

31ª versão: Janeiro/2021

REGULAMENTO DA ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE

AMS ASSISTÊNCIA
MULTIDISCIPLINAR
DE SAÚDE

REGULAMENTO DA ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE - AMS

As informações presentes neste Regulamento foram extraídas das normas internas (corporativas e de operação) da AMS, registradas no Sistema Integrado de Padronização Eletrônica da Petrobras (SINPEP¹), que têm como base principal as cláusulas do benefício saúde negociadas em Acordos Coletivos de Trabalho da Petrobras.

Este Regulamento poderá ser modificado ao longo do tempo, através de novas versões.

¹ O SINPEP está disponível para todos os empregados através da Petronet

Sumário

INTRODUÇÃO – CARACTERIZAÇÃO E FINALIDADE.....	4
CAPÍTULO I – ATRIBUTOS DO REGULAMENTO DA AMS.....	4
CAPÍTULO II - BENEFICIÁRIOS DA AMS.....	4
CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO NA AMS.....	6
CAPÍTULO IV - VIGÊNCIA DA AMS.....	7
CAPÍTULO V - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	8
CAPÍTULO VI – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES.....	8
CAPÍTULO VII – COBERTURA DA AMS.....	8
SEÇÃO I - COBERTURAS ESPECIAIS DA AMS.....	10
SUBSEÇÃO I A- BENEFÍCIO FARMÁCIA.....	10
TABELA I - CONTRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO FARMÁCIA.....	11
SUBSEÇÃO I B- PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL – PAE E PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - PAD.....	13
SUBSEÇÃO I C - OUTRAS COBERTURAS EXTRA ROL.....	14
CAPÍTULO VIII – EXCLUSÕES DE COBERTURA DA AMS.....	15
CAPÍTULO IX – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
CAPÍTULO X - MODALIDADES DE ATENDIMENTO DA AMS.....	18
SEÇÃO I – ESCOLHA DIRIGIDA.....	18
SEÇÃO II –LIVRE ESCOLHA.....	18
CAPÍTULO XI- MODALIDADES DE CUSTEIO DA AMS.....	20
SEÇÃO I – GRANDE RISCO.....	20
TABELA II - CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO.....	21
TABELA III - CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO- RN 279.....	22
TABELA IV - PROJEÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO 50x50.....	23
TABELA V - CONTRIBUIÇÃO GRANDE RISCO SEM PETROS 60x40.....	24
TABELA VI - CONTRIBUIÇÃO GRANDE RISCO SEM PETROS 50x50.....	24
TABELA VII - CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO BENEFICIÁRIOS SEM PREVISÃO DE CUSTEIO DIFERENCIADO EM ACT.....	25
SEÇÃO II - PEQUENO RISCO.....	27
TABELA VIII - TABELA PEQUENO RISCO E ODONTOLOGIA.....	28
CAPÍTULO XII – MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	30
CAPÍTULO XIII – REAJUSTE.....	32
CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS.....	32
CAPÍTULO XV- PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DA AMS.....	32
CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
SEÇÃO I - CARTÃO AMS.....	34
SEÇÃO II - USO INDEVIDO E FRAUDULENTO DA AMS.....	35
SEÇÃO III - CENTRAL DE RELACIONAMENTO RH.....	35

INTRODUÇÃO – CARACTERIZAÇÃO E FINALIDADE

A Assistência Multidisciplinar de Saúde é um benefício de assistência à saúde oferecido pela Petrobras, atuando nas dimensões de promoção, prevenção e recuperação de saúde, com garantias definidas em normas internas da AMS e em Acordos Coletivos de Trabalho, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS -, no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, sob o código AMS, sendo um plano privado de assistência à saúde, na modalidade coletivo empresarial, com situação ativa junto à ANS, adaptado à Lei 9.656/98, que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica – PETROBRAS, por relação empregatícia, cuja participação dos dependentes está necessariamente condicionada à participação do beneficiário titular no contrato. A AMS é administrada pelo departamento de Recursos Humanos da Petrobras e possui o código de registro nº36687-1 como uma Autogestão de Saúde. Sua sede localiza-se na Avenida Chile, nº 65, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20.031-912.

A segmentação assistencial do plano de saúde AMS 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 DA AMS

Cláusula 1ª - O presente Regulamento foi elaborado pela Gerência de Recursos Humanos da Petrobras e destina-se a informar os beneficiários a respeito das normas internas e diretrizes para utilização do benefício saúde – AMS.

Cláusula 2ª - São beneficiários da AMS os empregados, aposentados, pensionistas e anistiados (com base na Lei 10.559/2002, Art. 14 e pela Lei 8.878/1994) da Petrobras, e respectivos dependentes elegíveis, de acordo com os critérios definidos no presente Regulamento.

Cláusula 3ª - A cobertura de todos os custos assistenciais da AMS segue a proporção definida em Acordos Coletivos de Trabalho, onde há previsão de participação financeira da Petrobras (70%) e dos beneficiários da AMS (30%), ressalvadas as condições previstas no §7º e no §8º da cláusula 6ª e com exceção dos beneficiários inelegíveis, inscritos por determinação judicial, cujo desconto será integral. A partir de 01/01/2021, a participação financeira da Petrobras passa a ser 60% e dos beneficiários da AMS 40%.

Cláusula 4ª - As modalidades de custeio da AMS ocorrem a preço pré-estabelecido (contribuições mensais para o Grande Risco) e com coparticipação (contribuição variável para o Pequeno Risco), com a finalidade de garantir, por prazo indeterminado, e sem limite financeiro, a assistência à saúde.

Cláusula 5ª - As modalidades de atendimento da AMS garantem a assistência à saúde dentro das coberturas assistenciais definidas no presente Regulamento, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes (Escolha Dirigida) ou não (Livre Escolha) da rede credenciada, sem períodos de carência.

CAPÍTULO II - BENEFICIÁRIOS DA AMS

Cláusula 6ª - São considerados Beneficiários Titulares da AMS:

- I. Empregados da Petrobras que estiverem trabalhando e recebendo remuneração da Petrobras;
- II. Aposentados da Petrobras, de acordo com as condições previstas na cláusula 12 deste Regulamento;
- III. Pensionistas, reconhecidos e mantidos pelo INSS, desde que tenham sido inscritos na AMS pelo empregado ou aposentado em vida e estejam inscritos, sejam elegíveis e com validade na AMS na data do óbito do titular;

- IV. Anistiados, ex-empregados do Sistema Petrobras, com base na Lei 10.559/2002, Art. 14 (desde que recebam seus proventos através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG) e pela Lei 8.878/1994.

§1º É facultado ao empregado a sua inscrição e permanência na AMS, bem como de seus dependentes, a qualquer tempo, a partir do início do contrato de trabalho com a Petrobras, sem que para isso necessite de cumprimento de qualquer carência.

§2º O empregado poderá optar pela não adesão à AMS, o que implicará na obrigatoriedade do preenchimento e assinatura do termo de responsabilidade específico.

§3º Os beneficiários titulares da AMS são os responsáveis, perante a Petrobras, por todos os seus dependentes e deverão manter suas informações cadastrais atualizadas.

§4º A ausência do número de inscrição no CPF dos beneficiários dependentes maiores de 08 anos de idade poderá acarretar a suspensão da AMS.

§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 da AMS. Os beneficiários dependentes que vierem a assumir vínculo empregatício com a Petrobras passarão a assumir a condição de Beneficiários Titulares.

§6º Para os empregados anistiados que ingressaram na Companhia aposentados, é garantida a AMS, após o efetivo desligamento da Petrobras, desde que tenham contribuído para a AMS por período igual ou maior a 10 (dez) anos, de acordo com os termos da Cláusula 12ª.

§7º Aos empregados demitidos sem justa causa, será oferecida a opção de permanência na AMS, como beneficiário titular e com custeio diferenciado, por 1/3 (um terço) do período de contribuição para o benefício, respeitando-se o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 2 (dois) anos, conforme legislação vigente (RN 279/11 da ANS) ou a que vier substituí-la. A correspondente tabela de custeio do Grande Risco encontra-se na cláusula 88ª, Tabela III, sendo a coparticipação no Pequeno Risco de 50%, independente das faixas etárias dos beneficiários e valor da última remuneração do(a) titular.

§8º Aos empregados aposentados, admitidos a partir de 01/01/2010, com menos de 10 (dez) anos de contribuição para o Benefício, será oferecida, com custeio diferenciado, a opção de permanência na AMS, no prazo correspondente à proporção de 1 (um) ano de permanência na AMS para cada 1(um) ano de contribuição para o Benefício. A correspondente tabela de custeio do Grande Risco encontra-se na cláusula 88ª, Tabela III, sendo a coparticipação no Pequeno Risco de 50%, independente das faixas etárias dos beneficiários e valor da última remuneração do(a) titular.

Cláusula 7ª - São considerados Beneficiários Dependentes, elegíveis à AMS, aqueles inscritos por solicitação voluntária do beneficiário titular (empregado, aposentado ou anistiado), desde que atendam os critérios vigentes à época da sua inclusão na AMS. Os dependentes podem ser:

- I. Cônjuge ou Companheiro(a);
- II. Filhos(as);
- III. Enteados(as) legalmente dependentes;
- IV. Menor sob guarda em processo de adoção, desde que inscritos até a idade de 18 anos;
- V. Agregados, exclusivamente para empregados em missão no exterior;
- VI. Temporário (recém-nascidos até 30 dias de vida).

§1º A perda do direito à AMS do Beneficiário Titular implicará no desligamento obrigatório do seu grupo de beneficiários dependentes.

§2º É vedada a manutenção de um Beneficiário Dependente sem que este esteja vinculado a um Beneficiário Titular.

§3º No caso de falecimento do beneficiário titular, nenhum dependente acima de 21 anos poderá permanecer com direito à AMS na matrícula se não houver pensionista cônjuge/companheiro(a) que possa mantê-lo e autorize sua manutenção, inclusive; universitário, dependente entre 21 e 34 anos; pai, mãe (inscritos antes de 1997); etc.

§4º O dependente Cônjuge/Companheiro só pode ser mantido na AMS 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 indevida no cadastro considerada fraude.

Cláusula 8ª - Não é permitida a inclusão e manutenção concomitante de Beneficiários Dependentes Cônjuge e Companheiro(a).

CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO NA AMS

Cláusula 9ª - Os critérios e documentos necessários para inclusão, manutenção e exclusão dos beneficiários titulares e dependentes estão definidos no documento corporativo “CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA A AMS” (DI – 1PBR - 000256) e no documento corporativo “GERIR CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS NA AMS (PP-2ACP-00017), registrado no Sistema Integrado de Padronização Eletrônica da Petrobras (SINPEP) que poderá ser alterado de acordo com as negociações nos Acordos Coletivos de Trabalho”.

Cláusula 10ª - Aos beneficiários dependentes vinculados ao Beneficiário Titular Empregado que foram incluídos até 31/10/97, de acordo com os critérios normativos da AMS vigentes à época, será garantida a elegibilidade à AMS.

Cláusula 11ª - Para o beneficiário Titular, empregado da Petrobras que, ao ser admitido, já se encontrar na condição de aposentado pelo Sistema Petrobras, não é permitida uma nova inclusão como beneficiário da AMS (categoria de empregado), devendo ser mantido, se de seu interesse, na AMS, somente como Beneficiário Titular Aposentado.

Cláusula 12ª – O beneficiário titular empregado pode ser mantido na AMS após a aposentadoria com a mesma tabela de custeio aplicada ao beneficiário titular da ativa, desde que cumpra as seguintes condições:

- I. Tenha se desligado da Companhia após a aposentadoria pelo INSS ou tenham obtido a carta de concessão do benefício em até 90 dias após o desligamento da Petrobras.
- II. Tenha, no mínimo, 10 (dez) anos de vinculação à AMS (120 contribuições), completos no dia 25 de janeiro de 2022, no caso de empregados admitidos a partir de 01/01/2010.
- III. Tenha o Adicional de Tempo de Serviço (ATS) igual ou superior a 10 (dez) anos no momento do seu efetivo desligamento da Petrobras, no caso dos empregados anistiados com base na Lei nº 8.878/1994, mesmo os que ingressaram na Companhia aposentados pela Previdência Oficial.
- IV. Não tenha sido dispensado por justa causa ou por conveniência da Petrobras.

§1º O tempo de contribuição mínimo (10 anos) de que trata o inciso II não será aplicado nos casos em que o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS vier a conceder ao empregado a aposentadoria por invalidez.

§2º - A condição de beneficiário da AMS será mantida para empregados já aposentados pelo INSS que estejam com contrato de trabalho em vigor na Companhia, quando seu afastamento do trabalho, por motivo de doença, for superior a 15 (quinze) dias.

§3º - Para aposentados que não atenderem ao prazo citado no inciso II acima, será oferecida a opção de permanência na AMS pelo mesmo período de contribuição para o benefício, conforme tabela própria nos termos da legislação vigente (RN 279/11 da ANS) ou a que vier substituí-la.

§4º - Para aposentados admitidos a partir de 01/01/2010 que forem dispensados por conveniência e que não tenham contribuído por 10 anos, será oferecida a opção de permanência na AMS pelo mesmo período de contribuição para o benefício, conforme tabela própria nos termos da legislação vigente (RN 279/11 da ANS) ou a que vier substituí-la.

§5º - Para aposentados que forem dispensados por conveniência e que tenham contribuído por 10 anos, será oferecida a opção de permanência por prazo indeterminado na AMS, com tabela de custeio diferenciada, conforme tabela própria nos termos da legislação vigente (RN 279/11 da ANS) ou a que vier substituí-la.

Cláusula 13ª - É vedado ao Beneficiário Titular Pensionista incluir beneficiários dependentes na AMS, à exceção de inclusão de filhos póstumos.

Parágrafo único. A manutenção dos beneficiários dependentes (filho ou enteado) inscritos na AMS, em vida, pelo Beneficiário Titular falecido que não tenham sido reconhecidos pelo INSS como pensionistas, exigirá a autorização do(a) pensionista cônjuge ou companheiro(a), na época do falecimento do titular, uma vez que caberá a este(a) último(a) arcar com todas as despesas de AMS dos beneficiários dependentes.

Cláusula 14ª - Os Beneficiários Titulares Anistiados, de acordo com o inciso IV da cláusula 6ª, perderão sua elegibilidade à AMS se deixarem de receber seus proventos através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG.

Cláusula 15ª - A AMS 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, na AMS 28 Anos.

Cláusula 16ª - A elegibilidade do Beneficiário da AMS como Dependente Inválido ocorrerá mediante o preenchimento de todas as condições abaixo:

- I. Somente para Filho(a) ou Enteado(a)
- II. No caso de invalidez de dependente enteado, a permanência do mesmo na AMS 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 anos, e que o dependente não seja emancipado.
- IV. Através de perícia por médico da Petrobras, sendo esta dispensável quando se tratar de dependente curatelado. Esta perícia só tem valor para fins de uso da AMS, enquanto o titular estiver vivo. Após o óbito do titular se faz necessária a caracterização e reconhecimento por parte do INSS como pensionista inválido.

Cláusula 17ª - A manutenção da AMS para beneficiários dependentes filhos ou enteados acima de 21 anos, não universitários, bem como para aqueles maiores de 24 anos, poderá ser ampliada até completar a idade limite de 34 anos, de acordo com as condições previstas neste regulamento.

Parágrafo único. Os beneficiários da AMS 28 Anos não poderão ser incluídos no Programa de Assistência Especial – PAE da Petrobras.

Cláusula 18ª - A manutenção da condição de beneficiário da AMS por prazo determinado aplica-se nas seguintes situações:

- I. Aos filhos recém-nascidos de beneficiários da AMS, durante os trinta (30) primeiros dias de vida.
- II. Aos aposentados da Petrobras, admitidos a partir de 01/01/2010, com menos de 10 anos de contribuição para a AMS, que optem pela manutenção na AMS, nos termos da RN ANS 279/2011, 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 na AMS, nos termos da RN ANS 279/2011, pelo prazo mínimo de 6 (meses) e máximo de 2 (dois) anos, de acordo com a legislação específica vigente.

CAPÍTULO IV - VIGÊNCIA DA AMS

Cláusula 19ª - A data do início da vigência do benefício AMS para os beneficiários elegíveis é a data de inclusão no sistema informatizado da AMS após assinatura do termo de adesão à AMS pelo beneficiário titular.

Cláusula 20ª - O prazo da vigência da AMS 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 - A AMS, por ser um plano coletivo empresarial, não prevê períodos de carência, sendo imediata a garantia da cobertura assistencial após a assinatura dos termos de inclusão dos beneficiários, resguardado apenas o prazo de inclusão administrativa no sistema informatizado.

CAPÍTULO VI – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Cláusula 22^a - A AMS 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-10) da OMS, pré-existentes ou não, ao início da vigência do benefício.

CAPÍTULO VII – COBERTURA DA AMS

Cláusula 23^a - A cobertura assistencial prevista pela AMS inclui o tratamento de doenças e lesões relacionadas até a data da edição deste Regulamento na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), da Organização Mundial de Saúde (OMS), restrita aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, definido pela legislação vigente à época da sua demanda e aos procedimentos extra rol descritos nas cláusulas 33 a 70 deste Regulamento.

Cláusula 24^a - Os procedimentos assistenciais cobertos pela AMS, 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 AMS. Os procedimentos assistenciais cobertos pela AMS são descritos no documento corporativo “COBERTURAS DO PROGRAMA DE AMS” (PE- 1PBR - 00058) registrado no SINPEP, que poderá ser alterado de acordo com a incorporação de novas coberturas, e com as negociações nos Acordos Coletivos de Trabalho.

Cláusula 25^a - A cobertura da AMS 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.

Cláusula 26^a - A AMS prevê a cobertura de procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob internação ou Day Clinic/Hospital, com exceção de procedimentos de preparo e execução relativos à especialidade de Implantodontia exceto nas situações descritas na cláusula 27 deste regulamento.

Cláusula 27^a - A cobertura hospitalar para os procedimentos em odontologia 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 tenha o potencial de interferir no procedimento, bem como na sua recuperação.

Cláusula 28^a - A AMS 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 29^a - A AMS garante a cobertura da participação de profissional médico anestesiologista 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 30^a - A AMS 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 de utilização;
- IV. Cobertura de psicoterapia, que poderão ser realizados 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 31^a - A AMS 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 - A AMS 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 clínicas básicas e 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 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 Petrobras, nas seguintes situações: beneficiários com até 18 anos de idade (inclusive) ou com idade superior a 55 anos; de doentes terminais de qualquer idade caracterizados mediante laudo médico sigiloso, emitido pelo médico assistente e avaliado pela equipe médica da Petrobras; 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 vigente à época do evento;
- IX. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem, obrigatoriamente, de ambiente hospitalar para sua execução, conforme critérios de cobertura da AMS 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. 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;
- XIV. 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.
- XV. Cobertura para remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento, em território brasileiro.
- XVI. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.
- XVII. Procedimentos especiais, 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 DA AMS

SUBSEÇÃO I A- BENEFÍCIO FARMÁCIA

Cláusula 33^a - A AMS prevê assistência farmacêutica nas formas de custeio integral ou coparticipação, de acordo com as regras definidas no Portal AMS, para medicamentos que possuírem registro na ANVISA, que podem ser adquiridos por meio de entrega em domicílio (Delivery) ou reembolso (para medicamentos adquiridos em farmácias).

§ 1º O preço unitário tem como referência o PMC (Preço Máximo ao Consumidor) estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

§ 2º Os beneficiários inscritos na AMS por determinação judicial, e que tenham desconto integral, não farão jus ao benefício farmácia.

Cláusula 34^a - Estão cobertos pelo benefício farmácia, sem custo para os beneficiários, os medicamentos de cobertura mínima obrigatória conforme o Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS), que são os medicamentos orais para câncer e suporte a quimioterapia e imunobiológicos, para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriásica, doença de Crohn e espondilite anquilosante; além dos medicamentos de preço unitário a partir de R\$ 5.000,00. Além disso, o ACT 2020/2022 ampliou o subsídio integral para os medicamentos cobertos, para beneficiários nas faixas de até 4.8 MSB.

Cláusula 35^a - Estão cobertos pelo Benefício Farmácia, com coparticipação, todos os medicamentos utilizados com custo unitário acima de R\$ 150,00 e de qualquer valor apenas para os utilizados no tratamento das seguintes Doenças Crônicas:

- 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;
- 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.

Cláusula 36ª - A coparticipação será de acordo com o preço unitário do medicamento (que tem como referência o PMC -Preço Máximo ao Consumidor, estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa) e faixa salarial do beneficiário.

Cláusula 37ª - Nos moldes das novas regras e tabelas de coparticipação, descritas abaixo, considerou-se que quanto maior a faixa salarial do beneficiário titular, maior sua participação e quanto maior o custo do medicamento, menor a sua participação. A partir de 01/09/2020, o ACT 2020/2022 define que a coparticipação dos beneficiários sem Petros ocorre na maior faixa percentual.

TABELA I - 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)	Medicamento para tratamento de doença crônica não transmissível ou psiquiátrica e com custo unitário de R\$ 300,00 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
at é 1,4	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral
at é 2,4	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral	
at é 4,8	Subsídio integral	Subsídio integral	Subsídio integral	
at é 7,2	29%	28%	8%	
at é 9,6	36%	35%	10%	
at é 14,4	41%	39%	11%	
at é 19,2	43%	42%	13%	
at é 22,6	47%	46%	15%	
at é 26	56%	48%	17%	
maior que 26	65%	50%	19%	
Sem Petros	65%	50%	19%	Subsídio integral

*MSB = Menor Salário Básico = R\$ 1.040,48

**Medicamentos de cobertura obrigatória pela ANS - Medicamentos orais para o câncer e suporte à quimioterapia e imunobiológicos para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriásica, doença de crohn e espondilite anquilosante.

Cláusula 38ª - A listagem de medicamentos divulgada é periodicamente atualizada e pode ser consultada no Busca Medicamento, disponível no Portal AMS.

Cláusula 39ª - A cobertura para os produtos abaixo listados dar-se-á mediante pertinência da indicação clínica proposta, de acordo com as normas da AMS, cujos critérios encontram-se disponíveis no Portal AMS e são sujeitos à análise técnica pela companhia, para autorização.

- I. Oncológicos orais;
- II. Medicamentos para hepatites virais (B e C);
- III. Medicamentos para HIV;
- IV. Medicamentos para Insuficiência Renal Crônica;
- V. Imunobiológicos orais e subcutâneos;
- VI. Anticoagulantes orais e injetáveis;
- VII. Análogos de GnRH;
- VIII. Hormônio de crescimento;

- IX. Análogos de GLP-1 para Diabetes (ex.: Byetta e Victoza);
- X. Medicamentos de suporte à quimioterapia;
- XI. Imunossuppressores orais;
- XII. Champix (para tabagismo);
- XIII. Injetáveis para osteoporose;
- XIV. Kit Thyrogen (tireotropina recombinante para exame de pacientes com câncer de tireoide);
- XV. Terapia de reposição hormonal masculina e feminina;
- XVI. Medicamentos para Obesidade;
- XVII. Vitaminas e suplementos minerais para doenças que causem deficiência vitamínica ou mineral.

Cláusula 40ª - Para análise técnica devem ser apresentados os seguintes documentos:

- 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 da medicação;
- III. Formulário de Medicamentos Oncológicos preenchido pelo médico prescritor (em casos de tratamento oncológico ou de suporte hematológico à quimioterapia).

Cláusula 41ª - Não está coberto pelo Benefício Farmácia, o que segue abaixo:

- I. Medicamentos manipulados, fitoterápicos e/ou homeopáticos
- II. Medicamentos não aprovados pela ANVISA
- III. Medicamentos para disfunção erétil e infertilidade
- IV. Suplementos alimentares
- V. Cosméticos e medicamentos para tratamentos estéticos;
- VI. Toxina botulínica (Botox)
- VII. Medicamentos antiangiogênicos intraoculares (ex: Lucentis e Eylia)
- VIII. Medicamentos e produtos de viscosuplementação para o tratamento de osteoartrose de joelhos.

Cláusula 42ª - Solicitações de procedimentos cobertos pela AMS que requeiram o uso de medicamentos de administração ambulatorial / day clinic deverão ser efetuadas diretamente pelo prestador (clínica ou médico assistente) à AMS e o seu custeio não será pelo benefício farmácia.

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

Cláusula 44ª - As receitas têm prazos de validade diferentes, de acordo com o tipo de medicamento, conforme a tabela abaixo:

Tipo de medicamento	Prazo de Validade da Receita
Para doenças crônicas e de uso contínuo	180 dias
Medicamentos controlados*	30 dias**
Antibióticos	10 dias**
Demais medicamentos de uso não contínuo	30 dias

*Medicamentos controlados: medicamentos que, por exigência legal devem ter suas prescrições/receitas originais retidas pelos estabelecimentos onde são adquiridos.

**Prazos definidos pela legislação específica: pela Resolução - RDC 20 de 05/05/2011 (ANVISA). Vide o artigo 8º, §1º e RDC 44/2010, Portarias 6/99 e 344/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS).

Observações:

- I. a aquisição de medicamentos dar-se-á estritamente de acordo com o conteúdo da prescrição médica ou odontológica e a legislação específica da ANVISA que regulamenta a intercambialidade de medicamentos.
- II. os medicamentos de uso contínuo devem ter expressada esta recomendação na receita apresentada, para que a mesma valha para apresentação por 180 dias.

Cláusula 45ª - O Benefício Farmácia prevê formas distintas para aquisição dos medicamentos, na dependência do tipo de doença e do tipo de medicamento, a qual poderá se dar através de delivery ou reembolso.

Cláusula 46ª – Por delivery entende-se a modalidade de entrega, em domicílio ou no local indicado pelo beneficiário, de medicamentos oncológicos e medicamentos com preço unitário a partir de R\$300,00, com base no PMC (Preço Máximo ao Consumidor) estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Cláusula 47ª - Para receber os medicamentos no endereço informado, os beneficiários devem fazer as solicitações pelo e-mail deliverybf@petrobras.com.br, encaminhando, em anexo, o relatório médico, receita médica ou odontológica válidas, Cartão AMS do beneficiário para o qual foi prescrita a medicação e o Formulário de Delivery, preenchido e assinado.

Cláusula 48ª - O pedido de entrega em domicílio não é renovado automaticamente. O beneficiário deverá realizar uma nova solicitação com 15 dias de antecedência do término da medicação

Cláusula 49ª - Para medicamentos cuja cobertura requeira análise técnica, além dos itens acima, será exigida a documentação descrita na cláusula 40ª:

Nota: Não serão aceitas devoluções de medicamentos adquiridos pelo Delivery.

Cláusula 50ª – Entende-se como reembolso: aquisição em farmácias para posterior reembolso, restrito aos medicamentos cobertos pelo Benefício Farmácia e limitado aos valores praticados na tabela de referência de preços da AMS para medicamentos;

Cláusula 51ª - O valor do reembolso será calculado obedecendo ao valor da nota/cupom fiscal ou PMC (Preço Máximo ao Consumidor) constante na lista CMED da ANVISA ou que for menor.

Cláusula 52ª – Para obtenção do reembolso é indispensável apresentar nota fiscal e receita médica ou odontológica legíveis. A falta de qualquer um dos referidos documentos impossibilitará o processamento do reembolso pleiteado.

§1º O Prazo para a solicitação do reembolso é de 90 dias a contar da data da compra do medicamento. Não serão reembolsadas solicitações fora do prazo informado.

*Observação: em decorrência do quadro de pandemia da Covid-19, o intervalo entre a data de emissão do cupom/nota fiscal e sua data de apresentação para reembolso deve ser inferior a 180 dias.

Cláusula 53ª – O detalhamento das formas de solicitação de reembolso, bem como informações adicionais a respeito do Benefício Farmácia, encontra-se disponíveis no Portal AMS, no endereço <https://ams.petrobras.com.br>

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

Cláusula 54ª - A AMS prevê a cobertura de determinados procedimentos em habilitação, reabilitação, educação e reembolso de órteses, para pessoas com deficiência através do Programa de Assistência Especial (PAE), de acordo com os critérios normativos vigentes à época da solicitação e mediante avaliação e autorização pela equipe operacional do PAE.

Cláusula 55ª - O Programa de Assistência Especial contempla duas modalidades de atendimento: Escolha Dirigida e Livre Escolha, além de dois benefícios pecuniários: Auxílio Cuidador PAE e Recurso Educacional. Possui

regras específicas tanto para elegibilidade (inclusão e manutenção no programa), quanto para o custeio, descritas no PE – 1PBR-00068.

Cláusula 56^a - A AMS 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 autorizados por meio de avaliação e de análise da equipe operacional da AMS.

Cláusula 57^a - O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) contempla duas modalidades assistenciais: Internação Domiciliar - ID e Assistência Domiciliar - AD, além de dois benefícios pecuniários: Auxílio Cuidador - AC e Auxílio Equipamentos – AE.

Cláusula 58^a - O PAD (modalidades assistenciais e benefícios) possui um conjunto de regras específicas de elegibilidade (inclusão e manutenção no programa), e de custeio, que são apresentados de modo detalhado para os beneficiários considerados elegíveis, após definição de um plano terapêutico de atendimento.

Cláusula 59^a - Os procedimentos de saúde cobertos pelas modalidades assistenciais do PAD (Internação Domiciliar e Assistência Domiciliar) serão realizados, exclusivamente, através da modalidade de atendimento da Escolha Dirigida, não sendo possível apresentar solicitação de reembolso. Os Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) e demais credenciados que atenderão no domicílio serão definidos pela equipe da AMS.

Cláusula 60^a – A Fisioterapia Domiciliar (FD) é entendida como uma ampliação de cobertura da AMS, de caráter temporário, do beneficiário que apresente indicação absoluta para a realização desta terapia complementar em seu domicílio.

Cláusula 61^a – A FD possui um conjunto de regras específicas de elegibilidade, através da modalidade de Pequeno Risco, contemplando fisioterapia motora e fisioterapia respiratória, autorizadas através das modalidades de Escolha Dirigida ou de Livre Escolha.

Cláusula 62^a – O Auxílio Cuidador do Idoso é um auxílio pecuniário, temporário, oferecido para seus beneficiários idosos, para auxiliar na contratação de um cuidador que apoie os idosos em suas necessidades de cuidados referentes às atividades de vida diária.

Cláusula 63^a - O benefício pecuniário do ACI possui um conjunto de regras específicas de elegibilidade (inclusão e manutenção no programa), sendo fornecido através da modalidade de Reembolso, mediante análise e autorização prévia da equipe da AMS. Só farão jus ao reembolso do ACI os beneficiários da AMS formalmente inscritos no programa, e que tenham apresentado toda a documentação de elegibilidade pertinente, sendo autorizados a receber o auxílio pecuniário, pelo período de 01 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.

§1 A cobertura oferecida pela AMS nas modalidades e benefícios destinados aos pacientes em seu domicílio, previstos nas cláusulas acima citadas está sujeita à avaliação e à autorização por parte da equipe operacional da AMS, conforme regramento detalhado de cada serviço domiciliar oferecido.

§2 Os beneficiários inscritos na AMS por determinação judicial, e que tenham desconto integral, mesmo que elegíveis às coberturas e atendimentos domiciliares aqui citados, não farão jus aos reembolsos (Livre Escolha) e aos benefícios pecuniários (Auxílio Cuidador e Auxílio Equipamento).

SUBSEÇÃO I C - OUTRAS COBERTURAS EXTRA ROL

Cláusula 64^a - A cobertura de Psicoterapia pela AMS é extensiva a todos os beneficiários titulares e dependentes, através da realização de consultas para avaliação inicial; sessões de psicoterapia individual; sessões de psicoterapia infantil; sessões de psicoterapia de grupo; sessões de psicoterapia de casal; sessões de psicoterapia em família; além dos atendimentos psicoterápicos durante a internação hospitalar.

Cláusula 65^a - O profissional solicitante deve encaminhar a solicitação para o tratamento, indicando o CID 11 de referência e modalidade de tratamento (individual, familiar/casal, grupal, infantil ou hospitalar) e periodicidade das sessões.

Cláusula 66^a - O profissional solicitante não pode estar tratando de outro membro da família que seja beneficiário da AMS.

Cláusula 67^a - A acumulação das modalidades de psicoterapia individual e psicoterapia em grupo para o mesmo beneficiário não é coberta pela AMS. Entretanto, caso haja indicação técnica, a psicoterapia familiar pode ser autorizada concomitantemente à psicoterapia individual ou de grupo.

Cláusula 68^a – A AMS prevê a cobertura de Transplante de Fígado, Pâncreas, Rim-Pâncreas, Coração e Pulmão, desde que respeitados os critérios técnicos da AMS para sua indicação.

Cláusula 69^a – A AMS prevê a cobertura de procedimentos de Ortodontia, Implantodontia e Prótese Dentária, com base em critérios técnicos.

Cláusula 70^a - A Reeducação Postural Global - RPG será coberta pela AMS, limitada a 70 sessões por ano.

CAPÍTULO VIII – EXCLUSÕES DE COBERTURA DA AMS

Cláusula 71^a - A AMS 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 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 72^a - Os grupos de procedimentos em saúde que constituem exclusão de cobertura da AMS são:

- I. Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- 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 pós-tuma, 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, 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 equipe operacional da AMS (Programa de Atenção Domiciliar, Auxílio Cuidador do Idoso e demais processos realizados em domicílio, exceto a Fisioterapia Domiciliar, cuja análise técnica e autorização se dará no momento da solicitação do reembolso);
 - 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:
 - i. Emprega medicamentos, produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - ii. É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO;
 - iii. 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”);
 - iv. Não possui codificação pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS ou não consta nos referenciais vigentes à época;

Cláusula 73^a - Os procedimentos odontológicos excluídos da cobertura da AMS são os seguintes:

- a. Analgesia inalatória com óxido nitroso e oxigênio em Odontologia.
- b. Aparelho protetor bucal;
- c. Aparelhos posicionadores mandibulares intra-orais (anti-ronco e apneia obstrutiva do sono);
- d. Aplicação de toxina botulínica para controle de dores, bruxismo e ou correção gengival (sorriso gengival);
- e. Aumento de rebordo ou enxertos reconstrotores utilizando qualquer modalidade de plasma de origem sanguínea para essa finalidade, incluindo o plasma rico em plaquetas (PRP);
- f. Clareamento dentário caseiro;
- g. Clareamento dentário de consultório – dente vitalizado;
- h. Criocirurgia de neoplasias na região buco-maxilo-facial;

- i. Crioterapia ou termoterapia em odontologia;
- j. Enxerto conjuntivo subepitelial;
- k. Faceta em cerâmica pura;
- l. Faceta em cerômero;
- m. Implante zigomático;
- n. Implantes agulheados;
- o. Implantes subperiosteos;
- p. Laserterapia para reparação tecidual; exceto para tratamento ou prevenção de mucosites por radio/quimioterapia na região de cabeça e pescoço;
- q. Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi-precisão;
- r. Próteses do tipo cantilever; que utilizem como retentores dentes (raízes) naturais.
- s. Realização de procedimentos de Ortodontia e Implantodontia em domicílio;
- t. Realização de qualquer etapa do tratamento de implantodontia em regime hospitalar (preparo ósseo, instalação dos implantes e reabilitação com próteses sobre implante);
- u. 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;
- v. Reposicionamento do nervo alveolar inferior;
- w. Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia;
- x. Sedação endovenosa ambulatorial em odontologia;
- y. Sepultamento radicular;
- z. Teste de capacidade tampão da saliva;
- aa. Teste de contagem microbiológica;
- bb. Trabalhos protéticos em ligas preciosas;
- cc. União dente-implante;
- dd. Utilização de proteína morfogenética óssea (BMP) em cirurgias bucomaxilofaciais;
- ee. Visitas de odontólogos, em domicílio, exceto em casos em que fique comprovado, através de laudos médicos, que o beneficiário está restrito ao lar, independente de estar ou não inscrito nos atendimentos domiciliares cobertos pela AMS;
- ff. Repetições de procedimentos que não constam do rol mínimo de cobertura da Agência Nacional de Saúde, ainda que incluídos na cobertura pela AMS, sem que seja demonstrado o processo patológico determinante da necessidade da repetição.

CAPÍTULO IX – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 74^a - A AMS 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 AMS procederá à auditoria técnica e administrativa dos procedimentos realizados a fim de avaliar a pertinência da sua cobertura assistencial.

Cláusula 75^a - A AMS garantirá, exclusivamente nos casos de urgência e emergência médica, através do reembolso de despesas, a cobertura do transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, limitado aos valores referenciais de preços praticados na região, na hipótese de inexistência 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 saúde² a qual faz parte o município.

Cláusula 76^a - A AMS considera atendimentos odontológicos de urgência 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 pela AMS como procedimentos de urgência odontológica, se caracterizado atendimento imediato:

- a. Colagem de fragmentos dentários;
- b. Conserto de prótese total ou parcial;
- c. Colocação de coroa provisória imediata adesiva;
- d. Atendimento imediato para tratar odontalgia aguda;
- e. Exodontia;
- f. Imobilização dentária temporária;
- g. Incisão e drenagem de abscesso (intra-oral e/ou extra-oral);
- h. Pulpotomia e pulpectomia;
- i. Recolocação e Remoção de trabalhos protéticos;
- j. Redução de fraturas alvéolo-dentárias;
- k. Reimplante de dente avulsionado;
- l. Remoção de núcleo intrarradicular;
- m. Reparo estético de prótese fixa;
- n. Restauração (qualquer material);
- o. Restauração temporária;
- p. Sutura;
- q. Tratamento de alveolite;
- r. Tratamento de hemorragia;
- s. Tratamento de processo agudo (abscesso periodontal, GUN, Gengivo- estomatite herpética, pericoronarite, etc).

CAPÍTULO X - MODALIDADES DE ATENDIMENTO DA AMS

Cláusula 77^a - Para os serviços em saúde que integrem as coberturas previstas neste Regulamento (honorários profissionais de atendimentos e procedimentos, diárias e taxas), independente da segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar ou odontológica), a AMS possui duas modalidades de atendimento: Escolha Dirigida e Livre Escolha.

SEÇÃO I – ESCOLHA DIRIGIDA

Cláusula 78^a - A Escolha Dirigida é a modalidade de atendimento prestada por profissionais e instituições credenciados pela Petrobras, mediante a apresentação do Cartão AMS em meio físico ou virtual, 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 nomeado deverá assinar a Guia TISS devidamente preenchida, com a discriminação dos serviços, somente após a sua realização.

§2º A rede credenciada da AMS está disponível no Portal AMS e no aplicativo Busca AMS para dispositivos móveis.

SEÇÃO II – LIVRE ESCOLHA

Cláusula 79^a - É a forma de atendimento na qual os beneficiários utilizam os serviços de profissionais ou instituições não credenciados da AMS, 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.

§ 1º Os beneficiários inscritos na AMS por determinação judicial, e que tenham desconto integral, não farão jus aos reembolsos de Livre Escolha.

Cláusula 80ª - Nesta modalidade a Petrobras reembolsa os valores pagos de acordo com os critérios definidos no Capítulo XI do presente Regulamento.

§1º A Autorização Prévia e a Auditoria Odontológica, inicial e final, quando pertinentes, serão exigidas para fins de reembolso.

§2º Procedimentos em saúde não reembolsáveis pela AMS:

- I. Os realizados por profissionais ou instituições credenciadas pela AMS, exceto na situação em que o profissional ou instituição credenciada estiver com status suspenso ou os serviços utilizados não estejam contratualizados, condicionado à autorização do setor responsável da AMS;
- II. Os realizados em beneficiários inscritos na AMS por Determinação Judicial;
- III. Os estéticos ou experimentais;
- IV. Os não cobertos pelo regime de Escolha Dirigida.

Cláusula 81ª - O beneficiário poderá consultar a “Tabela Petrobras”. – Reembolso Livre Escolha, disponível no Portal AMS 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 AMS. O valor informado será sempre uma estimativa (prévia) e poderá não corresponder ao reembolso efetivamente recebido pelo beneficiário.

Cláusula 82ª - O reembolso de despesas está previsto exclusivamente para os procedimentos em saúde cobertos pela AMS 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 do setor responsável da AMS. Os procedimentos em saúde de cobertura pela AMS acessíveis pela modalidade de atendimento da Livre Escolha, e que têm previsão de reembolso das respectivas despesas são:

- I. Consultas Médicas
- II. Exames Complementares
- III. Internações
- IV. Terapias
- V. Atendimento Ambulatorial (fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional e nutricionista)
- VI. Todos os procedimentos odontológicos de cobertura pela AMS

Cláusula 83ª - A AMS 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 Petrobras – Reembolso Livre Escolha”, se reservando o direito de utilizar esta tabela própria, divulgada no Portal AMS.

Cláusula 84ª - 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; e
- VII. Vir acompanhado da autorização prévia emitida pela AMS para os procedimentos que a requeiram, de acordo com o presente Regulamento.

§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 85ª - O reembolso de despesas de Livre Escolha relativas ao Beneficiário Titular falecido somente será realizado pela AMS para a pessoa de direito nomeada exclusivamente por Alvará Judicial ou Escritura Pública de Inventário.

CAPÍTULO XI- MODALIDADES DE CUSTEIO DA AMS

Cláusula 86ª - A formação de preço da AMS é pré-estabelecida e segue modalidades de custeio representadas pela contraprestação pecuniária mensal (Grande Risco), e por percentual pré-fixado de coparticipação (Pequeno Risco), sendo que estas variam de acordo com a faixa salarial do beneficiário titular.

Cláusula 87ª - A inadimplência das despesas assistenciais da AMS 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 88ª - O Grande Risco é a modalidade de custeio que consiste na participação financeira do titular, efetuada através de pré-pagamento, cujas tabelas a seguir são calculadas de acordo com a faixa salarial do titular, a idade de cada beneficiário e a decisão da patrocinadora quanto ao percentual referente à sua participação financeira no plano.

TABELA II - CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO

Vigência a partir de 01/01/2021

Faixa MSB	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco	Faixa MSB	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco
até 1,4	0 a 18	20,00	até 19,2	0 a 18	84,62
	19 a 23	24,10		19 a 23	101,98
	24 a 28	27,72		24 a 28	117,28
	29 a 33	30,49		29 a 33	129,00
	34 a 38	33,54		34 a 38	141,90
	39 a 43	47,72		39 a 43	201,92
	44 a 48	57,27		44 a 48	242,31
	49 a 53	62,99		49 a 53	266,54
	54 a 58	75,59		54 a 58	319,85
> 59	90,71	> 59	383,82		
até 2,4	0 a 18	26,56	até 22,6	0 a 18	103,55
	19 a 23	32,01		19 a 23	124,69
	24 a 28	36,81		24 a 28	143,40
	29 a 33	40,50		29 a 33	157,74
	34 a 38	44,54		34 a 38	173,51
	39 a 43	63,39		39 a 43	246,90
	44 a 48	76,06		44 a 48	296,28
	49 a 53	83,67		49 a 53	325,90
	54 a 58	100,40		54 a 58	391,09
> 59	120,48	> 59	469,30		
até 4,8	0 a 18	43,37	até 26	0 a 18	113,87
	19 a 23	52,26		19 a 23	137,16
	24 a 28	60,10		24 a 28	157,74
	29 a 33	66,11		29 a 33	173,51
	34 a 38	72,73		34 a 38	190,86
	39 a 43	103,49		39 a 43	271,59
	44 a 48	124,18		44 a 48	325,90
	49 a 53	136,60		49 a 53	358,50
	54 a 58	163,92		54 a 58	430,19
> 59	196,71	> 59	516,23		
até 7,2	0 a 18	54,70	até 30	0 a 18	131,80
	19 a 23	65,92		19 a 23	150,88
	24 a 28	75,81		24 a 28	173,51
	29 a 33	83,39		29 a 33	190,86
	34 a 38	91,73		34 a 38	209,95
	39 a 43	130,53		39 a 43	298,75
	44 a 48	156,64		44 a 48	358,50
	49 a 53	172,30		49 a 53	394,34
	54 a 58	206,76		54 a 58	473,21
> 59	248,12	> 59	567,86		
até 9,6	0 a 18	61,54	até 36	0 a 18	158,41
	19 a 23	74,16		19 a 23	172,89
	24 a 28	85,28		24 a 28	190,86
	29 a 33	93,81		29 a 33	209,95
	34 a 38	103,19		34 a 38	230,94
	39 a 43	146,84		39 a 43	328,62
	44 a 48	176,20		44 a 48	394,34
	49 a 53	193,82		49 a 53	433,78
	54 a 58	232,59		54 a 58	520,54
> 59	279,10	> 59	624,64		
até 14,4	0 a 18	75,18	maior que 36	0 a 18	190,58
	19 a 23	90,60		19 a 23	207,95
	24 a 28	104,19		24 a 28	225,32
	29 a 33	114,61		29 a 33	242,73
	34 a 38	126,08		34 a 38	260,08
	39 a 43	179,40		39 a 43	361,48
	44 a 48	215,28		44 a 48	433,78
	49 a 53	236,81		49 a 53	477,16
	54 a 58	284,17		54 a 58	572,59
> 59	341,00	> 59	687,11		
		Plano 28	398,82		

*MSB = Menor Salário Básico = R\$ 1.040,48

TABELA III - CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO- RN 279

Demitidos sem justa causa, Aposentados com menos de 10 anos de contribuição (120 contribuições) – RN ANS 279/2011 e Aposentados que completarem 10 anos de contribuição (120 contribuições) após 25 de janeiro de 2022:

Faixa Etária	Contribuição GR - RN 279
0 a 18	R\$ 218,18
19 a 23	R\$ 262,98
24 a 28	R\$ 275,38
29 a 33	R\$ 298,48
34 a 38	R\$ 322,60
39 a 43	R\$ 458,90
44 a 48	R\$ 533,90
49 a 53	R\$ 545,00
54 a 58	R\$ 812,28
59 ou mais	R\$ 1.298,33

Vigência a partir de 01/01/2021

TABELA IV - PROJEÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO 50x50

Vigência a partir de 01/01/2022

Faixa MSB	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco	Faixa MSB	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco
até 1,4	0 a 18	30,88	até 19,2	0 a 18	130,67
	19 a 23	37,22		19 a 23	157,47
	24 a 28	42,80		24 a 28	181,09
	29 a 33	47,08		29 a 33	199,19
	34 a 38	51,79		34 a 38	219,11
	39 a 43	73,69		39 a 43	311,79
	44 a 48	88,43		44 a 48	374,15
	49 a 53	97,27		49 a 53	411,57
	54 a 58	116,72		54 a 58	493,88
> 59	140,07	> 59	592,65		
até 2,4	0 a 18	41,02	até 22,6	0 a 18	159,90
	19 a 23	49,43		19 a 23	192,54
	24 a 28	56,85		24 a 28	221,42
	29 a 33	62,53		29 a 33	243,56
	34 a 38	68,78		34 a 38	267,92
	39 a 43	97,88		39 a 43	381,24
	44 a 48	117,45		44 a 48	457,49
	49 a 53	129,20		49 a 53	503,23
	54 a 58	155,03		54 a 58	603,88
> 59	186,04	> 59	724,66		
até 4,8	0 a 18	66,97	até 26	0 a 18	175,84
	19 a 23	80,70		19 a 23	211,79
	24 a 28	92,81		24 a 28	243,56
	29 a 33	102,09		29 a 33	267,92
	34 a 38	112,30		34 a 38	294,71
	39 a 43	159,80		39 a 43	419,36
	44 a 48	191,75		44 a 48	503,23
	49 a 53	210,93		49 a 53	553,56
	54 a 58	253,12		54 a 58	664,27
> 59	303,74	> 59	797,12		
até 7,2	0 a 18	84,47	até 30	0 a 18	203,51
	19 a 23	101,79		19 a 23	232,97
	24 a 28	117,06		24 a 28	267,92
	29 a 33	128,77		29 a 33	294,71
	34 a 38	141,65		34 a 38	324,18
	39 a 43	201,56		39 a 43	461,30
	44 a 48	241,87		44 a 48	553,56
	49 a 53	266,05		49 a 53	608,91
	54 a 58	319,27		54 a 58	730,70
> 59	383,12	> 59	876,84		
até 9,6	0 a 18	95,02	até 36	0 a 18	244,61
	19 a 23	114,51		19 a 23	266,96
	24 a 28	131,68		24 a 28	294,71
	29 a 33	144,85		29 a 33	324,18
	34 a 38	159,34		34 a 38	356,60
	39 a 43	226,73		39 a 43	507,43
	44 a 48	272,08		44 a 48	608,91
	49 a 53	299,28		49 a 53	669,80
	54 a 58	359,14		54 a 58	803,77
> 59	430,97	> 59	964,52		
até 14,4	0 a 18	116,09	maior que 36	0 a 18	294,27
	19 a 23	139,90		19 a 23	321,10
	24 a 28	160,89		24 a 28	347,92
	29 a 33	176,98		29 a 33	374,80
	34 a 38	194,67		34 a 38	401,59
	39 a 43	277,01		39 a 43	558,17
	44 a 48	332,42		44 a 48	669,80
	49 a 53	365,66		49 a 53	736,79
	54 a 58	438,79		54 a 58	884,14
> 59	526,55	> 59	1.060,97		
		Plano 28	450,00		

*MSB = Menor Salário Básico = R\$ 1.040,48

TABELA V - CONTRIBUIÇÃO GRANDE RISCO SEM PETROS 60x40

Vigência a partir de 01/01/2021

Faixa Etária	Contribuição Mensal (R\$)
0 a 18	87,27
19 a 23	105,19
24 a 28	110,15
29 a 33	119,39
34 a 38	129,04
39 a 43	183,56
44 a 48	213,56
49 a 53	218,00
54 a 58	324,91
> 59	519,33
Plano 28	398,82

TABELA VI - CONTRIBUIÇÃO GRANDE RISCO SEM PETROS 50x50

Vigência a partir de 01/01/2022

Faixa Etária	Contribuição Mensal (R\$)
0 a 18	115,11
19 a 23	138,75
24 a 28	145,29
29 a 33	157,47
34 a 38	170,20
39 a 43	242,12
44 a 48	281,69
49 a 53	287,54
54 a 58	428,56
> 59	685,01
Plano 28	450,00

Cláusula 89ª – No sentido de adequação à Resolução Normativa 23 da CGPAR, o percentual referente à participação financeira da patrocinadora no plano ficará limitado a 50%, ressalvados os casos onde há previsão diferente estabelecida em ACT.

TABELA VII - CONTRIBUIÇÃO DO GRANDE RISCO BENEFICIÁRIOS SEM PREVISÃO DE CUSTEIO DIFERENCIADO EM ACT

Vigência a partir de 01/01/2021

Faixa MSB	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco	Faixa MSB	Faixa Etária	Contribuição Grande Risco
até 1,4	0 a 18	30,88	até 19,2	0 a 18	130,67
	19 a 23	37,22		19 a 23	157,47
	24 a 28	42,80		24 a 28	181,09
	29 a 33	47,08		29 a 33	199,19
	34 a 38	51,79		34 a 38	219,11
	39 a 43	73,69		39 a 43	311,79
	44 a 48	88,43		44 a 48	374,15
	49 a 53	97,27		49 a 53	411,57
	54 a 58	116,72		54 a 58	493,88
> 59	140,07	> 59	592,65		
até 2,4	0 a 18	41,02	até 22,6	0 a 18	159,90
	19 a 23	49,43		19 a 23	192,54
	24 a 28	56,85		24 a 28	221,42
	29 a 33	62,53		29 a 33	243,56
	34 a 38	68,78		34 a 38	267,92
	39 a 43	97,88		39 a 43	381,24
	44 a 48	117,45		44 a 48	457,49
	49 a 53	129,20		49 a 53	503,23
	54 a 58	155,03		54 a 58	603,88
> 59	186,04	> 59	724,66		
até 4,8	0 a 18	66,97	até 26	0 a 18	175,84
	19 a 23	80,70		19 a 23	211,79
	24 a 28	92,81		24 a 28	243,56
	29 a 33	102,09		29 a 33	267,92
	34 a 38	112,30		34 a 38	294,71
	39 a 43	159,80		39 a 43	419,36
	44 a 48	191,75		44 a 48	503,23
	49 a 53	210,93		49 a 53	553,56
	54 a 58	253,12		54 a 58	664,27
> 59	303,74	> 59	797,12		
até 7,2	0 a 18	84,47	até 30	0 a 18	203,51
	19 a 23	101,79		19 a 23	232,97
	24 a 28	117,06		24 a 28	267,92
	29 a 33	128,77		29 a 33	294,71
	34 a 38	141,65		34 a 38	324,18
	39 a 43	201,56		39 a 43	461,30
	44 a 48	241,87		44 a 48	553,56
	49 a 53	266,05		49 a 53	608,91
	54 a 58	319,27		54 a 58	730,70
> 59	383,12	> 59	876,84		
até 9,6	0 a 18	95,02	até 36	0 a 18	244,61
	19 a 23	114,51		19 a 23	266,96
	24 a 28	131,68		24 a 28	294,71
	29 a 33	144,85		29 a 33	324,18
	34 a 38	159,34		34 a 38	356,60
	39 a 43	226,73		39 a 43	507,43
	44 a 48	272,08		44 a 48	608,91
	49 a 53	299,28		49 a 53	669,80
	54 a 58	359,14		54 a 58	803,77
> 59	430,97	> 59	964,52		
até 14,4	0 a 18	116,09	maior que 36	0 a 18	294,27
	19 a 23	139,90		19 a 23	321,10
	24 a 28	160,89		24 a 28	347,92
	29 a 33	176,98		29 a 33	374,80
	34 a 38	194,67		34 a 38	401,59
	39 a 43	277,01		39 a 43	558,17
	44 a 48	332,42		44 a 48	669,80
	49 a 53	365,66		49 a 53	736,79
	54 a 58	438,79		54 a 58	884,14
> 59	526,55	> 59	1.060,97		

Plano 28	450,00
----------	--------

*MSB = Menor Salário Básico = R\$ 1.040,48

Cláusula 90ª - A receita do Grande Risco destina-se às despesas referentes à cobertura dos eventos e procedimentos assistenciais em saúde, sob regime de internação hospitalar ou domiciliar; além dos medicamentos orais e subcutâneos direcionados para o tratamento de câncer, hepatites virais, insuficiência renal crônica, HIV/AIDS, e outros considerados de alto custo descritos na cláusula 34ª, desde que obedeçam a critérios específicos.

Cláusula 91ª - 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 às regras específicas previstas no Programa de Atenção Domiciliar – PAD;
- IV. Internação para tratamento da dependência química, de acordo com os critérios da AMS;
- 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 seleção de doadores de órgãos desde que estejam diretamente relacionados ao órgão a ser transplantado; em Beneficiários da AMS, 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 pela AMS. 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 via atendimento telefônico da Central de Relacionamento RH - 0800.287.2267 - opção 1 (Serviços de AMS)
- XII. Transfusões de sangue ou hemoderivados realizadas ambulatorialmente (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 realizados em situação de emergência 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 Reumatóide, 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 92ª - As urgências odontológicas, definidas no Capítulo IX, não são consideradas como procedimentos de custeio pelo Grande Risco.

Cláusula 93ª - Sempre que o beneficiário tiver dúvida quanto à classificação do procedimento ao qual irá se submeter deverá efetuar verificação prévia através do atendimento telefônico da Central de Relacionamento RH - 0800.287.2267 - opção 1 (Serviços de AMS).

Cláusula 94ª - A contribuição do Grande Risco de cada beneficiário da AMS (titular e respectivos dependentes) será cobrada mensalmente ao beneficiário titular, mediante desconto no contracheque, ou em casos específicos, mediante emissão de boleto bancário.

Cláusula 95^a - Na situação AMS 28 Anos, a contribuição mensal por dependente, cujo valor é fixado pela Companhia e validado pelos Acordos Coletivos de Trabalho, independe da classe de renda do Beneficiário Titular e da idade do Beneficiário Dependente, sendo cobrada mensalmente ao Beneficiário Titular, independente da Margem de Desconto da AMS, através de desconto no contracheque ou, em casos específicos, mediante emissão de boleto bancário.

SEÇÃO II - PEQUENO RISCO

Cláusula 96^a - O Pequeno Risco é a modalidade de custeio que consiste em um percentual de coparticipação financeira do beneficiário titular sobre os custos de procedimentos assistenciais prestados fora do regime de internação hospitalar e domiciliar, a exemplo de exames, consultas, e procedimentos realizados ambulatorialmente.

Cláusula 97^a - Os valores percentuais de coparticipação no Pequeno Risco variam de acordo com as faixas salariais e são atualizados anualmente, conforme tabela abaixo negociada em Acordo Coletivo de Trabalho.

TABELA VIII - TABELA PEQUENO RISCO E ODONTOLOGIA

Vigência de 01/09/2020 a 31/08/2022

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%
Plano 28	50%
Beneficiários sem Petros	50%

Parágrafo único. Para beneficiários demitidos sem justa causa e aposentados com menos de 10 (dez) anos de contribuição para a AMS, a coparticipação no Pequeno Risco será de 50%, independente de suas faixas etárias e valor da última remuneração do(a) titular.

Cláusula 98ª - Os procedimentos em saúde classificados como Pequeno Risco podem eventualmente necessitar de autorização prévia, sendo necessária a verificação da classificação do procedimento através do atendimento telefônico da Central de Relacionamento RH - 0800.287.2267 - opção 1 (Serviços de AMS ou Fale Conosco) e do conteúdo da cláusula 107ª deste Regulamento.

Cláusula 99ª - A participação financeira do Beneficiário Titular Empregado no custeio dos atendimentos da AMS que preveem coparticipação será limitada mensalmente à Margem de Desconto, calculada da seguinte forma:

Margem de Desconto da AMS = REM - (IR + INSS + PETROS) x 30%

Onde:

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

Parágrafo único. Situações em que não será respeitada a Margem Consignável da AMS:

- Cobrança de despesas relativas aos procedimentos classificados como de Pequeno Risco realizados pelos beneficiários dependentes (filho ou enteado) na situação de Plano 28;
- Cobrança do valor referente à coparticipação financeira dos beneficiários que utilizarem o Benefício Farmácia (medicamentos subsidiados parcialmente e/ou medicamentos não subsidiados);
- Cobrança da totalidade das despesas de beneficiários incluídos por determinação judicial;
- Remoção não justificada em ambulância;
- Ressarcimento de despesas por uso indevido.

Cláusula 100^a - Quando o valor das despesas com AMS ultrapassar a margem de desconto do Beneficiário Titular, seu parcelamento será feito automática e mensalmente pelo Sistema Informatizado da AMS.

Cláusula 101^a - Os valores referentes à participação do aposentado ou do pensionista no custeio dos atendimentos serão descontados dos proventos, através de desconto em contracheque ou boleto bancário, e limitados pela margem de desconto. A margem de desconto é calculada da seguinte forma: 30% 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 contribuição PETROS. Os valores referentes à participação do aposentado ou do pensionista no custeio dos atendimentos incidirão apenas sobre a parcela da suplementação da PETROS.

Cláusula 102^a - Para os Beneficiários Titulares Aposentados e Pensionistas, a Petros efetuará os descontos relativos à contribuição mensal para custeio do Grande Risco, participação no custeio do Pequeno Risco, contribuição e participação no Benefício Farmácia e demais participações nos programas PAE e PAD, com base nas informações fornecidas pela Petrobras.

Cláusula 103^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.

Cláusula 104^a - Na situação AMS 28 Anos, a coparticipação do Pequeno Risco é fixa, em 50% da tabela vigente da AMS, e independe da classe de renda do Beneficiário Titular.

Cláusula 105^a - São procedimentos custeados pelo 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 oferecidos 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 os mesmos não estejam classificados como Grande Risco na AMS;
- IX. Pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Nestes casos é necessária a verificação prévia da classificação do procedimento através do atendimento telefônico da Central de Relacionamento RH - 0800.287.2267 - opção 1 (Serviços de AMS) ou Fale Conosco da AMS;
- 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, apenas de acordo com as diretrizes de utilização previstas pela ANS;

Parágrafo único. Sempre que o beneficiário tiver dúvida quanto à classificação do procedimento ao qual irá se submeter deverá efetuar verificação prévia através do atendimento telefônico da Central de Relacionamento RH - 0800.287.2267 - opção 1 (Serviços de AMS) ou Fale Conosco da AMS.

Cláusula 106^a - Haverá desconto integral do Beneficiário Titular das despesas de assistência à saúde custeadas pela AMS, nas situações que caracterizem:

- I. Infração ao Benefício AMS.
- II. Abandono de tratamentos médicos, odontológicos e seriados, sem motivo justificado.

- III. Não comparecimento à auditoria odontológica final no prazo de 10 dias corridos, a contar do término do tratamento. Nestes casos, o titular arcará com o valor integral do tratamento realizado e não auditado.
- IV. Quaisquer situações que infrinjam disposições estabelecidas neste Regulamento.
- V. Não comparecimento a perícias médicas determinadas pela Companhia.
- VI. Despesas dos beneficiários incluídos na AMS por Determinação Judicial.
- VII. Remoções não justificadas ou cuja justificativa não for aceita pela Companhia.
- VIII. Utilização de materiais em procedimentos cirúrgicos não autorizados pela AMS.

Parágrafo único. Nas situações em que a Auditoria Médica da AMS identificar a utilização de Órteses, Próteses ou Materiais Especiais que não tenham constado na Guia TISS de solicitação de procedimentos, no ato de sua autorização, ou ainda que não tenham sido autorizadas pela AMS; as despesas referentes a essa utilização serão cobradas integralmente do Beneficiário Titular.

CAPÍTULO XII – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 107^a - A AMS 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 (inicial e final).
- II. 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 Petrobras se reserva o direito de, por ocasião da inclusão de cobertura assistencial na AMS não prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época, adotar coparticipação financeira diferenciada em relação àquelas previstas acima.

Cláusula 108^a - A Autorização Prévia será exigida para alguns procedimentos cobertos pela AMS, entre eles:

- I. Angioplastia;
- II. Angiografia;
- III. Angiotomografia e angioressonância 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 pela AMS
- 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 AMS

§1º A Autorização Prévia é exigida para os procedimentos em saúde na modalidade de atendimento da Escolha Dirigida e a critério exclusivamente da AMS, 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 AMS, 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:

- a. Instituição em que será realizado o procedimento em saúde;
- b. Nome e matrícula do beneficiário da AMS;
- c. Diagnóstico, descrição ou codificação;
- d. Nome do procedimento e/ou sua codificação correspondente;
- e. Assinatura, nome e registro do profissional solicitante no respectivo Conselho de Classe, legíveis.
- f. Indicação do período previsto para permanência hospitalar, nos casos de internações programadas (procedimentos eletivos)

Nota: As autorizações prévias de procedimentos também podem ser obtidas pela rede credenciada, junto ao atendimento telefônico da Central de Relacionamento RH - 0800.287.2267 - opção 1 (Serviços de AMS).

§3º 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.

§4º A AMS garante, através da Escolha Dirigida e da Livre Escolha, o atendimento médico imediato para os eventos em saúde caracterizados como Urgência ou Emergência, independente da Autorização Prévia, conforme disposto no Capítulo IX do presente Regulamento, sendo responsabilidade dos profissionais habilitados e instituições de saúde a pronta execução dos procedimentos assistenciais indispensáveis ao tratamento indicado.

Cláusula 109ª - A Junta Profissional, nos termos da legislação vigente, poderá ser realizada em casos de divergências entre o profissional solicitante e a equipe técnica da AMS, quanto à cobertura de procedimentos em saúde (indicação clínica, materiais especiais, órteses/próteses, etc.). A remuneração dos honorários do profissional indicado para atuar como 3ª opinião e oferecer seu parecer sobre o caso ficará a cargo da Petrobras.

Cláusula 110ª - As formas de coparticipação financeira adotadas pela AMS são:

- I. Pequeno Risco, definido na Seção 2 do Capítulo XI;
- II. AMS 28 anos, definida nas cláusulas 95ª e 104ª;
- III. Ortodontia;
- IV. Terceira internação para tratamento de dependência química;
- V. Cirurgia Refrativa – cobertura extra Rol da ANS;
- VI. Benefício Farmácia,

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

§2º Para o tratamento de dependência química, a AMS prevê a cobertura de 3 (três) internações, pelo prazo máximo de 45 dias para cada internação, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas (saldo remanescente) e não sendo permitida prorrogação. A 1ª e 2ª internações serão cobertas através da modalidade de custeio do Grande Risco; e na 3ª internação a coparticipação financeira será de 100% do valor, de acordo com o referencial de preço vigente.

§3º Para as Cirurgias Refrativas, exclusivamente pelas técnicas descritas no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde, a AMS 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, a saber: 70% do custeio para o beneficiário titular x 30% do custeio para a Petrobras.

Cláusula 111ª - A AMS 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 da AMS podem ser acessadas por todos os beneficiários, através da ferramenta Busca AMS, disponível no Portal AMS, discriminadas as especialidades, endereços, e rotas de acesso.

Parágrafo único. A AMS 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 – REAJUSTE

Cláusula 112ª - O reajuste da tabela de Grande Risco será aplicado à época da revisão do Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) da Petrobras, historicamente no mês de setembro. O índice financeiro aplicado para fins de reajuste será aquele obtido após as negociações de ACT, de forma a manter o equilíbrio financeiro do benefício.

CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 113ª - As faixas etárias da AMS 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 114ª - 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 DA AMS

Cláusula 115ª - Haverá perda da condição de beneficiário da AMS para os titulares e, conseqüentemente, o seu grupo de dependentes, quando:

- I. Solicitarem sua exclusão;
- II. Incorrerem em infrações ou fraudes na utilização da AMS, praticadas por beneficiários titulares ou dependentes;

- 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. Caso se trate de empregado ou aposentado, a empresa absorverá integralmente as despesas pendentes relativas a atendimentos prestados exclusivamente a estes pela Escolha Dirigida;
- V. Tiverem extinto seu contrato de trabalho devido a demissão por justa causa;
- VI. Tiverem suspenso seu contrato de trabalho por licença sem vencimentos;
- VII. Tiverem suas aposentadorias suspensas ou canceladas pelo INSS;
- VIII. 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.
- IX. Nos casos específicos de cobrança das despesas de AMS 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 a AMS em até 90 dias da data de suspensão, desde que quitado integralmente o débito. Após este prazo não será permitido o retorno.
- X. Tiverem suspenso ou cancelado o recebimento de seus proventos de aposentadoria ou pensão pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, exclusivamente para os beneficiários titulares Anistiados;
- XI. Na situação de "Cessão de Empregados" em que não estiver recebendo remuneração da Petrobras;
- XII. Deixarem de concluir, nos prazos definidos e amplamente divulgados pela Petrobras, os processos de recadastramento obrigatório da AMS a que forem convocados a participar. Todos os processos de recadastramento da AMS, seus prazos e orientações específicas relacionadas serão devidamente comunicados pela Petrobras aos públicos de interesse e terão sua divulgação realizada no Portal AMS".

Parágrafo único: caso a perda de validade tenha sido devida em função da não conclusão de recadastramento, o beneficiário poderá ter sua validade restabelecida, desde que faça a atualização cadastral na AMS, no prazo de até 24 meses, contados da data da perda da validade e que efetue o pagamento da dívida referente ao período em que ficou sem contribuir com o Plano. Para o período em que o beneficiário estava com o cadastro desatualizado não será permitida a utilização da Livre Escolha.

Cláusula 116ª – Haverá perda da condição de beneficiário dependente da AMS 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 Titular Pensionista para sua manutenção. Caso não haja Beneficiário Titular Pensionista, serão excluídos da AMS, após 120 dias do falecimento do titular;
- III. do falecimento do Beneficiário Titular, quando se extingue a obrigação da Petrobras prestar assistência à saúde ao dependente incluído por determinação judicial, inclusive, ex-cônjuge, mantida por determinação judicial, ainda que esta seja reconhecida como pensionista do INSS;
- IV. no caso de Beneficiário Dependente Cônjuge/Companheiro, 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;
- V. 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 na AMS 28 Anos.
- VI. 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 na AMS 28 Anos;
- VII. no caso de Beneficiário Dependente Filho ou enteado mantido na AMS 28, completar 34 (trinta e quatro) anos;
- VIII. ocorrer a dissolução da união do titular com o seu(sua) genitor(a), no caso de Beneficiário Dependente Enteado;

- IX. 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 anos de idade sem se tornar Beneficiário Dependente Filho;
- X. completar o 31º (trigésimo primeiro) dia de vida, no caso de Beneficiário Dependente Temporário;
- XI. incorrerem em infrações ou fraudes na utilização da AMS;
- XII. vierem a falecer;

Cláusula 117ª - A perda da condição de beneficiário da AMS implicará necessariamente na obrigação de o titular ou seus herdeiros quitar todos os débitos referentes aos serviços de saúde utilizados até a data da sua exclusão.

§1º No caso de falecimento do beneficiário titular, nenhum dependente acima de 21 anos poderá permanecer com direito à AMS na matrícula se não houver pensionista cônjuge/companheiro (a) que possa mantê-lo e autorize sua manutenção, inclusive; universitário, dependente entre 21 e 34 anos; pai, mãe (inscritos antes de 1997), etc.

§2º A regra do caput não se aplicará às despesas do beneficiário titular empregado ou aposentado falecido, efetuadas através da Escolha Dirigida, pois exclusivamente estas serão absorvidas pela Empresa.

§3º No caso de perda da condição de beneficiário da AMS do beneficiário dependente, inclusive 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 99ª, 100ª e 101ª deste Regulamento.

Cláusula 118ª - A AMS permitirá a reinclusão exclusivamente de Beneficiários Titulares Empregados e seus dependentes, desde que não tenham sido excluídos por fraude contra a AMS. 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 119ª - A reinclusão de beneficiário dependente é admitida na AMS, desde que o mesmo não tenha sido excluído da AMS 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:

- a. se for ex-cônjuge, quando da reconciliação/reestabelecimento 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;
- b. se for filho ou enteado excluído da AMS 28 Anos, poderá ser reincluído desde que não tenha completado 29 anos de idade;
- c. se for menor sob guarda em processo de adoção, quando a exclusão ocorrer por não comprovação do processo de adoção, sua AMS pode ser restabelecida mediante a comprovação do andamento do processo

Cláusula 120ª - 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 na AMS, por não ter direito ao benefício por ocasião do falecimento do respectivo titular, ainda que tenha permanecido indevidamente com direito à AMS por não exclusão tempestiva a partir da separação, divórcio ou dissolução da união estável.

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO I - CARTÃO AMS

Cláusula 121ª - O Cartão AMS, em meio físico ou virtual, é o instrumento que habilita os Beneficiários Titulares e Dependentes a utilizarem os serviços de saúde cobertos pela AMS através da modalidade de atendimento da Escolha Dirigida.

Cláusula 122ª - O Cartão AMS 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 da AMS, o que não eximirá o Beneficiário Titular da responsabilidade a respeito da eventual manutenção indevida dos seus beneficiários dependentes na AMS.

Cláusula 123^a - O Cartão AMS deverá ser devolvido ou descartado pelo beneficiário à AMS sempre que houver perda da condição de beneficiário da AMS, independente da exclusão ter sido por iniciativa do beneficiário titular ou por iniciativa da Petrobras

Cláusula 124^a - A responsabilidade pela devolução do Cartão AMS é do Beneficiário Titular. Caso haja utilização da AMS indevidamente, após efetuada a exclusão do beneficiário, o Beneficiário Titular será penalizado e terá o dever de ressarcir à Petrobras o valor correspondente ao total das despesas com assistência à saúde, no período da utilização indevida, sendo passível de cobrança judicial.

Cláusula 125^a - A perda ou esquecimento do Cartão AMS não inviabiliza o atendimento, bastando que, no momento do mesmo, o credenciado verifique a elegibilidade do beneficiário no Portal AMS TISS: portalamstiss.petrobras.com.br

SEÇÃO II - USO INDEVIDO E FRAUDULENTO DA AMS

Cláusula 126^a - Será considerado uso indevido da AMS a utilização pelo Beneficiário Titular ou Dependente nas seguintes situações:

- I. Estiver suspenso ou excluído da AMS;
- II. Estiver sendo, indevidamente, mantido na AMS, como:
 - a. Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) ou qualquer ex-dependente cuja desvinculação do Beneficiário Titular não for, por este, comunicada à AMS, ficando propositadamente desatualizado o cadastro do mesmo.
 - b. Filho(a), enteado(a) ou menor sob guarda que tiver se emancipado.
 - c. 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 AMS 28 Anos.

Parágrafo único: A penalidade aplicável será o ressarcimento à Petrobras de toda a despesa com serviços de saúde desembolsados pela AMS no período de utilização indevida. O ressarcimento é devido inclusive para serviços de saúde que tenham sido pré-autorizados pela AMS. 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 127^a - Será considerado uso fraudulento da AMS a adoção, pelo Beneficiário Titular ou Dependente, de alguma das seguintes práticas:

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

Parágrafo único. A penalidade aplicável será a exclusão definitiva de todo o grupamento familiar da AMS, sem prejuízo da possibilidade de acionamento judicial nas esferas trabalhista, civil e penal.

SEÇÃO III - CENTRAL DE RELACIONAMENTO RH

Cláusula 128^a – Os endereços das centrais de relacionamento RH e os horários de atendimento presencial podem ser consultados na seção “Contato” do Portal da AMS: <https://ams.petrobras.com.br/portal/ams/generico/atendimento/atendimento-1.htm>