



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Gabinete da Presidência

INSTRUÇÃO NORMATIVA GP N. 64, DE 6 DE ABRIL DE 2020

Regulamenta o Plano de Assistência à Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região.

O PRESIDENTE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a [Resolução Administrativa n. 95, de 7 de agosto de 2008](#), que estabelece que as alterações no Regulamento do Plano de Saúde serão implementadas por ato da Presidência, mediante lavratura de expediente próprio;

CONSIDERANDO o [Manual de Padronização de Atos Administrativos](#), que uniformiza a comunicação interna e externa deste Tribunal e conceitua instrução normativa como ato do Presidente do Tribunal que regulamenta matéria específica, previamente disciplinada por legislação federal ou norma dos Conselhos ou dos Tribunais Superiores;

CONSIDERANDO que o ato administrativo adequado para regulamentar o Plano de Assistência à Saúde é uma instrução normativa;

CONSIDERANDO os arts. 6º, **caput**, e 196 da [Constituição da República Federativa de 1988](#), que definem a saúde como um direito social;

CONSIDERANDO os arts. 183, § 3º, 184, inciso III, 185, inciso I, alínea g, e 230 da [Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais;

CONSIDERANDO a [Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993](#), que dispõe sobre normas para licitações e contratos da Administração Pública;

CONSIDERANDO a [Resolução n. 207, de 15 de outubro de 2015](#), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que dispõe sobre a Política de Atenção Integral à Saúde de magistrados e servidores do Poder Judiciário;

CONSIDERANDO a [Resolução n. 294, de 18 de dezembro de 2019](#), do CNJ, que regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário;

CONSIDERANDO a [Instrução Normativa GP n. 21, de 21 de julho de 2016](#), que regulamenta os programas e as ações destinados à promoção da Saúde e Segurança do Trabalho e à prevenção de riscos de acidente e de doenças ocupacionais; e

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar a [Resolução GP n. 6, de 22 de julho de 2013](#), que regulamenta o Plano de Assistência à Saúde;

RESOLVE:

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta o Plano de Assistência à Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região.

Parágrafo único. O Plano de Assistência à Saúde tem por finalidade oferecer ao beneficiário programa de promoção e recuperação da saúde, capaz de proporcionar a manutenção de níveis adequados de saúde física e mental e a garantia de condições compatíveis com o pleno desempenho de suas atividades.

Art. 2º O Plano de Assistência à Saúde assegura ao beneficiário a prestação de assistência multidisciplinar, hospitalar e ambulatorial.

§ 1º A assistência a que se refere o **caput** deste artigo engloba tanto a oferecida pelo Plano de Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região (TRTer Saúde), como a prestada por plano contratado por este Tribunal.

§ 2º A cobertura assegurada pelo TRTer Saúde abrange as assistências odontológica, psicológica e fisioterápica, na forma estabelecida por esta Instrução Normativa.

§ 3º A cobertura assegurada pela operadora de plano de saúde contratada por este Tribunal abrange os serviços informados no contrato vigente.

CAPÍTULO II DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 3º Os usuários do Plano de Assistência à Saúde classificam-se em:

I - beneficiários titulares;

II - beneficiários dependentes; e

III - beneficiários especiais.

Art. 4º São beneficiários titulares o:

I - magistrado ativo e inativo deste Tribunal;

II - servidor ativo e inativo deste Tribunal;

III - servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública;

IV - servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, desde que comprovada a não percepção de benefício semelhante no órgão de origem; e

V - cônjuge ou companheiro pensionista de magistrado ou servidor deste Tribunal.

Parágrafo único. Magistrado e servidor que forem cônjuges ou companheiros entre si serão individualmente considerados beneficiários titulares.

Art. 5º São beneficiários dependentes dos beneficiários titulares mencionados nos incisos I a IV do art. 4º desta Instrução Normativa o:

I - cônjuge; e

II - companheiro que comprove união estável como entidade familiar.

Art. 6º São beneficiários especiais:

I - em relação aos beneficiários titulares mencionados nos incisos I a IV do art. 4º desta Instrução Normativa:

a) o pai;

b) a mãe;

c) o filho;

d) o enteado; e

e) o menor sob guarda judicial, até 18 anos de idade;

II - o servidor público estadual ou municipal cedido para este Tribunal; e

III - o filho pensionista de magistrado ou servidor deste Tribunal.

Art. 7º Somente os beneficiários titulares a que se referem os incisos I a IV do art. 4º desta Instrução Normativa poderão inscrever beneficiários dependentes e especiais.

Art. 8º O ex-companheiro e o cônjuge divorciado ou separado, judicialmente ou de fato, de magistrado ou servidor não poderão ser beneficiários do Plano de Assistência à Saúde, ainda que percebam pensão alimentícia.

CAPÍTULO III DA INSCRIÇÃO

Art. 9º Para se inscrever no Plano de Assistência à Saúde, o interessado preencherá formulário próprio de inscrição e o encaminhará à Seção de Plano de Saúde (SPS).

§ 1º Competirá ao beneficiário titular e aos beneficiários especiais mencionados nos incisos II e III do art. 6º desta Instrução Normativa requerer a própria inscrição.

§ 2º Competirá ao beneficiário titular requerer a inscrição dos respectivos beneficiários dependentes e especiais, observado o disposto no art. 7º desta Instrução Normativa.

Art. 10. O deferimento da inscrição está condicionado ao prévio cadastro dos dados pessoais do interessado na Secretaria de Informações Funcionais dos Magistrados (SEIM), se magistrado ou pessoa a ele relacionada, ou na Secretaria de Pessoal (SEP), se servidor ou pessoa a ele relacionada.

Parágrafo único. No caso de requerimento apresentado por servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, o deferimento da inscrição está condicionado, ainda, à declaração do órgão de origem de que o interessado não percebe benefício semelhante.

Art. 11. Não haverá carência para utilizar a assistência oferecida pelo TRTer Saúde.

Art. 12. A carência para utilizar a assistência oferecida pela operadora de plano de saúde será definida em contrato.

CAPÍTULO IV DO DESLIGAMENTO

Art. 13. O direito do beneficiário de utilizar o Plano de Assistência à Saúde cessará nas seguintes hipóteses:

I - para o beneficiário titular:

a) licença e afastamento sem remuneração, quando não houver recolhimento da contribuição previdenciária no período respectivo;

b) exoneração de cargo efetivo e de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública;

c) demissão;

d) posse em outro cargo inacumulável;

e) retorno ao órgão de origem de servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido;

f) perda da qualidade de pensionista;

g) redistribuição;

h) falecimento;

i) cancelamento voluntário da inscrição, por meio de requerimento encaminhado à SPS; ou

j) cancelamento de ofício da inscrição, por descumprimento de disposição contida nesta Instrução Normativa;

II - para o beneficiário dependente:

a) desligamento do respectivo beneficiário titular;

b) nulidade ou anulação do casamento, separação judicial ou de fato, divórcio e dissolução da união estável;

c) falecimento;

d) cancelamento voluntário da inscrição, por meio de requerimento do beneficiário titular encaminhado à SPS; ou

e) cancelamento de ofício da inscrição, por descumprimento de disposição contida nesta Instrução Normativa; e

III - para o beneficiário especial:

a) desligamento do respectivo beneficiário titular;

b) implemento da idade de 18 anos pelo menor sob guarda judicial;

c) retorno ao órgão de origem de servidor público estadual ou municipal cedido;

d) perda da qualidade de pensionista ou de enteado;

e) falecimento;

f) cancelamento voluntário da inscrição, por meio de requerimento do beneficiário titular encaminhado à SPS; ou

g) cancelamento de ofício da inscrição, por descumprimento de disposição contida nesta Instrução Normativa.

§ 1º O cancelamento de ofício da inscrição ocorrerá sem prejuízo das demais medidas administrativas e judiciais cabíveis.

§ 2º No caso de falecimento do beneficiário titular, os respectivos beneficiários dependentes e especiais poderão permanecer vinculados à operadora de plano de saúde, conforme condições estabelecidas no contrato vigente, mediante opção do interessado apresentada à SPS.

Art. 14. O servidor deste Tribunal em exercício provisório, cedido ou removido para outro órgão público, interessado em aderir a programa de assistência ou auxílio à saúde no órgão de exercício deverá requerer, previamente, o cancelamento da inscrição no Plano de Assistência à Saúde, conforme alínea i do inciso I do art. 13 desta Instrução Normativa.

§ 1º É vedada a percepção simultânea de benefícios semelhantes oferecidos nos órgãos de origem e de exercício.

§ 2º A não observância da vedação mencionada no § 1º deste artigo implicará o ressarcimento pelo servidor de valores pagos por este Tribunal no período respectivo.

Art. 15. É dever do beneficiário titular, dependente ou especial informar, de imediato, ao credenciado do TRTer Saúde o desligamento ocorrido durante a realização de tratamento odontológico, psicológico ou fisioterápico.

Art. 16. São deveres dos beneficiários titulares a que se referem os incisos I a IV do art. 4º desta Instrução Normativa informar, de imediato, à:

I - SEIM, se magistrado, ou SEP, se servidor, a ocorrência de nulidade ou anulação do casamento, separação judicial ou de fato, divórcio e dissolução da união estável; e

II - SPS o óbito dos respectivos beneficiários dependentes e especiais.

§ 1º A não observância da exigência mencionada no inciso I deste artigo obrigará o beneficiário titular a arcar com o pagamento integral das despesas de saúde do beneficiário dependente ou especial.

§ 2º A não observância da exigência mencionada no inciso II deste artigo implicará a continuidade da cobrança das despesas de saúde.

CAPÍTULO V DA ASSISTÊNCIA OFERECIDA PELO TRTer SAÚDE

Seção I Da Assistência Odontológica

Subseção I Das Disposições Gerais

Art. 17. A assistência odontológica oferecida nos tratamentos eletivos ou urgentes destina-se ao:

I - magistrado ativo ou inativo deste Tribunal e respectivo cônjuge ou companheiro;

II - servidor ativo ou inativo deste Tribunal e respectivo cônjuge ou companheiro;

III - servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública e respectivo cônjuge ou companheiro;

IV - servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, e respectivo cônjuge ou companheiro; e

V - cônjuge ou companheiro pensionista de magistrado ou servidor deste Tribunal.

Art. 18. As especialidades odontológicas e os procedimentos cobertos pelo TRTer Saúde estão descritos na Tabela de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos e na de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos em Urgências, disponíveis no sítio deste Tribunal.

§ 1º As tabelas referidas no **caput** deste artigo também contemplam:

I - código, descrição e valor de cada procedimento;

II - intervalo mínimo para repetição de serviço ou para realização de procedimento com a mesma finalidade e no mesmo dente, face ou região;

III - tipos de auditorias (inicial ou final; presencial ou documental) e casos de dispensa;

IV - limite de valor autorizado para procedimentos de prótese;

V - normas técnicas definidas para aprovação de procedimento; e

VI - necessidade de radiografia, relatório ou fotografia para aprovação de procedimento.

§ 2º O intervalo mínimo a que se refere o inciso II do § 1º deste artigo corresponde ao prazo de garantia do serviço prestado ou do procedimento realizado.

Art. 19. Durante o prazo de garantia, quem prestou a assistência odontológica é obrigado a reparar ou a repetir o procedimento apenas se o beneficiário não der causa à reparação ou à repetição.

Parágrafo único. Na hipótese mencionada no **caput** deste artigo, a reparação ou a repetição do procedimento será realizada sem ônus para o beneficiário.

Art. 20. O TRTer Saúde não cobrirá despesa de reparação ou repetição de procedimento realizada durante o prazo de garantia.

Art. 21. A profilaxia realizada por profissional ou instituição, integrantes da rede credenciada ou não, diferentes do(a) que realizou a profilaxia anterior, implicará o desconto do valor integral do procedimento, se não observado, entre uma e outra profilaxia, o intervalo mínimo informado em tabela.

Art. 22. Nos tratamentos odontológicos em que o beneficiário optar pelo uso de material não coberto pelo Plano, a despesa decorrente do uso desse material será suportada exclusivamente às expensas do beneficiário.

Art. 23. Concluído o tratamento endodôntico, o beneficiário providenciará a restauração final do dente em até 30 dias.

Parágrafo único. O TRTer Saúde não cobrirá despesa decorrente da repetição de tratamento endodôntico realizada em razão da não observância do **caput** deste artigo.

Art. 24. É vedada a substituição de restauração por motivo exclusivamente estético.

Art. 25. Situações técnicas não mencionadas nesta Seção serão resolvidas pela Seção de Assistência Odontológica (SAO).

Subseção II Do Tratamento Eletivo

Art. 26. Para usufruir da assistência odontológica oferecida pelo TRTer Saúde nos tratamentos eletivos, o beneficiário deverá utilizar a rede credenciada na cidade onde o serviço for prestado.

§ 1º O beneficiário somente poderá utilizar a assistência odontológica de sua escolha se, na cidade onde o serviço for prestado:

I - não houver credenciado na especialidade procurada; ou

II - houver apenas um credenciado na especialidade procurada e ficar comprovada a existência de motivo que impeça a assistência odontológica.

§ 2º Na hipótese do inciso II do § 1º deste artigo, o beneficiário ou o credenciado comunicará o motivo, por escrito, à SAO, a quem caberá autorizar ou não a realização da consulta inicial com o profissional ou com a instituição da escolha do beneficiário.

§ 3º Independentemente de a assistência odontológica ser prestada por rede credenciada, por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, a realização das auditorias inicial e final pela SAO é obrigatória, ressalvados os casos de dispensa informados nas tabelas mencionadas no art. 18, **caput**, desta Instrução Normativa.

Art. 27. Para a consulta inicial, o beneficiário apresentará ao credenciado os seguintes documentos:

I - identificação pessoal;

II - certidão de inscrição no TRTer Saúde; e

III - formulário próprio de descrição do plano de tratamento odontológico.

Parágrafo único. Na hipótese de consulta inicial realizada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, ficará dispensada a apresentação da certidão a que se refere o inciso II deste artigo.

Art. 28. Para radiografia, o beneficiário apresentará ao credenciado os seguintes documentos:

I - identificação pessoal;

II - certidão de inscrição no TRTer Saúde; e

III - pedido assinado por cirurgião-dentista identificado com o registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Parágrafo único. Na hipótese de radiografia realizada por instituição da escolha do beneficiário, ficará dispensada a apresentação da certidão a que se refere o inciso II deste artigo.

Art. 29. Realizada a consulta inicial e preenchido o plano de tratamento pelo credenciado, pelo profissional ou pela instituição da escolha do beneficiário, este será submetido à auditoria inicial da SAO antes de dar início ao tratamento, ressalvados os casos de dispensa informados nas tabelas mencionadas no art. 18, **caput**, desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. O TRTer Saúde não cobrirá despesa decorrente da assistência odontológica prestada sem observância do disposto no **caput** deste artigo.

Art. 30. A auditoria inicial será presencial ou documental, conforme o disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo.

§ 1º Deverão comparecer à SAO para auditoria inicial presencial:

I - o magistrado e o servidor deste Tribunal, lotados em Belo Horizonte;

II - o servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública, lotado em Belo Horizonte;

III - o servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, lotado em Belo Horizonte;

IV - o magistrado e o servidor inativos deste Tribunal, residentes em Belo Horizonte;

V - o cônjuge ou o companheiro de magistrado ou servidor deste Tribunal, residente em Belo Horizonte;

VI - o cônjuge ou o companheiro de servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública, residente em Belo Horizonte;

VII - o cônjuge ou o companheiro de servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, residente em Belo Horizonte; e

VIII - o cônjuge/companheiro pensionista de magistrado ou servidor deste Tribunal, residente em Belo Horizonte.

§ 2º Deverão enviar documentação à SAO para auditoria inicial documental:

I - o magistrado e o servidor deste Tribunal, não lotados em Belo Horizonte;

II - o servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública, não lotado em Belo Horizonte;

III - o servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, não lotado em Belo Horizonte;

IV - o magistrado e o servidor inativos deste Tribunal, não residentes em Belo Horizonte;

V - o cônjuge ou o companheiro de magistrado ou servidor deste Tribunal, não residente em Belo Horizonte;

VI - o cônjuge ou o companheiro de servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública, não residente em Belo Horizonte;

VII - o cônjuge ou o companheiro de servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal, não residente em Belo Horizonte; e

VIII - o cônjuge/companheiro pensionista de magistrado ou servidor deste Tribunal, não residente em Belo Horizonte.

§ 3º No caso de servidor em teletrabalho, a auditoria inicial será presencial, se a residência for em Belo Horizonte.

§ 4º A critério da SAO, os beneficiários mencionados no § 1º deste artigo e o servidor teletrabalhador residente em Belo Horizonte poderão ser dispensados da auditoria inicial presencial, devendo, nesse caso, enviar documentação para auditoria inicial documental.

§ 5º A critério da SAO, os beneficiários mencionados no § 2º deste artigo e o servidor teletrabalhador não residente em Belo Horizonte poderão ser submetidos à auditoria inicial presencial.

§ 6º Os beneficiários mencionados no § 2º deste artigo e o servidor teletrabalhador não residente em Belo Horizonte poderão, a seu critério, submeter-se à auditoria inicial presencial.

§ 7º Para auditoria inicial presencial, o beneficiário comparecerá à SAO em horário previamente marcado, de posse do plano de tratamento e, quando exigidos nas tabelas, de radiografias, exames, relatórios ou fotografias.

§ 8º Para auditoria inicial documental, o beneficiário enviará à SAO o plano de tratamento e, quando exigidos, os demais documentos mencionados no § 7º deste artigo.

§ 9º O prazo para comparecer à SAO ou enviar a documentação para auditoria inicial é de 30 dias, contado da data do preenchimento do plano de tratamento.

§ 10. Outros relatórios, radiografias, fotografias e exames poderão ser exigidos pela SAO.

Art. 31. Ao realizar auditoria inicial, a SAO poderá:

I - autorizar o tratamento;

II - autorizar o tratamento com restrições; ou

III - não autorizar o tratamento.

Parágrafo único. O tratamento autorizado pela SAO deverá ser concluído no prazo de seis meses, contado da data da auditoria inicial, prorrogável por igual período, a pedido justificado do beneficiário, do profissional ou da instituição que presta o tratamento.

Art. 32. Finalizado o tratamento, é obrigatória a auditoria final documental pela SAO, para avaliar o serviço e a documentação gerada em função do tratamento.

§ 1º Para auditoria final, o beneficiário enviará à SAO o plano de tratamento e, quando exigidos nas tabelas, radiografias, exames, relatórios ou fotografias.

§ 2º No caso de tratamento realizado por profissional ou por instituição de sua escolha, o beneficiário apresentará o recibo ou a nota fiscal de pagamento, além dos documentos exigidos no § 1º deste artigo.

§ 3º O prazo para enviar a documentação para auditoria final é de cinco dias úteis, contado da data de término do tratamento.

§ 4º A inobservância do prazo estabelecido no § 3º deste artigo poderá implicar:

I - desconto integral dos valores relativos aos procedimentos comprovadamente realizados pelo credenciado; ou

II - não reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

§ 5º Outros relatórios, radiografias, fotografias e exames poderão ser exigidos pela SAO.

§ 6º A critério da SAO, o beneficiário poderá ser submetido à auditoria final presencial, em horário previamente marcado, de posse dos documentos mencionados no § 1º, observado o disposto nos §§ 2º a 5º deste artigo.

Art. 33. Realizada a auditoria final e aprovados pela SAO o serviço e a documentação mencionados no art. 32, **caput**, desta Instrução Normativa, a SPS adotará as providências necessárias para:

I - desconto referente à coparticipação do beneficiário e pagamento devido ao credenciado; ou

II - reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

Subseção III Da Interrupção do Tratamento Eletivo

Art. 34. A interrupção do tratamento aprovado em auditoria inicial poderá ocorrer com ou sem motivo justificado, por iniciativa do beneficiário, do profissional ou da instituição que presta o tratamento.

Parágrafo único. Em qualquer situação mencionada no **caput** deste artigo, é obrigatória a auditoria final documental pela SAO, nos termos do art. 32 desta Instrução Normativa.

Art. 35. Havendo motivo justificado, a interrupção do tratamento:

I - assegurará ao credenciado o direito de receber deste Tribunal pelos procedimentos realizados, desde que comprovados pela assinatura do beneficiário em campo próprio do plano de tratamento; ou

II - garantirá ao beneficiário o reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada pelo profissional ou pela instituição de sua escolha.

§ 1º Se a interrupção ocorrer por iniciativa de quem presta o tratamento, fica esse obrigado a comunicar o fato ao beneficiário e à SAO, no prazo de 30 dias, contado da data de realização do último procedimento.

§ 2º Se a interrupção ocorrer por iniciativa do beneficiário, fica esse obrigado a comunicar o fato a quem presta o tratamento e à SAO, no prazo de 30 dias, contado da data de realização do último procedimento.

Art. 36. Não havendo motivo justificado, a interrupção do tratamento por prazo superior a 30 dias, contado da data de realização do último procedimento, será considerada abandono.

§ 1º Se o abandono ocorrer por iniciativa de quem presta o tratamento, fica o beneficiário obrigado a comunicar o fato à SAO, não sendo assegurado ao prestador, se credenciado, o direito de receber pelos procedimentos realizados.

§ 2º Se o abandono ocorrer por iniciativa do beneficiário, fica o prestador obrigado a comunicar o fato à SAO, assegurado a ele, se credenciado, o direito de receber deste Tribunal pelos procedimentos realizados, desde que comprovados pela assinatura do beneficiário em campo próprio do plano de tratamento.

§ 3º Para os fins deste artigo, equipara-se ao abandono por iniciativa do beneficiário a falta não justificada a três consultas, consecutivas ou não.

Subseção IV Do Tratamento Urgente

Art. 37. Para usufruir da assistência odontológica oferecida pelo TRTer Saúde nos tratamentos urgentes, o beneficiário poderá utilizar a rede credenciada ou a assistência odontológica de sua escolha em qualquer localidade.

§ 1º Para os fins deste artigo, considera-se urgente o tratamento que não pode ser adiado ou dividido, no qual são adotadas medidas imediatas para os casos de odontalgia, hemorragia, abscesso, alveolite, fratura dentária e óssea, deslocamento de prótese e de restauração com comprometimento estético.

§ 2º O beneficiário solicitará ao credenciado, ao profissional ou à instituição de sua escolha, relatório com a descrição completa e a comprovação da urgência do tratamento.

§ 3º Independentemente de a assistência odontológica ser prestada por credenciado, por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, a auditoria final pela SAO é obrigatória.

Art. 38. Para consulta de urgência com a rede credenciada, o beneficiário apresentará os documentos mencionados nos incisos do art. 27 desta Instrução Normativa.

Art. 39. Para consulta de urgência com profissional ou com instituição de sua escolha, bastará ao beneficiário apresentar documento de identificação pessoal.

Art. 40. Finalizado o tratamento, é obrigatória a auditoria final documental pela SAO, para avaliar o serviço e a documentação gerada em função do tratamento.

§ 1º O beneficiário que tiver realizado o tratamento com credenciado enviará à SAO, para auditoria final, o plano de tratamento preenchido pelo credenciado e o relatório a que se refere o § 2º do art. 37 desta Instrução Normativa e, quando exigidos nas tabelas, exames, radiografias ou fotografias.

§ 2º O beneficiário que tiver realizado o tratamento com profissional da sua escolha enviará à SAO, para auditoria final, o relatório a que se refere o § 2º do art. 37 desta Instrução Normativa, o recibo ou a nota fiscal de pagamento e o pedido de reembolso e, quando exigidos nas tabelas, exames, radiografias ou fotografias.

§ 3º O prazo para enviar a documentação para auditoria final é de cinco dias úteis, contado da data de realização do tratamento.

§ 4º A inobservância do prazo estabelecido no § 3º deste artigo poderá implicar:

I - desconto integral dos valores relativos aos procedimentos comprovadamente realizados pelo credenciado; ou

II - não reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

§ 5º Outros relatórios, radiografias, fotografias e exames poderão ser exigidos pela SAO.

§ 6º A critério da SAO, o beneficiário poderá ser submetido à auditoria final presencial, em horário previamente marcado, de posse dos documentos mencionados nos §§ 1º e 2º, observado o disposto nos §§ 3º a 5º deste artigo.

Art. 41. Realizada a auditoria final e aprovados pela SAO os serviços e a documentação mencionados no **caput** do art. 40 desta Instrução Normativa, a SPS adotará as providências necessárias para:

I - desconto referente à coparticipação do beneficiário e pagamento devido ao credenciado; ou

II - reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

Subseção V Do Exame Odontológico Periódico

Art. 42. O Exame Odontológico Periódico (EOP) destina-se a magistrados e servidores ativos, assim considerados os que estejam em exercício nesta 3ª Região.

Art. 43. Para realizar o EOP, o beneficiário deverá utilizar a rede credenciada na cidade onde o serviço for prestado.

§ 1º O beneficiário somente poderá realizar o EOP com profissional ou com instituição de sua escolha se, na cidade onde o serviço for prestado:

I - não houver credenciado; ou

II - houver apenas um credenciado e ficar comprovada a existência de motivo que impeça a realização do EOP.

§ 2º No caso mencionado no inciso II do § 1º deste artigo, o beneficiário ou o credenciado comunicará o motivo, por escrito, à SAO, a quem caberá autorizar ou não a realização do EOP com o profissional ou com a instituição da escolha do beneficiário.

§ 3º Independentemente de o EOP ser realizado por credenciado, por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, a auditoria final documental pela SAO é obrigatória.

Art. 44. Para realizar o EOP, o beneficiário apresentará ao credenciado os seguintes documentos:

I - identificação pessoal;

II - certidão de inscrição no TRTer Saúde; e

III - formulário denominado Guia do Exame Odontológico Periódico.

Parágrafo único. No caso de EOP realizado por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, ficará dispensada a apresentação do documento a que se refere o inciso II do **caput** deste artigo.

Art. 45. Realizado o EOP, o beneficiário ou quem o atendeu enviará à SAO, no prazo de cinco dias úteis, a Guia do Exame Odontológico Periódico preenchida, para auditoria final documental.

Parágrafo único. No caso de EOP realizado por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, este enviará à SAO o recibo ou a nota fiscal de pagamento, além do documento exigido no **caput** deste artigo.

Art. 46. Realizada a auditoria final e aprovados pela SAO os documentos gerados em função do tratamento, a SPS adotará as providências necessárias para:

I - pagamento devido ao credenciado; ou

II - reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

Subseção VI Do Reembolso

Art. 47. Será permitido o reembolso da despesa decorrente da assistência odontológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário nas hipóteses de:

I - tratamento eletivo, observado o disposto no art. 26 desta Instrução Normativa;

II - radiografia, observado o disposto no art. 26 desta Instrução Normativa;

III - tratamento urgente, observado o disposto no art. 37 desta Instrução Normativa; e

IV - EOP, observado o disposto no art. 43 desta Instrução Normativa.

§ 1º O reembolso a que se referem os incisos I, III e IV do **caput** deste artigo poderá ser requerido pelo beneficiário em auditoria final, no prazo de cinco dias úteis, contado da data:

I - do término do tratamento eletivo;

II - de realização do tratamento urgente; ou

III - do EOP.

§ 2º O reembolso a que se refere o inciso II do **caput** deste artigo poderá ser requerido pelo beneficiário no prazo de 30 dias, contado da emissão do recibo ou da nota fiscal de pagamento.

Art. 48. Para requerer o reembolso, o beneficiário deverá apresentar o pedido instruído com o recibo ou a nota fiscal de pagamento.

Parágrafo único. No reembolso da despesa decorrente de tratamento eletivo e de EOP, a apresentação do pedido poderá ser dispensada mediante o preenchimento de campo próprio no respectivo formulário.

Art. 49. O recibo ou a nota fiscal de pagamento deverá ser legível e sem rasura, bem como conter as seguintes informações:

I - nome do beneficiário;

II - descrição e valor de cada procedimento;

III - nome e números de inscrição no Conselho Regional da categoria e no Cadastro de Pessoa Física (CPF), ou no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), do profissional ou da instituição emitente;

IV - local e data; e

V - assinatura e carimbo do profissional emitente.

§ 1º A exigência contida no inciso II do **caput** deste artigo poderá ser dispensada mediante o preenchimento de campo próprio no plano de tratamento odontológico ou na Guia do Exame Odontológico Periódico.

§ 2º Somente serão aceitos:

I - nota fiscal eletrônica; ou

II - recibo ou nota fiscal de pagamento, na via original.

Art. 50. Tabelas disponíveis no sítio deste Tribunal estabelecerão o percentual de reembolso.

Parágrafo único. Se o valor cobrado pelo profissional ou pela instituição da escolha do beneficiário for inferior ao estabelecido nas tabelas referidas no **caput** deste artigo, o reembolso será limitado ao valor efetivamente pago pela assistência.

Art. 51. O valor do reembolso será creditado em folha de pagamento do beneficiário titular, observada a disponibilidade orçamentária.

Parágrafo único. Se o beneficiário for servidor público estadual ou municipal cedido para este Tribunal, o valor do reembolso será creditado em folha de pagamento.

Art. 52. Não será objeto de reembolso a despesa decorrente da assistência odontológica prestada:

I - pelas pessoas mencionadas nos incisos I a V do parágrafo único do art. 78 desta Instrução Normativa; e

II - pela rede credenciada.

Seção II **Da Assistência Psicológica**

Art. 53. A assistência psicológica destina-se a magistrados e servidores ativos, assim considerados os que estejam em exercício nesta 3ª Região.

Art. 54. A cobertura assegurada pelo TRTer Saúde na assistência psicológica compreende a realização de:

I - sessões de psicoterapia individual;

II - sessões de psicoterapia de casal ou de família; e

III - exame neuropsicológico em psicologia clínica, a pedido da perícia médica oficial deste Tribunal, mediante encaminhamento da Seção de Assistência Psicológica (SAP) à rede credenciada.

§ 1º O TRTer Saúde não cobrirá despesa de assistência psicológica nas doenças codificadas na Classificação Internacional de Doenças (CID10), sob os seguintes códigos: F20 a F29, F31, F33, F50 e F84.

§ 2º A soma das sessões mencionadas nos incisos I e II do **caput** deste artigo não poderá ultrapassar o limite de 40 por ano civil (janeiro a dezembro), não cumulativo.

§ 3º Para fins de cálculo do limite de sessões, considera-se:

I - a entrevista clínica inicial como uma sessão de psicoterapia individual;
e

II - cada sessão de psicoterapia de casal ou de família como duas sessões individuais.

§ 4º As sessões destinadas à realização de exame neuropsicológico não serão computadas no limite a que se refere o § 2º deste artigo.

Art. 55. Para usufruir da assistência psicológica oferecida pelo TRTer Saúde, o beneficiário deverá utilizar a rede credenciada na cidade onde o serviço for prestado.

1º O beneficiário somente poderá utilizar a assistência psicológica com profissional ou com instituição de sua escolha se, na cidade onde o serviço for prestado, não houver credenciado ou houver apenas um.

§ 2º Independentemente de a assistência psicológica ser prestada por credenciado, por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, a prévia autorização do tratamento pela SAP é obrigatória, após análise do Parecer Psicológico.

§ 3º A autorização a que se refere o § 2º deste artigo terá validade até 31 de dezembro do ano em que concedida e deverá ser renovada sempre que alterado o credenciado, o profissional ou a instituição que atende o beneficiário.

Art. 56. Para a entrevista clínica inicial, o beneficiário apresentará ao credenciado os seguintes documentos:

I - identificação pessoal;

II - certidão de inscrição no TRTer Saúde;

III - formulário denominado Parecer Psicológico; e

IV - formulário denominado Comprovante de Prestação de Serviço (CPS).

Parágrafo único. No caso de entrevista clínica inicial realizada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, ficará dispensada a apresentação dos documentos a que se referem os incisos II e IV deste artigo.

Art. 57. Realizada a entrevista clínica inicial, o beneficiário ou quem o atendeu encaminhará o Parecer Psicológico à SAP, para análise.

§ 1º O Parecer Psicológico é documento confidencial, resguardado sob sigilo ético.

§ 2º Na análise do Parecer Psicológico, a SAP verificará se:

I - os campos estão preenchidos, inclusive com carimbo de quem realizou a entrevista;

II - o magistrado ou o servidor identificado no documento é beneficiário da assistência psicológica do TRTer Saúde, nos termos do art. 53 desta Instrução Normativa;

III - há cobertura do TRTer Saúde, nos termos do art. 54 desta Instrução Normativa; e

IV - o profissional está com registro ativo no Conselho Regional de Psicologia (CRP) do Estado onde realizado o atendimento.

§ 3º Após analisar o Parecer Psicológico, a SAP autorizará ou não o tratamento proposto.

Art. 58. O comparecimento do beneficiário à entrevista clínica inicial e às sessões de psicoterapia individual, de casal ou de família será atestado no CPS pelo profissional ou pela instituição responsável pelo atendimento.

Parágrafo único. O beneficiário datará e assinará o CPS após a realização da entrevista clínica inicial e de cada sessão de psicoterapia individual, de psicoterapia de casal ou de família, marcando o tipo de sessão na coluna correspondente.

Art. 59. O controle do número de sessões para observância do limite a que se refere o § 2º do art. 54 desta Instrução Normativa será de responsabilidade do beneficiário e do profissional ou da instituição que o atende.

Parágrafo único. É dever do beneficiário informar a quem o atende a realização de sessões com outros profissionais no mesmo ano civil.

Art. 60. O beneficiário, o profissional ou a instituição que o atendeu enviará o CPS e o recibo ou a nota fiscal de pagamento à SPS.

§ 1º A SPS, após aprovar os documentos, adotará as providências necessárias para:

I - desconto referente à coparticipação do beneficiário e pagamento devido ao credenciado; ou

II - reembolso da despesa decorrente da assistência psicológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

§ 2º É vedado ao credenciado cobrar do beneficiário importância pela assistência psicológica assegurada pelo TRTer Saúde.

§ 3º O pagamento das sessões que excederem o limite estabelecido no § 2º do art. 54 desta Instrução Normativa será feito diretamente pelo beneficiário ao profissional ou à instituição responsável pelo atendimento.

Subseção Única Do Reembolso

Art. 61. Será permitido o reembolso da despesa decorrente da assistência psicológica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, observado o disposto no art. 55 desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. O reembolso poderá ser requerido pelo beneficiário no prazo de 30 dias, contado da emissão do recibo ou da nota fiscal de pagamento.

Art. 62. Para requerer o reembolso, o beneficiário observará o procedimento estabelecido no art. 48 desta Instrução Normativa.

Art. 63. O recibo ou a nota fiscal deverão ser emitidos de conformidade com o disposto no art. 49, **caput** e § 2º, desta Instrução Normativa.

Art. 64. O reembolso mencionado no art. 61 observará, ainda, o disposto nos arts. 50 a 52 desta Instrução Normativa.

Seção III

Da Assistência Fisioterápica

Art. 65. A assistência fisioterápica destina-se a magistrados e servidores ativos, assim considerados os que estejam em exercício nesta 3ª Região, à exceção do servidor público estadual ou municipal cedido para este Tribunal.

Art. 66. A cobertura assegurada pelo TRTer Saúde na assistência fisioterápica destina-se à prevenção de adoecimento ou ao tratamento de distúrbio postural e osteomuscular, dor crônica e desordem neurológica e compreende a realização de:

I - sessões de Reeducação Postural Global (RPG) individuais; e

II - sessões de Pilates, individuais ou em grupo de, no máximo, três alunos.

§ 1º A soma das sessões mencionadas nos incisos I e II do **caput** deste artigo não poderá ultrapassar o limite de 40 por ano civil (janeiro a dezembro), não cumulativo.

§ 2º Para fins de cálculo do limite de sessões, considera-se a avaliação inicial como uma sessão de RPG ou de Pilates.

Art. 67. Para usufruir da assistência fisioterápica oferecida pelo TRTer Saúde, o beneficiário deverá utilizar a rede credenciada na cidade onde o atendimento for prestado.

1º O beneficiário somente poderá utilizar a assistência fisioterápica de sua escolha se, na cidade onde o atendimento for prestado:

I - não houver credenciado; ou

II - houver apenas um credenciado na modalidade procurada e ficar comprovada a existência de motivo que impeça a assistência fisioterápica.

§ 2º Independentemente de a assistência fisioterápica ser prestada por credenciado, por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, o preenchimento do formulário denominado Questionário de Prontidão para Atividade Física é obrigatório.

§ 3º O TRTer Saúde não cobrirá despesa decorrente da assistência fisioterápica prestada sem observância do disposto no § 3º deste artigo.

Art. 68. Para a avaliação inicial, o beneficiário apresentará ao credenciado os seguintes documentos:

I - identificação pessoal;

II - certidão de inscrição no TRTer Saúde;

III - Questionário de Prontidão para Atividade Física; e

IV - CPS.

Parágrafo único. No caso de avaliação inicial realizada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, ficará dispensada a apresentação dos documentos a que se referem os incisos II e IV deste artigo.

Art. 69. Realizada a avaliação inicial, o beneficiário ou quem o atendeu encaminhará o Questionário de Prontidão para Atividade Física à SPS.

Art. 70. O comparecimento do beneficiário à avaliação inicial e às sessões de RPG ou Pilates será atestado no CPS pelo profissional ou pela instituição responsável pelo atendimento.

Parágrafo único. O beneficiário datará e assinará o CPS após a realização da avaliação inicial e de cada sessão de RPG ou Pilates.

Art. 71. O controle do número de sessões para observância do limite a que se refere o § 1º do art. 66 desta Instrução Normativa será de responsabilidade do beneficiário, do profissional ou da instituição que o atende.

Parágrafo único. É dever do beneficiário informar a quem o atende a realização de sessões com outros profissionais no mesmo ano civil.

Art. 72. O beneficiário, o profissional ou a instituição que o atendeu enviará o CPS e o recibo ou a nota fiscal de pagamento à SPS.

§ 1º A SPS, após aprovar os documentos, adotará as providências necessárias para:

I - desconto referente à coparticipação do beneficiário e pagamento devido ao credenciado; ou

II - reembolso da despesa decorrente da assistência fisioterápica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário.

§ 2º É vedado ao credenciado cobrar do beneficiário importância, pela assistência fisioterápica assegurada pelo TRTer Saúde.

§ 3º O pagamento das sessões que excederem o limite estabelecido no § 1º do art. 66 desta Instrução Normativa será feito diretamente pelo beneficiário ao profissional ou à instituição responsável pelo atendimento.

Subseção Única Do Reembolso

Art. 73. Será permitido o reembolso da despesa decorrente da assistência fisioterápica prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário, observado o disposto no art. 67 desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. O reembolso poderá ser requerido pelo beneficiário no prazo de 30 dias, contado da emissão do recibo ou da nota fiscal de pagamento.

Art. 74. Para requerer o reembolso, o beneficiário observará o procedimento estabelecido no art. 48 desta Instrução Normativa.

Art. 75. O recibo ou a nota fiscal deverão ser emitidos de conformidade com o disposto no art. 49, **caput** e § 2º, desta Instrução Normativa.

Art. 76. O reembolso mencionado no art. 73 observará, ainda, o disposto nos arts. 50 a 52 desta Instrução Normativa.

CAPÍTULO VI DA ASSISTÊNCIA OFERECIDA PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Art. 77. Os beneficiários, o objeto, a cobertura e as condições para utilização da assistência médica oferecida pela operadora de plano de saúde e para reembolso de despesas são os informados no contrato vigente.

CAPÍTULO VII DA CONTRATAÇÃO

Art. 78. A contratação dos prestadores dos serviços pelo TRTer Saúde será feita por meio de credenciamento, por inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 25, **caput**, da [Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993](#).

Parágrafo único. São impedidos de se credenciar como pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de serem beneficiários do Plano de Assistência à Saúde:

I - magistrado ativo e inativo deste Tribunal;

II - servidor ativo e inativo deste Tribunal;

III - servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para este Tribunal;

IV - servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública; e

V - servidor público estadual ou municipal cedido para este Tribunal.

Art. 79. A contratação da operadora de plano de saúde será feita por meio de procedimento licitatório, nos termos da legislação federal que regulamenta a matéria.

CAPÍTULO VIII DO CUSTEIO

Art. 80. A despesa decorrente do Plano de Assistência à Saúde será custeada por:

I - recurso próprio deste Tribunal, em programa e verba orçamentária específicos; e

II - contribuição dos beneficiários titulares, dependentes e especiais, definida em tabelas disponíveis no sítio deste Tribunal.

§ 1º A contribuição a que se refere o inciso II do **caput** deste artigo será realizada mediante o pagamento de mensalidade, de coparticipação em consultas, exames e procedimentos e de transporte aeromédico, na forma estabelecida neste Capítulo e no contrato celebrado entre este Tribunal e a operadora de plano de saúde.

§ 2º Será cobrada mensalidade do beneficiário pelos serviços oferecidos pela operadora de plano de saúde, independentemente de sua utilização.

§ 3º Não será cobrada mensalidade do beneficiário pelos serviços oferecidos pelo TRTer Saúde.

§ 4º Será cobrada coparticipação do beneficiário quando houver utilização dos serviços oferecidos pelo TRTer Saúde ou pela operadora de plano de saúde.

§ 5º Será cobrado transporte aeromédico do beneficiário quando houver opção pelo serviço, independentemente de sua utilização.

§ 6º Nos casos de exame periódico ou tratamento de doença profissional ou acidente de trabalho, o magistrado ou o servidor que estiver em exercício neste Tribunal está isento de contribuir para o respectivo custeio.

§ 7º A contribuição a que se refere o § 1º deste artigo será paga mediante desconto em folha de pagamento do beneficiário titular ou, na impossibilidade, por outro instrumento de cobrança.

§ 8º O beneficiário titular é responsável pelo pagamento da contribuição dos respectivos beneficiários dependentes e especiais.

Art. 81. A critério da Presidência, os percentuais da contribuição do beneficiário referentes à mensalidade da operadora de plano de saúde e à coparticipação em procedimentos oferecidos pelo TRTer Saúde poderão sofrer variação de acordo com a disponibilidade orçamentária.

Art. 82. A critério da Presidência, os valores ou percentuais relativos à mensalidade, à coparticipação em consultas, exames e procedimentos e ao transporte aeromédico poderão ser suportados por este Tribunal, no caso de existência de dotação orçamentária.

Art. 83. O reembolso da despesa decorrente da assistência prestada por profissional ou por instituição da escolha do beneficiário observará o disposto nas Seções referentes às assistências odontológica, psicológica e fisioterápica e no contrato celebrado entre este Tribunal e a operadora de plano de saúde.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 84. O magistrado e o servidor que prestarem serviço nesta 3ª Região, ainda que não sejam beneficiários do Plano de Assistência à Saúde, terão direito à realização de exame médico e odontológico periódico e ao reembolso de despesa decorrente do tratamento de doença profissional ou de acidente em serviço, observadas as tabelas disponíveis no sítio deste Tribunal e o contrato celebrado entre este Tribunal e a operadora de plano de saúde.

Art. 85. O cancelamento da consulta odontológica ou das sessões psicológica e fisioterápica deverá ser feito com, pelo menos, seis horas de antecedência.

Parágrafo único. A inobservância do prazo estabelecido no **caput** deste artigo poderá implicar o desconto integral do valor da consulta ou da sessão.

Art. 86. Além das tabelas mencionadas nos arts. 18, 50, 80 e 84 desta Instrução Normativa, estão disponíveis no sítio deste Tribunal:

I - a relação de credenciados do TRTer Saúde e da operadora de plano de saúde;

II - a certidão de inscrição no TRTer Saúde;

III - o contrato celebrado entre este Tribunal e a operadora de plano de saúde;

IV - o edital de credenciamento; e

V - os formulários:

a) de inscrição e de desligamento do Plano de Assistência à Saúde;

b) do Plano de Tratamento Odontológico;

c) Guia do Exame Odontológico Periódico;

d) Guia do Exame Médico Periódico;

e) Parecer Psicológico;

f) CPS;

g) Questionário de Prontidão para Atividade Física; e

h) Pedido de Reembolso.

Art. 87. A inscrição do beneficiário no Plano de Assistência à Saúde implica a aceitação das disposições estabelecidas nesta Instrução Normativa.

Art. 88. Casos omissos serão resolvidos pela Presidência deste Tribunal.

Art. 89. Fica revogada a [Resolução GP n. 6, de 22 de julho de 2013](#).

Art. 90. Esta Instrução Normativa entra em vigor em 4/5/2020.

JOSÉ MURILO DE MORAIS
Desembargador Presidente