cobertos pelo plano através da modalidade de atendimento da Escolha Dirigida.

Cláusula 121^a - O Cartão Saúde Petrobras não possui prazo de validade impresso; no entanto, os critérios de elegibilidade de cada tipo de beneficiário dispostos no presente Regulamento estarão mantidos e registrados no Sistema Informatizado do plano, o que não eximirá o Beneficiário Titular da responsabilidade a respeito da eventual manutenção indevida dos seus beneficiários dependentes no Plano AMS (Saúde Petrobras).

Cláusula 122^a - O Cartão Saúde Petrobras deverá ser descartado pelo beneficiário sempre que houver perda da condição de beneficiário do plano, independentemente de a exclusão ter sido por iniciativa do beneficiário titular ou por iniciativas das Patrocinadoras.

Cláusula 123^a - A perda ou esquecimento do Cartão Saúde Petrobras não inviabiliza o atendimento, bastando que o credenciado verifique a elegibilidade do beneficiário no Portal TISS.

SEÇÃO II - USO INDEVIDO E FRAUDULENTO DA SAÚDE PETROBRAS

Cláusula 124^a - Será considerado uso indevido do Plano AMS (Saúde Petrobras) a utilização pelo Beneficiário Titular ou Dependente nas seguintes situações:

- I. Estiver suspenso ou excluído do plano;
- II. Estiver sendo, indevidamente, mantido no plano, como:
 - a) Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) ou qualquer ex-dependente cuja desvinculação do Beneficiário Titular não for, por este, comunicada à Operadora, ficando propositadamente desatualizado o cadastro do mesmo;
 - b) Filho(a) ou enteado(a) indevidamente mantido na situação de Universitário, após trancamento de matrícula, sem que o Titular tenha optado por migrá-lo para a Situação Plano 28.

Parágrafo único: A penalidade aplicável será o ressarcimento às Patrocinadoras de toda a despesa com serviços de saúde desembolsados pelo plano no período de utilização indevida. O ressarcimento é devido inclusive para serviços de saúde que tenham sido pré-autorizados pela Operadora. No caso de manutenção indevida de beneficiários dependentes ex-cônjuge/companheiro(a), será aplicada a cobrança de todas as despesas de saúde durante o período compreendido entre a separação e a exclusão do dependente mantido indevidamente, por meio de boleto bancário. Caso não haja quitação da dívida, todo o grupamento familiar (titular e dependentes) será excluído, sem devolução dos valores pagos a título de contribuição mensal para o Grande Risco.

Cláusula 125^a - Será considerado uso fraudulento do Plano AMS (Saúde Petrobras) a adoção, pelo Beneficiário Titular ou Dependente, de alguma das seguintes práticas:

- I. Empréstimo do Cartão Saúde Petrobras a terceiros;
- II. Fazer acordos com prestadores para que sejam cobrados procedimentos ou serviços não realizados/prestados ou indevidos;
- III. Apresentar recibos de procedimentos que não foram realizados para o Titular ou seus dependentes;
- IV. Falsificar documentos ou provas para conseguir ressarcimento indevido ou para favorecer terceiros, e
- V. Fazer acordos com prestadores para desmembrar procedimentos objetivando maximizar valores de reembolso.

Parágrafo único: A penalidade aplicável quando o titular for o autor da fraude será a exclusão definitiva de todo o grupamento familiar do Plano AMS (Saúde Petrobras). Por ocasião de cometimento de fraude por dependente, este perderá o direito ao plano. As penalidades previstas não excluem a possibilidade de acionamento judicial nas esferas trabalhista, civil e penal.

SEÇÃO III - CANAIS DE RELACIONAMENTO

Cláusula 126^a - Os canais de relacionamento da Operadora estão disponíveis no sítio eletrônico <https://saudepetrobras.com.br>

ANEXOS

ANEXO I

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO FARMÁCIA

Faixa (MSB)*	Medicamento com custo unitário de R\$ 150,00 a R\$ 300,00 (exceto medicamento para tratamento de doença crônica não transmissível ou psiquiátrica ou medicamentos utilizados na linha de cuidado para pessoas transgênero e/ou em processo transexualizador)		Medicamentos utilizados na linha de cuidado para pessoas transgênero e/ou em processo transexualizador ou para tratamento de doenças psiquiátricas ou para tratamento de doença crônica não transmissível e, ainda, medicamentos com custo unitário de R\$ 300,01 a R\$ 1.000,00		Medicamento com custo unitário de R\$ 1.000,01 a R\$ 5.000,00	Medicamento de cobertura obrigatória pela ANS** e medicamentos com custo unitário a partir de R\$ 5.000,01
	Reembolso Medicamentos Genéricos	Demais Situações	Reembolso Medicamentos Genéricos	Demais Situações		
até 1,4	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral
até 2,4						
até 4,8						
até 7,2						
até 9,6						
até 14,4						
até 19,2						
até 22,6						
até 26						
maior que 26						
Outras modalidades	% de Participação					
Plano 28	Conforme faixa do titular	Conforme faixa do titular	Conforme faixa do titular	Conforme faixa do titular	Conforme faixa do titular	Subsídio integral
Beneficiários Sem Petros	42%	65%	42%	50%	19%	
Inseridos por Determinação Judicial	65%	65%	50%	50%		
RN488	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento	
Petros saque parcial						

*MSB (Menor Salário Básico) Terrestres = R\$ 1.432,08 *MSB (Menor Salário Básico) Marítimos = R\$ 1.325,79

**Medicamentos de cobertura obrigatória previstos e regulados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente

ANEXO II

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO NO PAE

Classe de Renda (MSB)	% de Participação
Até 1,4	2%
Até 2,4	4%
Até 4,8	6%
Até 7,2	8%
Até 9,6	10%
Até 14,4	11%
Até 19,2	13%
Até 22,6	15%
Até 26,0	17%
Acima de 26,0	19%

Outras modalidades	% de Participação
Beneficiários sem Petros	19%
Inseridos por Determinação Judicial	
RN488	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento
Petros saque parcial	

ANEXO III

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO (70x30)²

Vigência de 01/03/2026 a 28/02/2027

Faixa MSB*	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco	Faixa MSB*	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco
até 1,4	0 a 18	R\$ 17,16	até 19,2	0 a 18	R\$ 128,74
	19 a 23	R\$ 20,19		19 a 23	R\$ 151,44
	24 a 28	R\$ 24,03		24 a 28	R\$ 180,20
	29 a 33	R\$ 28,63		29 a 33	R\$ 214,74
	34 a 38	R\$ 34,15		34 a 38	R\$ 256,12
	39 a 43	R\$ 40,77		39 a 43	R\$ 305,84
	44 a 48	R\$ 48,73		44 a 48	R\$ 365,49
	49 a 53	R\$ 58,27		49 a 53	R\$ 437,06
	54 a 58	R\$ 60,47		54 a 58	R\$ 453,54
até 2,4	> 59	R\$ 64,92	até 22,6	> 59	R\$ 486,89
	0 a 18	R\$ 25,08		0 a 18	R\$ 173,17
	19 a 23	R\$ 29,50		19 a 23	R\$ 203,71
	24 a 28	R\$ 35,11		24 a 28	R\$ 242,40
	29 a 33	R\$ 41,83		29 a 33	R\$ 288,86
	34 a 38	R\$ 49,90		34 a 38	R\$ 344,52
	39 a 43	R\$ 59,59		39 a 43	R\$ 411,40
	44 a 48	R\$ 71,20		44 a 48	R\$ 491,63
	49 a 53	R\$ 85,14		49 a 53	R\$ 587,91
até 4,8	54 a 58	R\$ 88,35	até 26	54 a 58	R\$ 610,08
	> 59	R\$ 94,86		> 59	R\$ 654,94
	0 a 18	R\$ 45,04		0 a 18	R\$ 184,72
	19 a 23	R\$ 52,99		19 a 23	R\$ 217,29
	24 a 28	R\$ 63,05		24 a 28	R\$ 258,56
	29 a 33	R\$ 75,13		29 a 33	R\$ 308,11
	34 a 38	R\$ 89,62		34 a 38	R\$ 367,51
	39 a 43	R\$ 107,02		39 a 43	R\$ 438,83
	44 a 48	R\$ 127,89		44 a 48	R\$ 524,41
até 7,2	49 a 53	R\$ 152,93	até 30	49 a 53	R\$ 627,12
	54 a 58	R\$ 158,69		54 a 58	R\$ 650,77
	> 59	R\$ 170,37		> 59	R\$ 698,61
	0 a 18	R\$ 62,51		0 a 18	R\$ 207,38
	19 a 23	R\$ 73,53		19 a 23	R\$ 243,95
	24 a 28	R\$ 87,50		24 a 28	R\$ 290,28
	29 a 33	R\$ 104,27		29 a 33	R\$ 345,92
	34 a 38	R\$ 124,36		34 a 38	R\$ 412,59
	39 a 43	R\$ 148,49		39 a 43	R\$ 492,67
até 9,6	44 a 48	R\$ 177,45	até 36	44 a 48	R\$ 588,74
	49 a 53	R\$ 212,21		49 a 53	R\$ 704,05
	54 a 58	R\$ 220,21		54 a 58	R\$ 730,60
	> 59	R\$ 236,40		> 59	R\$ 784,32
	0 a 18	R\$ 77,35		0 a 18	R\$ 241,78
	19 a 23	R\$ 90,99		19 a 23	R\$ 284,41
	24 a 28	R\$ 108,28		24 a 28	R\$ 338,44
	29 a 33	R\$ 129,03		29 a 33	R\$ 403,29
	34 a 38	R\$ 153,90		34 a 38	R\$ 481,02
até 14,4	39 a 43	R\$ 183,77	maior que 36	39 a 43	R\$ 574,39
	44 a 48	R\$ 219,60		44 a 48	R\$ 686,41
	49 a 53	R\$ 262,61		49 a 53	R\$ 820,84
	54 a 58	R\$ 272,51		54 a 58	R\$ 851,79
	> 59	R\$ 292,56		> 59	R\$ 914,42
	0 a 18	R\$ 103,97		0 a 18	R\$ 282,15
	19 a 23	R\$ 122,31		19 a 23	R\$ 331,90
	24 a 28	R\$ 145,53		24 a 28	R\$ 394,93
	29 a 33	R\$ 173,43		29 a 33	R\$ 470,63
	34 a 38	R\$ 206,85		34 a 38	R\$ 561,33
	39 a 43	R\$ 247,00		39 a 43	R\$ 670,28
	44 a 48	R\$ 295,16		44 a 48	R\$ 801,00
	49 a 53	R\$ 352,97		49 a 53	R\$ 958,57
	54 a 58	R\$ 366,28		54 a 58	R\$ 993,99
	> 59	R\$ 393,21		> 59	R\$ 1.067,08

*MSB (Menor Salário Básico) Terrestres = R\$ 1.432,08

*MSB (Menor Salário Básico) Marítimos = R\$ 1.325,79

² Aplicável aos beneficiários do Plano AMS (Saúde Petrobras) vinculados aos Sindicatos que assinaram o Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

ANEXO IV

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO GRANDE RISCO SEM PETROS (70x30) ³

Vigência de 01/03/2026 a 28/02/2027

Faixa Etária	Contribuição Grande Risco (R\$)
0 a 18	129,76
19 a 23	154,94
24 a 28	160,88
29 a 33	173,15
34 a 38	186,04
39 a 43	263,33
44 a 48	305,10
49 a 53	310,36
54 a 58	436,37
> 59	668,54

³ Aplicável aos beneficiários do Plano AMS (Saúde Petrobras) vinculados aos Sindicatos que assinaram o Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

ANEXO V

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO BENEFICIÁRIOS SEM PREVISÃO DE CUSTEIO DIFERENCIADO EM ACT (50x50)⁴

Vigência de 01/03/2026 a 28/02/2027

Faixa MSB*	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco	Faixa MSB*	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco
até 1,4	0 a 18	R\$ 39,02	até 19,2	0 a 18	R\$ 165,06
	19 a 23	R\$ 46,57		19 a 23	R\$ 197,08
	24 a 28	R\$ 53,11		24 a 28	R\$ 224,73
	29 a 33	R\$ 58,02		29 a 33	R\$ 245,45
	34 a 38	R\$ 63,44		34 a 38	R\$ 268,39
	39 a 43	R\$ 89,63		39 a 43	R\$ 380,04
	44 a 48	R\$ 107,35		44 a 48	R\$ 454,14
	49 a 53	R\$ 117,65		49 a 53	R\$ 497,83
	54 a 58	R\$ 133,19		54 a 58	R\$ 563,59
até 2,4	> 59	R\$ 153,19		> 59	R\$ 648,19
	0 a 18	R\$ 51,81	até 22,6	0 a 18	R\$ 201,99
	19 a 23	R\$ 61,85		19 a 23	R\$ 240,96
	24 a 28	R\$ 70,54		24 a 28	R\$ 274,79
	29 a 33	R\$ 77,07		29 a 33	R\$ 300,13
	34 a 38	R\$ 84,24		34 a 38	R\$ 328,19
	39 a 43	R\$ 119,30		39 a 43	R\$ 464,68
	44 a 48	R\$ 142,55		44 a 48	R\$ 555,30
	49 a 53	R\$ 156,28		49 a 53	R\$ 608,70
	54 a 58	R\$ 176,92		54 a 58	R\$ 689,11
até 4,8	> 59	R\$ 203,46		> 59	R\$ 792,54
	0 a 18	R\$ 84,60	até 26	0 a 18	R\$ 222,12
	19 a 23	R\$ 100,99		19 a 23	R\$ 265,05
	24 a 28	R\$ 115,16		24 a 28	R\$ 302,27
	29 a 33	R\$ 125,79		29 a 33	R\$ 330,13
	34 a 38	R\$ 137,57		34 a 38	R\$ 361,00
	39 a 43	R\$ 194,79		39 a 43	R\$ 511,16
	44 a 48	R\$ 232,74		44 a 48	R\$ 610,82
	49 a 53	R\$ 255,14		49 a 53	R\$ 669,59
	54 a 58	R\$ 288,83		54 a 58	R\$ 758,00
até 7,2	> 59	R\$ 332,20		> 59	R\$ 871,80
	0 a 18	R\$ 106,71	até 30	0 a 18	R\$ 257,10
	19 a 23	R\$ 127,38		19 a 23	R\$ 291,57
	24 a 28	R\$ 145,27		24 a 28	R\$ 332,48
	29 a 33	R\$ 158,67		29 a 33	R\$ 363,16
	34 a 38	R\$ 173,50		34 a 38	R\$ 397,11
	39 a 43	R\$ 245,67		39 a 43	R\$ 562,26
	44 a 48	R\$ 293,59		44 a 48	R\$ 671,92
	49 a 53	R\$ 321,81		49 a 53	R\$ 736,53
	54 a 58	R\$ 364,33		54 a 58	R\$ 833,81
até 9,6	> 59	R\$ 419,02		> 59	R\$ 958,99
	0 a 18	R\$ 120,05	até 36	0 a 18	R\$ 309,00
	19 a 23	R\$ 143,30		19 a 23	R\$ 334,10
	24 a 28	R\$ 163,41		24 a 28	R\$ 365,74
	29 a 33	R\$ 178,50		29 a 33	R\$ 399,48
	34 a 38	R\$ 195,18		34 a 38	R\$ 436,81
	39 a 43	R\$ 276,36		39 a 43	R\$ 618,49
	44 a 48	R\$ 330,24		44 a 48	R\$ 739,10
	49 a 53	R\$ 362,00		49 a 53	R\$ 810,19
	54 a 58	R\$ 409,82		54 a 58	R\$ 917,21
até 14,4	> 59	R\$ 471,34		> 59	R\$ 1.054,88
	0 a 18	R\$ 146,64	maior que 36	0 a 18	R\$ 371,76
	19 a 23	R\$ 175,09		19 a 23	R\$ 401,84
	24 a 28	R\$ 199,66		24 a 28	R\$ 431,76
	29 a 33	R\$ 218,07		29 a 33	R\$ 461,85
	34 a 38	R\$ 238,48		34 a 38	R\$ 491,93
	39 a 43	R\$ 337,65		39 a 43	R\$ 680,34
	44 a 48	R\$ 403,50		44 a 48	R\$ 813,02
	49 a 53	R\$ 442,30		49 a 53	R\$ 891,86
	54 a 58	R\$ 500,72		54 a 58	R\$ 1.008,92
	> 59	R\$ 575,87		> 59	R\$ 1.160,38

*MSB (Menor Salário Básico) Terrestres = R\$ 1.432,08

*MSB (Menor Salário Básico) Marítimos = R\$ 1.325,79

⁴ Aplicável aos beneficiários do Plano AMS (Saúde Petrobras) vinculados aos Sindicatos que não assinaram o Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

ANEXO VI

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO BENEFICIÁRIOS SEM PREVISÃO DE CUSTEIO DIFERENCIADO EM ACT (50x50) - BENEFICIÁRIO SEM PETROS ⁵

Vigência de 01/03/2026 a 28/02/2027

Faixa Etária	Contribuição Mensal (R\$)
0 a 18	R\$ 170,25
19 a 23	R\$ 203,26
24 a 28	R\$ 211,05
29 a 33	R\$ 227,21
34 a 38	R\$ 244,08
39 a 43	R\$ 345,49
44 a 48	R\$ 400,29
49 a 53	R\$ 407,18
54 a 58	R\$ 572,48
> 59	R\$ 877,03

⁵ Aplicável aos beneficiários do Plano AMS (Saúde Petrobras) vinculados aos Sindicatos que não assinaram o Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

ANEXO VII

CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO - RN 488, PLANO 28 E BENEFICIÁRIOS QUE NÃO ATENDAM AOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Vigência de 01/03/2026 a 28/02/2027

Faixa Etária	Contribuição GR
0 a 18	R\$ 500,93
19 a 23	R\$ 598,15
24 a 28	R\$ 621,10
29 a 33	R\$ 668,45
34 a 38	R\$ 718,20
39 a 43	R\$ 1.016,58
44 a 48	R\$ 1.177,80
49 a 53	R\$ 1.198,12
54 a 58	R\$ 1.684,61
59 ou mais	R\$ 2.580,90

ANEXO VIII

TABELA PEQUENO RISCO E ODONTOLOGIA

Vigência a partir de 01/09/2023

Classe de Renda (MSB)	% de Participação
Até 1,4	7%
Até 2,4	14%
Até 4,8	22%
Até 7,2	28%
Até 9,6	35%
Até 14,4	39%
Até 19,2	42%
Até 22,6	46%
Até 26,0	48%
Acima de 26,0	50%

Outras modalidades	% de Participação
Plano 28	50%
Beneficiários sem Petros	
RN 488	
Inseridos por Determinação Judicial	
Petros saque parcial	Congelamento na faixa salarial na data do desligamento