



**SENADO FEDERAL**  
**PARECER**  
**Nº 1.013, DE 2012**  
**(Comissão Diretora)**

Redação final do Projeto de Resolução nº 55, de 2011.

A Comissão Diretora apresenta a redação final do Projeto de Resolução nº 55, de 2011, que dispõe sobre o Regulamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS), consolidando a Emenda nº 1 – CCJ, aprovada pelo Plenário.

Sala de Reuniões da Comissão, em 8 de agosto de 2012.

A large, handwritten signature in black ink, appearing to read "Joacim Tavares", is written over a stylized, abstract drawing of a hand holding a pen or pencil. The drawing features flowing lines and a circular base, suggesting a pen nib.

**ANEXO AO PARECER Nº 1.013, DE 2012.**

Redação final do Projeto de Resolução  
nº 55, de 2011.

Faço saber que o Senado Federal aprovou, e eu, \_\_\_\_\_, Presidente, nos termos do art. 48, inciso XXVIII, do Regimento Interno, promulgo a seguinte

**RESOLUÇÃO  
Nº , DE 2012**

## Dispõe sobre o Regulamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS).

O SENADO FEDERAL resolve:

Art. 1º O Regulamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS) passa a vigorar na forma do Anexo a esta Resolução.

## **Art. 2º Revogam-se:**

I – as Resoluções do Senado Federal nº 86, de 1991, nº 5 e nº 91, de 1992;

II – os Atos da Comissão Diretora nº 7, de 1995, nº 38 e nº 41, de 1997, nº 25, de 2002, nº 19, de 2003, nº 2, de 2007, nº 13, de 2009, e nº 1, de 2010;

III – o Ato do Presidente do Senado Federal nº 15, de 2009;

#### IV – os Atos do Conselho de Supervisão nº 1 e nº 2, de 1997;

V – o Ato do Diretor-Geral nº 2.051, de 1997.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ANEXO**  
(à Resolução nº , de 2012)

**REGULAMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE (SIS)**

**TÍTULO I**  
**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**CAPÍTULO I**  
**DA NATUREZA E DA FINALIDADE DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE (SIS)**

Art. 1º O Sistema Integrado de Saúde (SIS) tem por finalidade proporcionar aos servidores ativos e inativos do Senado Federal e a seus dependentes, bem como aos titulares de pensões instituídas por morte dos servidores efetivos do Senado Federal, ativos ou inativos, assistência com vistas à prevenção de doenças e à promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde, mediante modelo associativo fechado, de caráter social, sem fins lucrativos, sob modalidade de autogestão.

Art. 2º O Plano de Assistência à Saúde do SIS adota as definições constantes do Anexo deste Regulamento e consistirá de:

I – serviços próprios prestados pela Secretaria de Assistência Médica e Social (Sams), sem ônus para o servidor, nos termos do Regulamento Administrativo do Senado Federal e suas normas complementares;

II – serviços prestados por instituições públicas e privadas credenciadas pelo SIS;

III – serviços prestados por profissionais liberais e instituições públicas e privadas de livre escolha dos beneficiários, não credenciadas pelo SIS;

IV – serviços de internação domiciliar, denominados *home care*.

Parágrafo único. Na opção pelos serviços de que tratam os incisos II, III e IV, haverá participação financeira dos beneficiários, na forma definida neste Regulamento.

**CAPÍTULO II**  
**DOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 3º São beneficiários do SIS:

I – o beneficiário-titular;

II – o beneficiário-dependente.

Art. 4º São beneficiários-titulares, desde que regularmente inscritos:

I – o servidor ativo e o servidor inativo do Senado Federal;

II – o titular de pensão instituída por morte de servidor efetivo, ativo ou inativo, do Senado Federal.

§ 1º Prevalecerá, para fins de inscrição no SIS como pensionista, o cônjuge sobrevivente ou o companheiro do instituidor que conste nos seus assentamentos funcionais.

§ 2º O servidor ativo que se afastar temporariamente do serviço no Senado Federal para exercer mandato eletivo, ter exercício em outro órgão ou entidade pública, sem ônus para o Senado, ou gozar de licença sem vencimentos poderá, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data de seu afastamento, requerer à Secretaria do SIS a sua manutenção como beneficiário-titular.

Art. 5º São beneficiários-dependentes de servidor ativo e inativo do Senado Federal, desde que regularmente inscritos:

I – o cônjuge;

II – o companheiro ou companheira que comprove, mediante escritura pública, convivência duradoura, pública e contínua, nos termos da Lei nº 9.278, de 10 de maio de 1996;

III – o filho ou enteado solteiro menor de 21 (vinte e um) anos;

IV – o filho ou enteado solteiro maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante regularmente matriculado em estabelecimento de ensino superior;

V – o filho ou enteado inválido de qualquer idade, sem rendimentos próprios;

VI – o menor de 18 (dezoito) anos solteiro, sem rendimentos próprios, que viva sob a guarda judicial e dependência econômica exclusiva de servidor;

VII – o irmão órfão solteiro inválido, sem rendimentos próprios, que viva sob a dependência econômica exclusiva de servidor;

VIII – o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, que viva sob a dependência econômica exclusiva de servidor.

Parágrafo único. O cônjuge ou companheiro que seja servidor do Senado Federal somente poderá inscrever-se como beneficiário-titular.

Art. 6º O titular de pensão, vitalícia ou temporária, não poderá inscrever dependente no SIS.

Parágrafo único. Ressalva-se do disposto neste artigo a inscrição de beneficiário-dependente que, na data do falecimento do beneficiário-titular, esteja inscrito como seu beneficiário-dependente no SIS e passe a ser dependente do pensionista, observadas as demais normas aplicáveis à inscrição de beneficiário-dependente previstas neste Regulamento.

### CAPÍTULO III

#### DA INSCRIÇÃO, DOS PRAZOS DE CARÊNCIA, DO DESLIGAMENTO E DA REINSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Art. 7º Somente poderão inscrever-se no SIS beneficiários regularmente cadastrados na Secretaria de Recursos Humanos (SERH) do Senado Federal.

Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, o SIS utilizará os dados do beneficiário existentes na SERH.

Art. 8º A inscrição de beneficiário no SIS implica a aceitação das condições estabelecidas neste Regulamento e suas normas complementares, dispensando-se qualquer formalidade adicional.

Art. 9º O requerimento de inscrição de beneficiário-titular e de beneficiário-dependente será protocolizado exclusivamente na Secretaria do SIS, com o preenchimento dos formulários próprios, contendo as assinaturas do proponente, ou de seu representante legal, e do servidor responsável pelo recebimento da documentação.

Parágrafo único. O requerimento a que se refere o *caput* estará sujeito à homologação do SIS.

Art. 10. A inscrição de beneficiário-titular será feita por ele ou por seu representante legal, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I – autorização para que o Senado Federal efetue o desconto, de sua remuneração ou de qualquer verba a que tiver direito em virtude de exoneração ou demissão:

a) da sua contribuição mensal e das contribuições mensais dos seus beneficiários-dependentes;

b) da sua participação e da de seus beneficiários-dependentes nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício;

c) dos débitos porventura existentes, nas hipóteses de desligamento do SIS, exoneração ou demissão do Senado Federal, ou perda da pensão temporária;

II – termo de compromisso pelo ressarcimento de qualquer despesa realizada pelo SIS em seu benefício ou de seus beneficiários-dependentes, em atendimento ao disposto na alínea “c” do inciso I deste artigo;

III – declaração de saúde, sua e de cada um dos seus beneficiários-dependentes;

IV – autorização para que o médico perito do SIS:

a) tenha acesso a qualquer informação, inclusive a prontuários e relatórios médicos e a resultados de exames, sobre o seu estado de saúde e o de seus beneficiários-dependentes;

b) realize exame médico e requeira os exames complementares que considerar necessários à avaliação do seu estado de saúde e do de seus beneficiários-dependentes, correndo tais despesas à custa do SIS;

c) na hipótese de internação, examine-o ou os seus beneficiários dependentes e acompanhe, se julgar necessário, a realização de procedimentos solicitados pelo médico assistente.

§ 1º O beneficiário-titular obriga-se a declarar qualquer doença ou lesão preeexistente de que ele e seus beneficiários-dependentes sejam portadores na data da inscrição.

§ 2º A omissão da declaração de doença ou lesão preexistente será imputada como fraude, sujeitando o infrator à exclusão do SIS, independentemente das demais penalidades previstas em lei.

§ 3º Na hipótese de a declaração de saúde ou os exames médicos indicarem a existência de doença ou lesão preexistente, a inscrição ficará sujeita à aprovação por médico perito do SIS, que poderá indeferir-la, propor deferimento mediante o pagamento de agravio ou determinar restrições à cobertura do Plano de Assistência à Saúde pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contado da data de deferimento da inscrição.

Art. 11. A inscrição de beneficiário de pensão vitalícia ou temporária implica, além das formalidades previstas no art. 10, a apresentação dos seguintes documentos:

I – cópia do ato de concessão da pensão;

II – declaração de saúde, na forma definida pelo SIS, exceto se o pensionista já detinha a condição de beneficiário-dependente do servidor falecido.

Parágrafo único. No ato da inscrição, serão devolvidas ao SIS as carteiras de identificação por ele emitidas em nome do servidor falecido e de seus beneficiários-dependentes.

Art. 12. A inscrição de beneficiários-dependentes será feita pelo beneficiário-titular, ou por seu representante legal, que, além das formalidades previstas no art. 10, apresentará, no ato de inscrição, os seguintes documentos:

I – no caso de cônjuge, cópia da certidão de casamento;

II – no caso de companheiro, cópia da escritura pública que reconheceu a união estável;

III – no caso de filho ou enteado solteiro menor de 21 (vinte e um) anos, cópia da última declaração exigível de rendimentos apresentada pelo beneficiário-titular à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na qual conste o nome do filho ou enteado como dependente;

IV – no caso de filho ou enteado solteiro maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que estudante em estabelecimento de ensino superior:

a) declaração do estabelecimento de que o dependente é aluno nele regularmente matriculado;

b) cópia da última declaração exigível de rendimentos apresentada pelo beneficiário-titular à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na qual conste o nome do filho ou enteado como dependente;

V – no caso de filho ou enteado inválido de qualquer idade sem rendimentos próprios:

a) laudo médico e exames complementares que comprovem a invalidez, a serem apreciados pela Junta Médica do Senado Federal, admitindo-se para os residentes fora do Distrito Federal laudo médico emitido por junta médica oficial, desde que homologado pela Junta Médica do Senado Federal;

b) cópia da última declaração de rendimentos apresentada pelo beneficiário-titular à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na qual conste o nome do filho ou enteado inválido como dependente;

VI – no caso de menor de 18 (dezoito) anos solteiro, sem rendimentos próprios, que viva sob a guarda judicial e dependência econômica exclusiva do beneficiário-titular:

a) cópia da certidão judicial de posse e guarda, devidamente atualizada;

b) cópia da última declaração exigível de rendimentos apresentada pelo beneficiário-titular à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na qual conste o nome do menor como dependente;

VII – no caso de irmão órfão solteiro inválido, sem rendimentos próprios, que viva sob a dependência econômica exclusiva do beneficiário-titular:

a) cópias das certidões de óbito dos pais;

b) laudo médico e exames complementares que comprovem a invalidez, a serem apreciados pela Junta Médica do Senado Federal, admitindo-se para os residentes fora do Distrito Federal laudo médico emitido por junta médica oficial, desde que homologado pela Junta Médica do Senado Federal;

c) cópia da última declaração de rendimentos apresentada pelo beneficiário-titular à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na qual conste o nome do irmão órfão como dependente;

VIII – no caso de pai ou padrasto, mãe ou madrasta, que viva sob a dependência econômica exclusiva do beneficiário-titular:

a) cópia do documento de identidade do dependente;

b) cópia da última declaração de rendimentos apresentada pelo beneficiário-titular à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na qual conste o nome do pai ou padrasto, mãe ou madrasta, como dependente.

§ 1º A inclusão de beneficiário-dependente não terá caráter definitivo, devendo o SIS efetuar revisões periódicas no seu cadastro para verificar a exatidão das informações, exigindo, a seu critério, a comprovação de todas as declarações prestadas pelos beneficiários-titulares.

§ 2º Em nenhuma hipótese será admitida para qualquer beneficiário-titular a inscrição de mais de um beneficiário-dependente na condição de cônjuge ou companheiro.

§ 3º O beneficiário-titular é obrigado a enviar à Secretaria do SIS, anualmente, até o dia 15 de maio, cópia da declaração de rendimentos por ele apresentada à Secretaria da Receita Federal do Brasil e, após este prazo, das eventuais declarações retificadoras, para fins de comprovação da condição de seus beneficiários-dependentes, nas hipóteses dos incisos III, IV, V, VI, VII e VIII deste artigo, sob pena de desligamento desses beneficiários-dependentes do SIS.

§ 4º O beneficiário-titular é obrigado a apresentar à Secretaria do SIS, semestralmente, até os dias 1º de março e 1º de setembro, para fins de comprovação da condição de beneficiário-dependente prevista no inciso IV deste artigo, declaração do respectivo estabelecimento de ensino de que o dependente é aluno nele regularmente matriculado, sob pena de desligamento do beneficiário-dependente do SIS.

§ 5º A Junta Médica do Senado Federal poderá solicitar, a seu exclusivo critério, exames complementares que comprovem a invalidez dos beneficiários-dependentes de que tratam os incisos V e VII deste artigo, correndo as despesas com esses exames à custa do respectivo beneficiário-titular.

§ 6º Na inscrição de beneficiário-dependente como inválido, a Junta Médica do Senado Federal indicará a data de retorno do paciente para a reavaliação de sua condição de invalidez.

§ 7º Será automaticamente desligado do SIS o beneficiário-dependente inválido que, transcorridos 30 (trinta) dias da data de que trata o § 6º, deixar de ter o seu estado de invalidez confirmado pela Junta Médica do Senado Federal.

§ 8º O beneficiário-titular é obrigado a apresentar, anualmente, para fins de comprovação da condição de beneficiário-dependente prevista no inciso VI deste artigo, a certidão referida na alínea “a” daquele inciso, até a obtenção da posse e guarda definitivas, sob pena de desligamento do beneficiário-dependente do SIS.

§ 9º Compete ao beneficiário-titular solicitar a exclusão do SIS de qualquer dos seus beneficiários-dependentes.

Art. 13. A inscrição ou reinscrição no SIS acarretará ao beneficiário-titular e a seus beneficiários-dependentes o cumprimento dos seguintes prazos de carência, contados da data da inscrição ou da reinscrição:

I – 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento:

a) sem restrições, quando decorrente de acidente pessoal;

b) limitado às primeiras 12 (doze) horas em pronto-socorro, sem cobertura para internação clínica ou cirúrgica, nos casos de urgência médica, sem risco iminente de morte, durante o período de carência para internação hospitalar;

II – 30 (trinta) dias para consultas médicas, exames laboratoriais simples e exames de raios X;

III – 90 (noventa) dias para ultrassonografia, ecocardiografia, teste ergométrico, prova de Holter, cintilografia e fisioterapia;

IV – 300 (trezentos) dias para parto a termo;

V – 24 (vinte e quatro) meses para procedimentos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados com doenças ou lesões preexistentes;

VI – 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos.

§ 1º Ficam isentos dos prazos de carência previstos neste artigo os beneficiários-titulares e os beneficiários-dependentes que, na data de inscrição ou reinscrição no SIS, comprovem estar inscritos em outro plano de saúde há pelo menos 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º Ficam dispensados dos prazos de carência fixados neste artigo o beneficiário-titular ocupante de cargo de provimento em comissão e seus beneficiários-dependentes que estejam inscritos no SIS há pelo menos 24 (vinte e quatro) meses, na hipótese de o beneficiário-titular vir a ser exonerado e novamente nomeado para cargo de provimento em comissão no prazo de 60 (sessenta) dias do desligamento, desde que requeira, dentro desse prazo, sua reintegração ao SIS.

§ 3º Os beneficiários ficam dispensados de cumprir os prazos de carência estabelecidos neste artigo em caso de emergência, com risco iminente de morte ou lesão irreparável, não relacionado com doença ou lesão preexistente, declarado pelo médico assistente e ratificado pela perícia médica do SIS.

§ 4º Ficam igualmente desobrigados do cumprimento dos prazos de carência os filhos de beneficiários-titulares que venham a ser inscritos como beneficiários-dependentes no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de nascimento.

Art. 14. O desligamento do SIS ocorrerá a pedido do beneficiário-titular ou *ex officio*, por ato do Diretor da Secretaria do SIS.

§ 1º Em qualquer hipótese, o beneficiário-titular, ou seu representante legal, comparecerá à Secretaria do SIS, no prazo de 15 (quinze) dias do ato de desligamento, para devolver a documentação do SIS em seu poder e de seus beneficiários-dependentes e quitar os débitos referentes às despesas realizadas pelo SIS.

§ 2º Os débitos porventura remanescentes, apurados após a quitação de que trata o § 1º deste artigo, serão pagos pelo ex-beneficiário-titular mediante:

I – desconto na folha de pagamento, caso permaneça como servidor ativo, servidor inativo ou pensionista do Senado Federal;

II – cheque ou boleto bancário, caso tenha sido excluído da folha de pagamento do Senado Federal.

§ 3º Persistindo a existência de débitos pendentes de liquidação por mais de 60 (sessenta) dias contados do ato de desligamento do SIS, será instaurada tomada de contas especial em cumprimento ao disposto na Instrução Normativa nº 56 do Tribunal de Contas da União, de 5 de dezembro de 2007.

§ 4º A utilização dos serviços de que tratam os incisos II e III do art. 2º por parte de ex-beneficiário-titular ou ex-beneficiário-dependente, após o desligamento do SIS, caracterizará má-fé e importará no pagamento integral do valor das despesas, acrescido de multa correspondente a 50% (cinquenta por cento) desse valor.

§ 5º Em nenhuma hipótese o desligamento importará no reembolso de qualquer pagamento feito pelo beneficiário-titular durante o período de filiação ao SIS.

§ 6º O desligamento produzirá efeitos financeiros a partir do mês subsequente àquele em que ocorreu.

Art. 15. O desligamento a pedido de beneficiário-titular será feito mediante solicitação específica e acarretará o desligamento automático dos beneficiários-dependentes.

Art. 16. Serão desligados *ex officio*:

I – o beneficiário-titular e seus beneficiários-dependentes, nas hipóteses de:

a) desligamento do beneficiário-titular do Senado Federal, ressalvada a hipótese prevista no art. 4º, § 2º;

b) cometimento de falta grave prevista neste Regulamento;

II – os beneficiários-dependentes, nas hipóteses de:

a) morte do beneficiário-titular; ou

b) perda de qualquer das condições de dependência previstas no art. 5º.

Art. 17. Constitui falta grave:

I – deixar o beneficiário-titular de comunicar à Secretaria do SIS, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias, contado da data de ocorrência:

a) o extravio de qualquer documento emitido pelo SIS em seu favor ou em favor de seus beneficiários-dependentes;

b) qualquer fato que determine a perda da condição de beneficiário-dependente;

II – utilizar o beneficiário-titular ou o beneficiário-dependente os serviços do Plano de Assistência à Saúde em benefício de terceiros ou em desacordo com este Regulamento;

III – deixar o beneficiário-titular de atender, no prazo estipulado, qualquer convocação do SIS.

Parágrafo único. O desligamento será declarado pelo Diretor da Secretaria do SIS, cabendo recurso ao Conselho de Supervisão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

Art. 18. A reinscrição de beneficiário-titular ou de qualquer beneficiário-dependente importará na obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência fixados no art. 13 e no pagamento de taxa de reinscrição correspondente a 2 (duas) vezes o valor da contribuição mensal do beneficiário-titular e da de cada beneficiário-dependente.

Parágrafo único. Em nenhuma hipótese será admitida a reinscrição de ex-beneficiário-titular com débito no SIS.

## TÍTULO II DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### CAPÍTULO I

#### DO CREDENCIAMENTO, DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIS E DO DESCREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 19. O credenciamento de qualquer instituição pública ou privada como prestadora de serviços ao SIS atenderá aos seguintes requisitos:

I – excelência profissional;

II – existência de instalações adequadas;

III – habilitação técnica requerida pela especialidade;

IV – garantia da concessão do mesmo padrão de atendimento dispensado aos clientes particulares.

§ 1º Para efeitos de constatação do cumprimento desses requisitos, a Secretaria do SIS remeterá o processo de credenciamento à perícia médica, que, no prazo de 30 (trinta) dias, realizará a vistoria das instalações da instituição que pretende ser credenciada, analisará os currículos dos profissionais que nela trabalham e emitirá parecer sobre o credenciamento.

§ 2º É vedado à Secretaria do SIS credenciar instituição que tenha servidor do Senado Federal ou prestador de serviço contratado pelo Senado Federal como proprietário, acionista ou sócio.

Art. 20. O credenciamento da instituição junto ao SIS importa na aceitação deste Regulamento e das tabelas de procedimentos e serviços do Plano de Assistência à Saúde, com os respectivos preços.

Art. 21. A instituição credenciada é obrigada a garantir à equipe de perícia médica do SIS todas as condições para o bom desempenho de suas atividades.

Parágrafo único. O perito, desde que devidamente identificado, poderá analisar toda a documentação referente aos pacientes do SIS.

Art. 22. O Plano de Assistência à Saúde do SIS adotará tabelas contendo a discriminação de todos os procedimentos e serviços cobertos, com os respectivos preços.

Parágrafo único. Poderão ser adotadas tabelas especiais para os procedimentos e serviços prestados por instituições reconhecidas pela perícia médica do SIS como de notória especialização.

Art. 23. É vedado ao credenciado cobrar de beneficiário do SIS qualquer acréscimo sobre os preços dos procedimentos e serviços das tabelas do Plano de Assistência à Saúde, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 33.

Art. 24. O descredenciamento será feito a pedido do credenciado ou por iniciativa do SIS, em virtude do descumprimento deste Regulamento ou do contrato de prestação de serviços ou por conveniência administrativa.

Parágrafo único. A Secretaria do SIS comunicará aos beneficiários qualquer descredenciamento, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contado do ato de descredenciamento.

## CAPÍTULO II

### DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAL E HOSPITALAR EM INSTITUIÇÃO CREDENCIADA E DO TRATAMENTO EM REGIME DOMICILIAR (*HOME CARE*)

Art. 25. O Plano de Assistência à Saúde do SIS comprehende os tratamentos em regime ambulatorial, hospitalar e de internação domiciliar, denominado *home care*, ressalvadas as exclusões previstas no art. 38.

Art. 26. O atendimento ambulatorial comprehende:

I – consultas médicas realizadas em consultórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais;

II – exames em laboratórios de análises clínicas;

III – exames de diagnóstico por imagem;

IV – demais exames complementares necessários ao diagnóstico;

V – tratamentos fisioterápicos;

VI – tratamentos por acupuntura realizados por médicos especialistas;

VII – tratamentos psicoterápicos, conforme regulamentação do Conselho de Supervisão do SIS;

VIII – tratamentos de fonoaudiologia, conforme regulamentação do Conselho de Supervisão do SIS;

IX – procedimentos cirúrgicos de pequeno porte;

X – tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Parágrafo único. O Conselho de Supervisão aprovará, por proposta da Secretaria do SIS, a lista dos procedimentos sujeitos à prévia autorização do SIS.

Art. 27. Para receber atendimento ambulatorial, o beneficiário comparecerá à instituição credenciada portando documento de identificação, cartão de identificação emitido pelo SIS, requisição do procedimento assinada pelo médico assistente e, quando for o caso, guia de encaminhamento do SIS, dispensando-se a exigência de requisição para a consulta inicial.

Art. 28. O atendimento hospitalar compreende a internação para tratamento clínico ou cirúrgico, que será previamente autorizada pela perícia médica do SIS, ressalvadas as internações em caso de emergência ou urgência.

Art. 29. Para obter a guia de internação, o paciente comparecerá à perícia médica do SIS portando relatório emitido pelo médico assistente, que deverá conter:

I – o diagnóstico detalhado da patologia identificada, inclusive com a indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID);

II – o código do procedimento clínico ou cirúrgico a ser realizado, segundo a tabela adotada pelo SIS;

III – a expectativa do número de dias de internação;

IV – o nome da instituição onde será feita a internação;

V – o nome da instituição que receberá os pagamentos dos honorários médicos.

§ 1º A perícia médica do SIS poderá solicitar do beneficiário, antes de autorizar a internação, que ele requisite ao seu médico assistente esclarecimentos adicionais acerca do tratamento proposto.

§ 2º Havendo divergência entre os procedimentos solicitados pelo médico assistente e os autorizados pelo médico perito do SIS, haverá pronunciamento do chefe da perícia médica do SIS, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 3º Na hipótese de ser necessária a realização de procedimento diverso ou adicional àquele autorizado na guia de internação, bem como no caso de prorrogação do prazo de internação, a instituição solicitará, obrigatoriamente, antes do término do período de internação autorizado, retificação da guia de internação, por meio de relatório médico detalhado, justificando tais alterações.

Art. 30. Na hipótese de internação em caso de emergência ou urgência, o beneficiário-titular, ou seu representante, comparecerá à perícia médica do SIS, no prazo de 2 (dois) dias úteis contado da data de internação, para solicitar a guia de internação do paciente, portando relatório emitido pelo médico assistente em que constem as informações previstas nos incisos do art. 29.

Art. 31. O atendimento obstétrico inclui a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho de beneficiário-titular ou de beneficiária-dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Art. 32. As próteses e as órteses necessárias ao ato cirúrgico deverão ser previamente autorizadas pela perícia médica do SIS.

Art. 33. As internações nas instituições credenciadas serão contratadas para acomodação do paciente em apartamento individual, com banheiro privativo e acomodação e alimentação para o acompanhante.

Parágrafo único. É facultado ao beneficiário-titular ou, na hipótese de seu impedimento, a seu responsável, optar por acomodação de padrão superior ao contratado pelo SIS, cabendo-lhe a responsabilidade exclusiva pelo pagamento, diretamente à instituição, das diferenças de valores de diárias, taxas hospitalares e outras despesas decorrentes dessa opção.

Art. 34. Na hipótese de opção do beneficiário por internação em instituição reconhecida como de notória especialização, caberá a ele o pagamentos dos honorários, diretamente aos médicos assistentes, cabendo resarcimento parcial, de acordo com os valores previstos nas tabelas adotadas pelo SIS para os mesmos procedimentos, dele deduzindo-se a importância correspondente à sua participação financeira na despesa.

Art. 35. A assistência fora do Distrito Federal será prestada nas instituições credenciadas pelo SIS e naquelas credenciadas pela instituição operadora do plano de saúde contratada pelo SIS com essa finalidade.

Art. 36. A remoção de beneficiário, de uma instituição credenciada para outra, será autorizada pela perícia médica do SIS, assegurando-se à primeira o pagamento pelos serviços prestados até a efetiva transferência.

§ 1º Caso o beneficiário se encontre em uma instituição que não disponha dos recursos técnicos necessários ao seu atendimento, será autorizada a remoção para a instituição credenciada mais próxima que seja habilitada a realizar o atendimento.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, o beneficiário-titular ou, em caso de seu impedimento, o responsável pelo paciente adotará as providências necessárias à remoção, que serão pagas pela instituição operadora do plano de saúde contratada para o atendimento dos beneficiários do SIS fora do Distrito Federal ou reembolsadas integralmente pelo SIS, quando a remoção ocorrer dentro do território do Distrito Federal.

§ 3º Caso o beneficiário se encontre internado em uma instituição que, a juízo da perícia médica do SIS, disponha dos recursos técnicos necessários ao seu atendimento, as despesas com a remoção do paciente serão de exclusiva responsabilidade do beneficiário-titular.

Art. 37. Os tratamentos em regime de internação domiciliar, conhecido como *home care*, estarão sujeitos à regulamentação do Conselho de Supervisão e serão previamente autorizados pela perícia médica do SIS.

### CAPÍTULO III

#### DAS EXCLUSÕES DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SIS

Art. 38. Excluem-se da cobertura do Plano de Assistência à Saúde do SIS:

I – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

II – tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

III – procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses e órteses com os mesmos fins;

IV – tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V – mamoplastia, ressalvado o disposto no inciso III do parágrafo único deste artigo;

VI – internação e tratamentos em:

a) clínicas de emagrecimento, exceto para tratamento de obesidade mórbida, autorizado pela perícia médica do SIS;

b) clínicas de repouso;

c) estâncias hidrominerais;

d) estabelecimentos denominados *spas*, que reúnam serviços de hotelaria e atividades de lazer saudáveis, terapêuticas ou de cuidados corporais, inclusive emagrecimento;

e) estabelecimentos destinados ao acolhimento de idosos, em internações que não requeiram cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VII – atos cirúrgicos cuja finalidade seja mudança de sexo ou recanalização do canal deferente ou das tubas uterinas;

VIII – cirurgia refrativa, exceto em pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, com grau estável há pelo menos 2 (dois) anos, conforme regulamentação do Conselho de Supervisão do SIS;

IX – inseminação artificial;

X – exames para reconhecimento de paternidade;

XI – aparelhos destinados a substituir ou complementar qualquer função, inclusive: óculos, lentes de contato, aparelhos de surdez, aparelhos CPAP, Bipap e congêneres, aparelhos ortopédicos, órteses e próteses não compreendidas no ato cirúrgico;

XII – tratamentos clínicos ou cirúrgicos realizados fora do país;

XIII – vacinas dessensibilizantes ou imunizantes;

XIV – fornecimento ou reembolso de medicamentos de uso domiciliar, ressalvados aqueles incluídos na lista aprovada pelo Conselho de Supervisão, por proposta da perícia médica do SIS;

XV – qualquer procedimento não incluído nas tabelas adotadas pelo Plano de Assistência à Saúde do SIS;

XVI – assistência odontológica, exceto cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial em virtude de acidente ocorrido após a inscrição do beneficiário no SIS, autorizada pela perícia médica do SIS;

XVII – enfermagem de caráter particular em hospital ou residência, ressalvados os tratamentos em regime de internação domiciliar, denominados *home care*, previamente autorizados pela perícia médica do SIS;

XVIII – permanência hospitalar após a alta médica;

XIX – resarcimento de qualquer despesa realizada em instituição credenciada, ressalvados os honorários médicos de que trata o art. 34;

XX – acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato de credenciamento, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 33;

**XXI** – despesas extraordinárias, não incluídas na diária hospitalar, realizadas pelo paciente ou seu acompanhante, tais como ligações telefônicas, frigobar, lavagem de roupa, artigos de higiene, jornais e revistas, aluguel de aparelhos de som e imagem, e outros serviços não contratados pelo SIS com as instituições credenciadas.

Parágrafo único. Ressalvam-se do disposto neste artigo, desde que aprovadas pela perícia médica do SIS:

I – cirurgia plástica destinada exclusivamente a restaurar a aparência ou as funções de órgãos, regiões e membros lesados em decorrência de acidente ocorrido ou enfermidade adquirida após a inscrição do beneficiário no SIS, ou má-formação congênita em filho nascido após a inscrição do beneficiário-titular no SIS;

II – cirurgia para tratamento da obesidade mórbida;

III – mamoplastia, conforme regulamentação do Conselho de Supervisão do SIS, nas seguintes hipóteses:

a) cirurgia restauradora, com a finalidade de corrigir deformidades decorrentes de mastectomia parcial ou total, em caso de acidente ocorrido ou neoplasia maligna adquirida após a inscrição do beneficiário no SIS;

b) cirurgia restauradora, com a finalidade de corrigir deformidades decorrentes de adenomastectomia e mastectomia profiláticas, realizadas após a inscrição do beneficiário no SIS, na hipótese de alto risco de câncer de mama;

c) cirurgia redutora e mastopexia pós-gastroplastia, realizadas após a inscrição do beneficiário no SIS, quando o excesso de pele e a ptose mamária decorrentes da perda de peso acarretem transtornos à saúde;

d) cirurgia corretora de amastasia;

e) cirurgia corretora de assimetria mamária superior a 30% (trinta por cento);

f) cirurgia corretora de hipertrofia mamária significativa, assim entendida aquela em que o volume da mama é superior a 1.000 cm<sup>3</sup> (mil centímetros cúbicos).

## CAPÍTULO IV

### DO RESSARCIMENTO DE DESPESAS COM SERVIÇOS PRESTADOS POR PROFISSIONAIS LIBERAIS E INSTITUIÇÕES DE LIVRE ESCOLHA DOS BENEFICIÁRIOS, NÃO CREDENCIADOS PELO SIS

Art. 39. É facultado ao beneficiário do SIS utilizar serviços prestados por profissionais e instituições de sua livre escolha, não credenciados pelo SIS, sendo assegurado ao beneficiário-titular o reembolso parcial da despesa, limitado aos respectivos valores das tabelas adotadas pelo SIS, dele deduzindo-se a importância correspondente à sua participação financeira na despesa.

Parágrafo único. Em nenhuma hipótese serão resarcidas despesas relativas às exclusões enumeradas no art. 38.

Art. 40. É competente para requerer ao SIS o ressarcimento das despesas com assistência na modalidade de livre escolha o beneficiário-titular ou seu representante legal.

§ 1º O pedido de ressarcimento será feito por meio de formulário próprio, protocolizado na Secretaria do SIS, até 60 (sessenta) dias após a realização do procedimento, acompanhado dos seguintes documentos:

I – original do respectivo documento fiscal, recibo ou fatura, de forma legível, sem rasura ou emenda, emitido em nome do beneficiário-titular, até 60 (sessenta) dias após a realização do procedimento;

II – declaração do beneficiário-titular, devidamente datada e assinada no verso dos documentos originais, de que os serviços foram prestados a ele ou a seus beneficiários-dependentes;

III – quando se tratar de atendimento em regime de internação hospitalar:

a) relatório emitido pelo médico assistente, de que constem: o diagnóstico detalhado da patologia identificada, com a indicação do respectivo CID, a descrição dos procedimentos realizados, as datas da internação e da alta hospitalar, o número de visitas médicas realizadas durante a internação, o nome do profissional que prestou o atendimento e sua especialidade, e o número de seu registro no respectivo conselho profissional;

b) cópias dos pareceres solicitados pelo médico assistente, contendo a justificativa da requisição e a identificação dos profissionais que os emitiram, conforme definido na alínea “a”;

c) cópias dos laudos dos exames realizados;

d) cópia legível do boletim anestésico, quando for o caso, contendo a assinatura do anestesista e a identificação dos profissionais que participaram do ato cirúrgico, conforme definida na alínea “a”;

e) lista dos materiais e medicamentos utilizados segundo a tabela Brasíndice ou a nota fiscal e o lacre correspondentes;

f) discriminação das taxas cobradas;

g) demais documentos eventualmente solicitados pela perícia médica do SIS.

§ 2º Em se tratando de recibo, o documento conterá: o nome completo do paciente; o nome completo do profissional que realizou o atendimento; o carimbo do profissional com a indicação do número do registro no respectivo conselho profissional; o número de inscrição do profissional no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); a especificação da natureza do atendimento, com o respectivo CID; o endereço do profissional e o número do telefone comercial; e o nome completo do pagador e o número de seu CPF.

§ 3º No caso de nota fiscal ou fatura, o documento conterá: o nome completo do paciente; a especificação da natureza do atendimento, com o respectivo CID; o endereço e o número do telefone comercial; e o nome completo do pagador e o número de seu CPF.

§ 4º No ressarcimento de despesas decorrentes de exames complementares, a nota fiscal ou a fatura serão acompanhadas das cópias do pedido médico e do laudo dos exames.

§ 5º Na hipótese de tratamento sob regime de internação hospitalar, clínico ou cirúrgico, o pedido de ressarcimento será submetido à avaliação da perícia médica do SIS quanto à regularidade dos procedimentos praticados e à quantia a ser resarcida, em conformidade com as tabelas adotadas pelo Plano de Assistência à Saúde.

§ 6º Os documentos recebidos para fins de ressarcimento somente serão devolvidos ao beneficiário em caso de indeferimento ou desistência do requerente, desde que a devolução seja solicitada antes do encaminhamento dos documentos ao Serviço de Pagamento do SIS.

§ 7º Ao final do exercício financeiro, a Secretaria do SIS fornecerá ao beneficiário-titular, com base nos documentos recebidos, declaração contendo a indicação dos valores por ele pagos e dos valores reembolsados pelo SIS.

Art. 41. O tratamento continuado, realizado na modalidade de livre escolha, será previamente autorizado pela perícia médica do SIS, que se manifestará sobre:

I – a adequação dos procedimentos a serem adotados durante o tratamento;

II – o valor a ser resarcido pelo SIS;

III – as datas em que o paciente deverá comparecer à perícia médica para avaliação dos resultados alcançados e deliberação quanto à continuação, alteração ou interrupção do tratamento.

Parágrafo único. Para o ressarcimento da despesa, o beneficiário-titular encaminhará mensalmente à Secretaria do SIS os documentos indicados nos incisos I e II do § 1º do art. 40.

## CAPÍTULO V

### DOS ATENDIMENTOS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Art. 42. Os atendimentos de psicologia e psiquiatria, inclusive psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, em regime ambulatorial, realizados por profissionais integrantes da rede credenciada ou da livre escolha dos beneficiários, sujeitos a reembolso, serão regulamentados pelo Conselho de Supervisão do SIS.

Art. 43. Nos casos de transtornos psiquiátricos e nos quadros de intoxicação ou abstinência provocados por qualquer forma de dependência química, a perícia médica do SIS poderá autorizar o atendimento, por até 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada 12 (doze) meses, por beneficiário, em regime de internação ou de hospital-dia, na rede credenciada ou em instituições da livre escolha dos beneficiários, cabendo, neste último caso, o reembolso parcial das despesas pelo SIS.

Parágrafo único. Expirado o prazo de que trata o *caput* e persistindo a indicação médica de prorrogação do atendimento, a perícia médica do SIS poderá autorizar a continuação do tratamento, cabendo ao beneficiário-titular arcar com 50% (cinquenta por cento) do valor total das despesas, a título de participação financeira especial.

## TÍTULO III

### DO FINANCIAMENTO E DA ADMINISTRAÇÃO DO SIS E DA FISCALIZAÇÃO DO FUNDO DE RESERVA

## CAPÍTULO I

### DO FINANCIAMENTO DO SIS

Art. 44. O Plano de Assistência à Saúde do SIS será financiado com recursos:

I – da União, alocados ao Senado Federal na lei orçamentária anual;

II – do Fundo de Reserva do SIS.

Parágrafo único. O Senado Federal destinará ao SIS, anualmente, o valor correspondente a, pelo menos, 3,5% (três inteiros e cinco décimos por cento) da dotação consignada na lei orçamentária anual para sua despesa total com pessoal e encargos sociais.

Art. 45. O Fundo de Reserva, destinado a cobrir eventuais insuficiências dos recursos alocados pela União ao orçamento do Senado Federal para o Plano de Assistência à Saúde, constitui reserva estratégica para garantir a preservação do SIS e é formado pelas seguintes receitas:

I – contribuições mensais dos beneficiários;

II – participação financeira dos beneficiários nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício;

III – receitas de aplicações financeiras;

IV – taxas e multas cobradas dos beneficiários;

V – doações e transferências recebidas.

Art. 46. Todo beneficiário do SIS é sujeito ao pagamento de contribuição mensal e de participação financeira nas despesas realizadas em seu benefício, segundo tabelas aprovadas pelo Conselho de Supervisão do SIS e reajustadas periodicamente.

Parágrafo único. A contribuição mensal será cobrada de cada beneficiário, independentemente da utilização dos serviços oferecidos pelo SIS.

Art. 47. Na hipótese da opção de que trata o § 2º do art. 4º, a contribuição mensal e a participação financeira nas despesas serão pagas por meio de boleto bancário emitido pela Secretaria do SIS, que será enviado para o endereço indicado pelo beneficiário-titular.

Art. 48. Os recursos do Fundo de Reserva serão depositados em nome do SIS, exclusivamente no Banco do Brasil e/ou na Caixa Econômica Federal, restringida sua aplicação a:

I – Certificados ou Recibos de Depósito Bancário de emissão do Banco do Brasil e/ou da Caixa Econômica Federal;

II – depósitos de poupança;

III – títulos públicos de emissão do Tesouro Nacional;

IV – cotas de fundos de investimento de renda fixa lastreados unicamente em títulos públicos de emissão do Tesouro Nacional.

Art. 49. O Presidente do Conselho de Supervisão do SIS designará comissão formada por 2 (dois) de seus membros e pelo Diretor da Secretaria do SIS, com as atribuições de elaborar e gerenciar plano de aplicação dos recursos financeiros do Fundo de Reserva, obedecido o disposto no art. 48, podendo, a seu critério, alterar a modalidade de aplicação dos recursos.

Art. 50. Em caso de morte do beneficiário-titular, as despesas realizadas pelo SIS com ele e com seus beneficiários-dependentes, ainda não quitadas, receberão o seguinte tratamento:

I – aquelas correspondentes aos beneficiários-dependentes que se converterem em pensionistas do Senado Federal serão descontadas das respectivas pensões;

II – aquelas correspondentes ao beneficiário-titular e aos beneficiários-dependentes que não se converterem em pensionistas do Senado Federal serão deduzidas dos valores devidos pelo Senado Federal aos herdeiros do falecido e, na hipótese de tais valores serem insuficientes, o saldo remanescente será absorvido pelo SIS.

Parágrafo único. O Senado Federal poderá contratar seguro para cobrir o risco decorrente da operação prevista no inciso II deste artigo.

Art. 51. Em nenhuma hipótese poderão ser utilizados recursos financeiros do SIS para pagamento de remuneração, a qualquer título, a servidor do Senado Federal.

## CAPÍTULO II

### DA ADMINISTRAÇÃO DO SIS E DA FISCALIZAÇÃO DO FUNDO DE RESERVA

Art. 52. A administração do SIS e a fiscalização do Fundo de Reserva serão exercidas pelos seguintes órgãos:

- I – Conselho de Supervisão;
- II – Secretaria do SIS;
- III – Conselho Fiscal do Fundo de Reserva.

#### Seção I

##### Do Conselho de Supervisão do SIS

Art. 53. O Conselho de Supervisão é o órgão superior de deliberação do SIS, cabendo-lhe fixar diretrizes administrativas e operacionais e adotar as decisões estratégicas que garantam a sustentabilidade das ações de prevenção da doença e a promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde dos beneficiários inscritos no Sistema.

Art. 54. O Conselho de Supervisão se reunirá na primeira quarta-feira de cada mês, em caráter ordinário, e a qualquer tempo, em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Parágrafo único. As deliberações do Conselho serão tomadas a descoberto, por maioria de votos, presente a maioria absoluta de seus membros.

Art. 55. Integram o Conselho de Supervisão do SIS:

- I – 1 (um) membro da Comissão Diretora, como Presidente;

II – o Diretor-Geral do Senado, como Vice-Presidente;  
III – o Diretor da Secretaria de Recursos Humanos (SERH);  
IV – o Diretor da Secretaria de Assistência Médica e Social (Sams);  
V – o Diretor da Secretaria de Finanças, Orçamento e Contabilidade (Safin);  
VI – 2 (dois) servidores efetivos ativos, inscritos no SIS, eleitos pelos funcionários efetivos em atividade beneficiários-titulares do SIS;  
VII – 2 (dois) servidores efetivos inativos, inscritos no SIS, eleitos pelos funcionários aposentados beneficiários-titulares do SIS.

§ 1º O Diretor da Secretaria do SIS será o Secretário do Conselho.

§ 2º O chefe da perícia médica do SIS participará das reuniões do Conselho na qualidade de consultor.

§ 3º Os membros de que tratam os incisos I, VI e VII deste artigo serão nomeados pelo Presidente do Senado Federal, sendo que os dos incisos VI e VII terão mandato de 2 (dois) anos, permitida apenas 1 (uma) recondução.

§ 4º A participação no Conselho não ensejará remuneração de qualquer espécie.

§ 5º Ato da Comissão Diretora regulamentará, em 180 (cento e oitenta) dias, a realização das eleições para preenchimento dos cargos previstos nos incisos VI e VII deste artigo.

Art. 56. Compete ao Conselho de Supervisão:

I – fixar as diretrizes administrativas e operacionais do SIS;

II – aprovar normas complementares a este Regulamento, disciplinando ações de assistência à saúde admitidas pelo SIS;

III – aprovar as tabelas contendo os procedimentos e serviços cobertos pelo SIS, com os respectivos preços;

IV – aprovar o credenciamento e o descredenciamento das instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do SIS, inclusive daquelas reconhecidas pela perícia médica do SIS como de notória especialização;

V – aprovar, por proposta da Secretaria do SIS, as listas referentes a:

a) tratamentos de duração continuada, estabelecendo o número de atendimentos a serem realizados por períodos e fixando a participação financeira dos beneficiários;

b) medicamentos e produtos farmacêuticos utilizados em tratamentos especiais realizados fora do ambiente hospitalar, com os respectivos percentuais de reembolso;

c) procedimentos e serviços sujeitos à prévia autorização da perícia médica;

VI – aprovar a tabela, reajustada periodicamente, contendo os valores das contribuições mensais devidas por todos os beneficiários, segundo as respectivas categorias;

VII – aprovar a tabela discriminando a participação de cada categoria de beneficiário-titular nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício e no de seus beneficiários-dependentes;

VIII – aprovar o limite de desconto mensal da remuneração do beneficiário-titular, das despesas referentes à contribuição mensal e à participação nas despesas realizadas pelo SIS, relativas a ele e a cada um de seus beneficiários-dependentes, a ser reajustado periodicamente;

IX – aprovar o relatório anual de atividades da Secretaria do SIS e a prestação de contas anual referente à gestão dos recursos financeiros do Fundo de Reserva, ouvido o Conselho Fiscal;

X – decidir, em grau de recurso, sobre demandas apresentadas pelos beneficiários;

XI – decidir sobre os casos omissos;

XII – exercer outras atribuições que lhe venham a ser conferidas pela Comissão Diretora do Senado Federal.

§ 1º O Conselho poderá convocar servidor do Senado Federal, da área de saúde, lotado na Sams, para, na qualidade de assistente técnico, emitir parecer sobre matéria de sua especialidade.

§ 2º As deliberações sobre as matérias de que tratam os incisos II, III, IV, V, VI e VII deste artigo serão publicadas sob a forma de Instruções Normativas do Conselho de Supervisão.

§ 3º O Conselho de Supervisão não conecerá de demanda que contrarie qualquer dispositivo deste Regulamento.

## **Seção II**

### **Da Secretaria do SIS e da Sams**

Art. 57. Compete à Secretaria do SIS:

I – implementar as diretrizes administrativas e operacionais aprovadas pelo Conselho de Supervisão;

II – submeter à aprovação do Conselho o plano anual das atividades e a previsão orçamentária do SIS;

III – elaborar o relatório anual de suas atividades e a prestação de contas anual referente à gestão dos recursos financeiros do Fundo de Reserva, a ser apreciada pelo Conselho Fiscal e pela Secretaria de Controle Interno;

IV – abrir as contas bancárias do Fundo de Reserva no Banco do Brasil S.A. e/ou na Caixa Econômica Federal e movimentá-las mediante assinatura conjunta do Vice-Presidente do Conselho de Supervisão e do Diretor da Secretaria do SIS, ou, em seus impedimentos, mediante assinatura de seus substitutos legais;

V – submeter ao Conselho, mensalmente, relatório resumido sobre a arrecadação das receitas e a execução das despesas do SIS, discriminando:

a) as receitas arrecadadas pelo Fundo de Reserva com: contribuições mensais dos beneficiários; participação financeira dos beneficiários nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício; aplicações financeiras; taxas e multas cobradas dos beneficiários; demais receitas;

b) a execução das despesas do SIS, segundo principais categorias;

c) as fontes dos recursos utilizados para a execução da despesa, especificando o valor total pago com recursos da União alocados ao orçamento do Senado Federal e o valor total pago com recursos do Fundo de Reserva;

VI – exercer as atividades necessárias à execução do Plano de Assistência à Saúde previsto neste Regulamento;

VII – propor ao Diretor-Geral a indicação e a substituição dos integrantes da perícia médica do SIS;

VIII – supervisionar e coordenar as atividades da perícia médica do SIS;

IX – propor ao Conselho normas complementares a este Regulamento, disciplinando ações de assistência à saúde admitidas pelo SIS;

X – propor ao Conselho as tabelas contendo os procedimentos e serviços cobertos pelo SIS, com os respectivos preços;

XI – propor ao Conselho tabela, a ser reajustada periodicamente, contendo os valores das contribuições mensais a serem pagas por todos os beneficiários, segundo as respectivas categorias;

XII – propor ao Conselho tabela discriminando a participação de cada categoria de beneficiário-titular nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício e no de seus beneficiários-dependentes;

XIII – propor ao Conselho o limite de desconto mensal, da remuneração do beneficiário-titular, das despesas referentes à contribuição mensal e à participação nas despesas realizadas pelo SIS, relativas a ele e a cada um de seus beneficiários-dependentes, a ser reajustado periodicamente;

XIV – propor ao Conselho o credenciamento das instituições prestadoras de serviços aos beneficiários do SIS, inclusive aquelas reconhecidas pela perícia médica do SIS como de notória especialização;

XV – propor ao Conselho, ouvida a perícia médica, norma regulamentando os tratamentos de duração continuada, estabelecendo o número de atendimentos a serem realizados por períodos e fixando a participação financeira dos beneficiários;

XVI – propor ao Conselho, ouvida a perícia médica, a lista dos medicamentos e produtos farmacêuticos a serem utilizados em tratamentos especiais realizados fora do ambiente hospitalar, com os respectivos percentuais de reembolso;

XVII – propor ao Conselho a lista dos procedimentos sujeitos à prévia autorização da perícia médica do SIS;

XVIII – submeter ao Conselho, em grau de recurso, demandas apresentadas pelos beneficiários;

XIX – proceder ao recadastramento dos beneficiários, quando julgar necessário;

XX – providenciar a publicação das atas das reuniões do Conselho no Diário do Senado Federal;

XXI – exercer outras atribuições que lhe venham a ser conferidas pelo Conselho.

Art. 58. A perícia médica do SIS será realizada por servidores do Senado Federal, indicados pelo Diretor da Secretaria do SIS e designados pelo Diretor-Geral.

§ 1º Nas hipóteses de insuficiência ou indisponibilidade de servidores do Senado Federal para compor a equipe de perícia médica ou diante de necessidades específicas do Plano de Assistência à Saúde, o Conselho de Supervisão poderá propor a contratação de profissional ou empresa para realizar perícia médica.

§ 2º A distribuição de tarefas, internas e externas, no âmbito da equipe de perícia médica do SIS, é da competência exclusiva do chefe da perícia.

Art. 59. Compete à perícia médica do SIS:

I – elaborar e submeter à aprovação do Conselho de Supervisão o seu regimento interno, especificando atribuições, formas de atuação, modelos de formulários, prazos e demais disposições relativas à atuação de seus membros;

II – vistoriar as instituições interessadas em prestar serviços aos beneficiários do SIS e emitir parecer quanto à conveniência e oportunidade do seu credenciamento;

III – definir critérios para o reconhecimento de instituições de notória especialização;

IV – propor à Direção da Secretaria do SIS a edição de normas complementares regulamentando o Plano de Assistência à Saúde;

V – propor à Direção da Secretaria do SIS a lista dos medicamentos e produtos farmacêuticos a serem utilizados em tratamentos especiais realizados fora do ambiente hospitalar, com os respectivos percentuais de reembolso;

VI – realizar, a seu critério, a perícia médica dos candidatos a beneficiário do SIS;

VII – realizar perícia médica em beneficiários que necessitem submeter-se a internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico, ou a procedimentos que exijam prévia autorização;

VIII – realizar perícias periódicas nos beneficiários que necessitem submeter-se a tratamentos de duração continuada;

IX – realizar a perícia nos beneficiários internados;

X – solicitar ao médico assistente os esclarecimentos que se fizerem necessários sobre os procedimentos a serem realizados no beneficiário;

XI – proceder à auditoria dos processos contendo as faturas apresentadas pelas instituições que prestam serviços aos beneficiários do SIS, antes de sua liquidação;

XII – comunicar à Direção da Secretaria do SIS qualquer indício de irregularidade por parte das instituições que prestem serviços aos beneficiários do SIS;

XIII – comunicar à Direção da Secretaria do SIS qualquer indício de irregularidade, por parte dos beneficiários, na utilização dos serviços do Plano de Assistência à Saúde;

XIV – apresentar semestralmente à Secretaria do SIS relatório detalhado de suas atividades;

XV – desenvolver outras tarefas correlatas previstas no Código de Ética Médica e em resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Art. 60. Compete à Sams prestar assessoramento técnico à Secretaria do SIS na definição das ações e na implementação do Plano de Assistência à Saúde, e prestar atendimento ambulatorial aos beneficiários do SIS.

Art. 61. Com vistas a promover a prevenção da saúde dos servidores do Senado Federal, a Sams instituirá:

I – programa de avaliação anual do estado de saúde, cujos exames serão realizados no mês de aniversário do servidor;

II – programa de vacinação ocupacional, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

### **Seção III**

#### **Do Conselho Fiscal do Fundo de Reserva do SIS**

Art. 62. O Conselho Fiscal é o órgão de fiscalização do Fundo de Reserva do SIS, cabendo-lhe zelar pela gestão econômico-financeira e patrimonial do Fundo.

Art. 63. O Conselho Fiscal é composto por 3 (três) servidores efetivos do Senado Federal, inscritos como beneficiários-titulares do SIS, com notório conhecimento em finanças e controle, selecionados pelo Conselho de Supervisão e nomeados por seu Presidente.

§ 1º O presidente do Conselho Fiscal será eleito pelos seus pares.

§ 2º O mandato dos integrantes do Conselho Fiscal é de 2 (dois) anos, permitida uma recondução.

§ 3º A participação no Conselho não ensejará remuneração de qualquer espécie.

Art. 64. Compete ao Conselho Fiscal:

I – emitir pareceres, a serem apresentados ao Conselho de Supervisão, sobre balancetes, balanços, demonstrações financeiras, prestação de contas e outras operações do Fundo de Reserva, relativas a cada exercício financeiro;

II – examinar, em qualquer época, os saldos, as aplicações e as movimentações das contas do Fundo de Reserva;

III – emitir, trimestralmente, pareceres sobre as aplicações dos recursos e a adequação do Fundo de Reserva para garantir a sustentabilidade do Plano de Assistência à Saúde;

IV – fazer recomendações para fortalecer o Fundo de Reserva e melhorar a rentabilidade de suas aplicações financeiras, observadas as disposições do art. 48 e seus incisos;

V – representar ao Conselho de Supervisão sobre as irregularidades de que tome conhecimento;

VI – manifestar-se sobre outros assuntos submetidos à sua apreciação pelo Conselho de Supervisão.

§ 1º Nenhum papel, documento ou informação referente à gestão econômico-financeira e patrimonial do Fundo de Reserva poderá ser sonegado ao Conselho Fiscal.

§ 2º Os pareceres e laudos dos exames procedidos serão transcritos em ata assinada pelos presentes, garantindo-se o registro de posição divergente.

Art. 65. O Conselho Fiscal reunir-se-á ordinariamente a cada trimestre, convocado por seu Presidente, e, extraordinariamente, quando convocado por qualquer um de seus integrantes titulares ou pelo Conselho de Supervisão.

Art. 66. Será destituído o integrante do Conselho Fiscal que:

I – faltar, injustificadamente, a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 5 (cinco) alternadas;

II – perder a qualidade de beneficiário-titular do SIS;

III – cometer falta grave, assim considerada pelo Conselho de Supervisão, em votação aprovada por maioria absoluta.

## TÍTULO IV

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 67. A falta da autorização prévia para a realização de qualquer procedimento e/ou prestação de serviço para o qual seja exigida tal autorização, de acordo com o disposto na alínea “c” do inciso V do art. 56, implicará o pagamento integral da despesa pelo respectivo beneficiário-titular.

Art. 68. A Secretaria do SIS submeterá à apreciação do Conselho de Supervisão, no prazo de 30 (trinta) dias da data de publicação desta Resolução, as tabelas mencionadas nos incisos X, XI, XII e a proposta de que trata o inciso XIII do art. 57.

Art. 69. O Conselho de Supervisão aprovará as tabelas de que trata o art. 68 no prazo de 60 (sessenta) dias da data de publicação desta Resolução.

Art. 70. Os beneficiários atualmente inscritos no SIS apresentarão na Secretaria do SIS, no prazo de 90 (noventa) dias da publicação desta Resolução, as autorizações de que tratam os incisos I, II e IV do art. 10.

Art. 71. Serão automaticamente excluídos do SIS os atuais beneficiários-titulares e os beneficiários-dependentes:

I – inscritos em desacordo com as disposições dos arts. 4º, 5º, 7º e do § 2º do art. 12;

II – que descumprirem a exigência prevista no art. 70.

Art. 72. O chefe da perícia médica do SIS encaminhará ao Diretor da Secretaria do SIS, no prazo de 90 (noventa) dias da data de publicação desta Resolução, proposta do regimento interno previsto no inciso I do art. 59.

Art. 73. A Secretaria do SIS disponibilizará, no prazo de 30 (trinta) dias da publicação desta Resolução, exemplares deste Regulamento aos beneficiários-titulares.

## **ANEXO AO REGULAMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**

### **GLOSSÁRIO DOS TERMOS EMPREGADOS NO REGULAMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE (SIS)**

1 – Acidente pessoal: evento externo, súbito e violento, causador de lesão física, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessária a internação hospitalar do beneficiário ou o seu tratamento em regime ambulatorial.

2 – Agravio: acréscimo no valor da contribuição mensal, em virtude de doença ou lesão que acometa o beneficiário-titular ou o beneficiário-dependente, preexistente à sua inscrição no SIS.

3 – Carência: tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso no SIS, necessário para que o beneficiário-titular e seus beneficiários-dependentes possam gozar do direito à cobertura dos serviços disponibilizados pelo Plano de Assistência à Saúde, na forma deste Regulamento.

4 – Carteira de identificação do SIS: o documento de uso restrito e intransferível fornecido pelo SIS, para a identificação pessoal do beneficiário junto às instituições credenciadas.

5 – CID: o código alfanumérico que identifica a doença, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

6 – Cirurgia buco-maxilo-facial: procedimento cirúrgico realizado no aparelho mastigatório e seus anexos, inclusive estruturas craniofaciais associadas.

7 – Contribuição mensal: pagamento, reajustável, devido mensalmente pelo beneficiário-titular e pelo beneficiário-dependente do SIS a partir do mês de inscrição, independentemente da utilização dos serviços oferecidos.

8 – Credenciamento: deliberação pela qual o Conselho de Supervisão habilita uma instituição pública ou privada a celebrar contrato para a prestação de serviços de assistência à saúde dos beneficiários do SIS.

9 – Declaração de saúde: documento preenchido e assinado pelo beneficiário-titular ou por seu representante legal no ato de inscrição no SIS, por meio do qual ele presta informações sobre as condições de saúde e a existência, ou não, de doenças preexistentes de que tenha conhecimento.

10 – Despesas hospitalares extraordinárias: aquelas não incluídas na diária hospitalar, tais como: telefone, frigorífico, lavagem de roupa, artigos de toalete, jornais e revistas, aluguel de aparelhos de som e imagem, enfermagem particular e outros serviços não contratados pelo SIS com as entidades credenciadas.

11 – Doença ou lesão preexistente: enfermidade ou lesão de que o beneficiário-titular tenha conhecimento de que ele ou qualquer de seus beneficiários-dependentes seja portador, na data de inscrição no SIS.

12 – Emergência: ocorrência que acarrete risco iminente de morte ou lesão irreparável, declarada pelo médico assistente e reconhecida pelo perito médico do SIS.

13 – Estado de invalidez: incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, apurada em laudo expedido ou homologado pela Junta Médica Oficial do Senado Federal.

14 – Evento: ocorrência de natureza aleatória capaz de causar doença ou lesão, acarretando a necessidade de atendimento médico em regime ambulatorial, hospitalar ou de internação domiciliar (*home care*).

15 – Fatura: documento comprobatório dos serviços de assistência à saúde prestados a um ou mais beneficiários do SIS, que substitui a nota fiscal, emitido por instituição de direito público, sem fins lucrativos. Deve ser apresentada juntamente com documento que comprove a isenção de emissão da nota fiscal e conter a completa identificação do emitente, a discriminação dos serviços prestados e a identificação do pagador.

16 – Junta Médica Oficial do Senado Federal: equipe de médicos, servidores do Senado Federal, designada oficialmente para avaliar condições de saúde e aptidão para o trabalho, bem como diagnósticos, prognósticos e terapêuticas em caso de doença.

17 – Leito de alta tecnologia: aquele que se destina ao tratamento intensivo e especializado, localizado em unidades ou centros de terapia intensiva, semi-intensiva, terapia respiratória, coronariana, pediátrica, neonatal, recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

18 – Livre escolha: faculdade de que dispõem o beneficiário-titular e os beneficiários-dependentes de utilizar, a seu critério, a assistência de profissionais e de entidades não credenciados pelo SIS.

19 – Médico assistente: médico responsável pelo atendimento e pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

20 – Nota fiscal: documento para fins fiscais, emitido por instituição de direito privado, com numeração seriada e prazo de validade definido, contendo a completa identificação do emitente, a discriminação dos serviços prestados e a identificação do pagador.

21 – Notória especialização: distinção conferida pela perícia médica do SIS a profissional ou instituição cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiência, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica e outros atributos, permita caracterizá-lo como de excelência superlativa.

22 – Participação financeira: parcela variável devida pelo beneficiário-titular ao SIS em virtude da utilização dos serviços oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde, por ele ou por seu beneficiário-dependente, calculada na forma e nos limites da respectiva tabela aprovada pelo Conselho de Supervisão.

23 – Pensionista: pessoa que recebe pensão, temporária ou vitalícia, em decorrência do falecimento de servidor ativo ou inativo do Senado Federal.

24 – Perícia médica do SIS: equipe de profissionais da área da saúde incumbida de avaliar as condições de saúde e aptidão para o trabalho, bem como diagnósticos, prognósticos e terapêuticas em caso de doença.

25 – Procedimento de alta complexidade: aquele assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.

26 – Recibo: documento de quitação, emitido por profissional liberal, contendo a completa identificação do emitente, a discriminação dos serviços prestados e a identificação do pagador.

27 – Rede credenciada do SIS: conjunto de instituições contratadas pelo Senado Federal e colocadas à disposição dos beneficiários pelo SIS para a prestação de assistência à saúde, incluindo associações de profissionais da área da saúde, clínicas, laboratórios, hospitais e pronto-socorros.

28 – Representante legal: pessoa maior de idade, nomeada pelo beneficiário-titular, por meio de instrumento particular ou instrumento público específico, para representá-lo junto ao SIS.

29 – Ressarcimento: reembolso efetuado pelo SIS ao beneficiário-titular ou a seu representante legal das despesas realizadas pelo beneficiário-titular ou seus beneficiários dependentes sob a modalidade de livre escolha, observados os prazos, os limites e os procedimentos definidos neste Regulamento e nas tabelas adotadas pelo Plano de Assistência à Saúde.

30 – Tratamento continuado: assistência por meio de cuidados permanentes, prestados fora do regime de internação hospitalar por instituições credenciadas ou sob a modalidade de livre escolha.

31 – Urgência médica: ocorrência imprevista de agravio à saúde, que exige atendimento com rapidez, sem, no entanto, representar risco iminente de morte.