



Programa de Assistência à Saúde dos
Servidores do Tribunal de Contas da União

REGULAMENTO GERAL DO PRO-TCU

O Conselho Diretor, no uso das atribuições conferidas pelo art. 44, inciso II, do Estatuto do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União – PRO-TCU, estabelece o seguinte regulamento:

Capítulo I Dos Beneficiários

Art. 1º O associado do PRO-TCU e seu dependente são denominados, respectivamente, beneficiário-titular e beneficiário-dependente.

Art. 2º É beneficiário-titular o:

- I) servidor ativo e inativo do TCU;
- II) servidor nomeado para cargo em comissão de que trata a Lei nº 9.165/95, de 19.12.95;
- III) pensionista civil vinculado ao TCU;
- IV) pensionado judicialmente amparado pela Decisão nº 822 – Plenário do TCU, de 25.11.1998.

Parágrafo único. Somente os beneficiários a que se referem os incisos I e II deste artigo podem inscrever dependentes no PRO-TCU.

Art. 3º É beneficiário-dependente o:

- I) cônjuge;
- II) companheiro que comprove união estável como entidade familiar;
- III) filho ou enteado cuja guarda judicial seja de responsabilidade do cônjuge:
 - a) solteiro de até 24 anos de idade, sem economia própria;
 - b) de qualquer idade, inválido, solteiro e sem economia própria.
- IV) menor tutelado, sem economia própria;
- V) menor de 21 anos, sem economia própria, que, mediante autorização judicial, viva na companhia e às expensas de beneficiário-titular;
- VI) genitor, sem economia própria, que viva sob a dependência econômica de beneficiário-titular;
- VII) irmão solteiro, de qualquer idade, inválido ou interditado por alienação mental, sem economia própria, que viva sob a dependência econômica de beneficiário-titular.

§ 1º Entende-se por beneficiário-dependente sem economia própria aquele que não tenha rendimento próprio, de qualquer fonte, em valor superior a 2 (dois) salários mínimos.

§ 2º Não se classifica como rendimento próprio o valor recebido a título de pensão alimentícia pelo filho.

§ 3º O filho emancipado perde a condição de dependente.

Art. 3ºA Define-se como grupo familiar aquele formado pelo beneficiário-titular e as pessoas a ele vinculadas na condição de beneficiário-dependente. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14 de novembro de 2001)*

Capítulo II Da Inscrição

Art. 4º A inscrição de beneficiário-titular dá-se mediante preenchimento de formulário próprio de que constem:

- I) dados pessoais;
- II) declaração de conhecimento e compromisso de observância das condições estabelecidas no Estatuto, neste Regulamento Geral e em normas complementares; e
- III) autorização para que a contribuição mensal, co-participação em despesa e demais débitos do titular e de seus dependentes sejam efetuados mediante desconto em folha de pagamento ou débito em conta-corrente.

Parágrafo Único. O associado deve apresentar, em anexo ao formulário, cópias dos seguintes documentos: carteira de identidade, CPF e comprovante de residência e de situação que o habilita a associar-se como beneficiário-titular.

Art. 5º A inscrição de beneficiário-dependente deve ser requerida pelo beneficiário-titular, acompanhada dos seguintes documentos, conforme o caso:

- I) Cônjuge:
 - a) documento de identidade; e
 - b) certidão de casamento civil.
- II) Companheiro que comprove união estável como entidade familiar, mediante a apresentação de três dos seguintes documentos:
 - a) documento de identidade do companheiro(a);
 - b) certidão de nascimento, se solteiro, ou, se separado judicialmente ou divorciado, certidão de casamento com a respectiva averbação, para ambos;
 - c) comprovante de dependência para fins de Imposto de Renda;
 - d) disposições testamentárias;
 - e) declaração pública de coabitação feita perante tabelião;
 - f) certidão de nascimento de filho em comum;
 - g) declaração de casamento religioso;
 - h) prova da mesma residência;
 - i) declaração de conta bancária conjunta;
 - j) apólice de seguro em que conste o servidor como instituidor e o(a) companheiro(a) como beneficiário(a).
- III) Filho e enteado solteiro de até 39 anos, sem economia própria:
 - a) certidão de nascimento do dependente;
 - b) escritura de adoção devidamente averbada no Registro Civil ou comprovante de adoção provisória, se adotivo;
 - c) certidão de casamento do titular, no caso de enteado;
 - d) certidão de casamento do cônjuge separado ou divorciado, com a respectiva averbação, no caso de enteado;
 - e) certidão de óbito de pai ou mãe, no caso de enteado;
 - f) comprovante de dependência para fins de Imposto de Renda;
 - g) declaração do titular de que o dependente não possui rendimento superior a dois salários mínimos e vive sob sua dependência econômica exclusiva;
- IV) Filho e enteado solteiros, inválidos, de qualquer idade:
 - a) certidão de nascimento do dependente;

- b) certidão de casamento do titular, no caso de enteado;
 - c) certidão de casamento do cônjuge separado ou divorciado, com a respectiva averbação, no caso de enteado;
 - d) declaração do titular de que o dependente não possui rendimento superior a dois salários mínimos e vive sob sua dependência econômica exclusiva; e
 - e) laudo de perito indicado pelo PRO-TCU comprovando a invalidez;
- V) Menor tutelado ou sob guarda:
- a) certidão de nascimento do dependente;
 - b) termo de tutela ou de guarda judicial;
 - c) cópia da declaração do imposto de renda, fornecida pela Receita Federal, em que conste o menor sob guarda como dependente; e
 - d) declaração do titular de que o dependente não possui rendimento superior a dois salários mínimos e vive sob sua dependência econômica exclusiva.
- VI) Genitor:
- a) certidão de nascimento ou de casamento, ou carteira de identidade do dependente;
 - b) declaração fornecida pelo INSS de que o dependente é ou não beneficiário daquele órgão, devendo, em caso afirmativo, ser informado o valor do benefício;
 - c) comprovante de dependência econômica para fins de Imposto de Renda; e
 - d) declaração do titular de que o dependente não possui rendimento superior a dois salários mínimos e vive sob sua dependência econômica exclusiva.
- VII) Irmão solteiro, inválido, de qualquer idade:
- a) certidão de nascimento;
 - b) comprovante da dependência para fins de Imposto de Renda;
 - c) declaração do titular de que o dependente não possui rendimento superior a dois salários mínimos e vive sob sua dependência econômica exclusiva;
 - d) laudo de perito indicado pelo PRO-TCU comprovando a invalidez; e
 - e) declaração fornecida pelo INSS sobre se o dependente é beneficiário daquele órgão, devendo, em caso afirmativo, ser informado o valor do benefício.

Parágrafo Único. É vedada a inscrição simultânea de cônjuge e companheiro.

Art. 6º O beneficiário somente tem direito a usufruir do PRO-TCU após deferimento do respectivo pedido de inscrição, observados os prazos de carência estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único. O direito de usufruir do PRO-TCU inicia-se sempre no dia primeiro do mês subsequente àquele em que se der o deferimento do pedido.

Art. 7º O beneficiário-titular é responsável por informações e documentos exigidos para a sua inscrição e a de seus dependentes.

Parágrafo Único. O beneficiário-titular deve comunicar, no prazo de até 30 (trinta) dias, qualquer alteração de dado cadastral ou ato ou fato que implique o desligamento de beneficiário-dependente.

Art. 8º A comprovação da situação de beneficiário-dependente pode ser exigida a qualquer tempo.

Art. 9º É competência da Diretoria Administrativa estabelecer periodicidade para a manutenção e renovação dos dados cadastrais dos beneficiários.

Capítulo III Do Desligamento

Art. 10. O beneficiário pode ser desligado do PRO-TCU nas seguintes hipóteses:

- I) a pedido, por meio de solicitação escrita;
- II) por decisão do Conselho Diretor, quando qualquer condição de inscrição exigida pelo PRO-TCU deixar de ser atendida.

Art. 11. O desligamento a pedido do beneficiário-titular dá-se no mês subsequente àquele em que for efetuada a solicitação, após total quitação dos débitos existentes e a devolução dos documentos em seu poder.

Art. 12. O direito à assistência proporcionada pelo PRO-TCU cessa a partir da data em que se verificar a ocorrência determinante da perda da condição de beneficiário, cabendo ao titular a responsabilidade pela quitação integral da despesa ocorrida posteriormente.

Art. 13. O desligamento do PRO-TCU não dá direito a ressarcimento, salvo de valor correspondente a eventual pagamento indevido ao PRO-TCU ou reembolso de despesa pendente.

Art. 14. No caso de falecimento do beneficiário-titular, a inscrição de beneficiário-dependente que reúna as condições para habilitação à pensão civil junto ao TCU deve ser mantida, provisoriamente, até o definitivo deferimento da pensão, situação em que deve responsabilizar-se pelo pagamento das contribuições devidas.

Capítulo IV Da Readmissão

Art. 15. O beneficiário desligado voluntariamente pode requerer a sua readmissão ao Conselho Diretor, desde que as condições previstas no Estatuto e neste Regulamento sejam observadas.

Parágrafo Único. A readmissão de beneficiário sujeita-o ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste regulamento.

Capítulo V Da Cobertura

Art. 16. A cobertura do PRO-TCU compreende, no mínimo, todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência listados nos Planos Ambulatorial, Hospitalar e Hospitalar com Obstetrícia detalhados em anexo à Resolução CONSU nº 10, de 03.12.1998, que são considerados anexos deste Regulamento.

§ 1º Excetua-se da cobertura citada no *caput*, o seguinte:

- I) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pelo Conselho Federal de Medicina;
- II) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III) inseminação artificial;
- IV) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V) fornecimento de medicamento importado não nacionalizado;
- VI) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar;
- VII) fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII) tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
- IX) cobertura em caso de cataclismo, guerra, comoção interna e epidemia, quando declarados pela autoridade competente;

§ 2º A cobertura pode ser alterada de acordo com as disposições de norma superveniente que altere ou substitua a Resolução citada no *caput*.

§ 3º O procedimento coberto está sujeito a mecanismo de regulação, a exemplo da autorização prévia e da perícia médica, entre outros, a limite de utilização e a período de carência,

conforme especificado neste regulamento.

§ 4º A critério do Conselho Diretor, o PRO-TCU pode oferecer a alternativa de cobertura segmentada, bem como acrescentar procedimento a cada um dos segmentos ou, ainda, acrescentar segmento tal como o Plano Odontológico detalhado em anexo à Resolução CONSU nº 10, de 03.12.1998.

Art. 17 . O Plano Ambulatorial compreende o atendimento realizado em consultório ou ambulatório, exceto internação hospitalar ou procedimento para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindida de internação, demande o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviço como recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similar, observada a exigência mínima de cobertura de:

- I) consulta médica, inclusive para tratamento básico de transtorno psiquiátrico e obstétrica para pré-natal, em número ilimitado, realizada em clínica básica ou especializada reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- II) serviço de apoio diagnóstico, tratamento e procedimento ambulatorial, incluindo procedimento cirúrgico ambulatorial, solicitado pelo médico assistente mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize internação;
- III) atendimento caracterizado como de urgência e emergência que demande atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, de acordo com o disposto no Capítulo VIII – Das Situações de Urgência e de Emergência;
- IV) procedimentos considerados especiais:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia ambulatorial;
 - c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc);
 - d) hemoterapia ambulatorial;
 - e) cirurgia oftalmológica ambulatorial;
- V) psicoterapia breve de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de filiação ao PRO-TCU, não cumulativas..

Parágrafo Único. Os seguintes procedimentos são excluídos da segmentação de que trata o *caput*:

- I) diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica;
- II) procedimento que exija forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- III) quimioterapia intra-tecal ou a que demande internação;
- IV) radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- V) nutrição enteral ou parenteral;
- VI) embolização e radiologia intervencionista.

Art. 18. O Plano Hospitalar compreende o atendimento realizado em unidade hospitalar, sendo excluindo desse rol o atendimento ambulatorial para fim de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso II deste artigo e o atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme o disposto no Capítulo VIII – Das Situações de Urgência e de Emergência, observada a exigência mínima de cobertura de:

- I) cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- II) procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar, abaixo listados:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia;
 - c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

- d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral ou enteral;
 - f) procedimento diagnóstico e terapêutico em hemodinâmica;
 - g) embolização e radiologia intervencionista;
 - h) exame pré-anestésico ou pré-cirúrgico;
 - i) fisioterapia;
 - j) acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio do paciente submetido a transplante de rim e córnea, exceto medicação e manutenção;
- III) internação em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica em hospital geral, no caso de transtorno psiquiátrico em situação de crise, por um período de até 30 (trinta) dias em cada ano de filiação, vedada a acumulação;
- IV) tratamento em regime de hospital-dia, no caso de transtorno psiquiátrico em situação de crise, por um período de até 8 (oito) semanas anuais, sendo que, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID-10, o período pode ser estendido para até 180 (cento e oitenta) dias em cada ano de filiação, vedada a acumulação.
- V) internação em hospital geral, no caso de paciente portador de quadro de intoxicação ou abstinência provocado por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, por um período de até 15 (quinze) dias, em cada ano de filiação, vedada a acumulação;

Parágrafo Único. Os seguintes procedimentos são excluídos da segmentação de que trata o *caput*:

- I) tratamento em clínica de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida comprovada por laudo do médico assistente), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de acompanhamento médico em ambiente hospitalar;
- II) transplante de órgão, exceto rim e córnea;
- III) consultas ambulatoriais e domiciliares;
- IV) atendimento pré-natal quando não incluir a cobertura obstétrica;

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende a cobertura citada no art. 18, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e ao parto, observadas as seguintes exigências mínimas:

- I) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário-titular, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- II) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário-titular, como beneficiário-dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento;

Art. 20. O Plano Odontológico compreende a cobertura de procedimentos realizados em consultório, incluindo exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Parágrafo Único. Os procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, são cobertos somente no Plano Hospitalar, com e sem cobertura obstétrica.

Capítulo VI Da Forma de Assistência

Art. 21. O serviço de assistência à saúde é prestado ao beneficiário pelo sistema de rede credenciada.

Parágrafo Único. Complementarmente, outras formas de assistência podem ser oferecidas pelo PRO-TCU a seus beneficiários, por meio de terceirização e de acordo com as cláusulas de contrato ou convênio. (*Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001*)

Art. 22. Para a utilização de qualquer serviço da rede credenciada pelo beneficiário deve ser apresentado, obrigatoriamente, o Cartão de Identificação, contendo prazo de validade expresse e assinatura do beneficiário.

§ 1º No momento da utilização do serviço, não é necessária a realização de qualquer pagamento sobre procedimento coberto pelo PRO-TCU, dentro das normas vigentes para cada credenciado, exceto quanto às despesas discriminadas no parágrafo único do art. 21.

§ 2º O extravio do Cartão de Identificação deve ser imediatamente comunicado ao PRO-TCU e à instituição conveniada ou contratada, devendo, obrigatoriamente, ser apresentado o respectivo Boletim de Ocorrência Policial.

§ 3º A responsabilidade do beneficiário pela utilização de Cartão de Identificação extraviado cessa a partir do momento da comunicação do fato à Administração de instituição conveniada ou contratada, se for o caso, e à Diretoria Administrativa do PRO-TCU.

§ 4º Cópia do Boletim de Ocorrência Policial deve ser entregue ou encaminhada à Administração de instituição conveniada ou contratada, se for o caso, e à Diretoria Administrativa do PRO-TCU, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) horas, contado a partir da comunicação do extravio de Cartão de Identificação.

§ 5º O beneficiário-titular é responsável pelo custo de emissão da segunda via do Cartão de Identificação.

Art. 23. A transferência de beneficiário com tratamento em curso, de um profissional ou instituição credenciados para outro, pode ocorrer a pedido do beneficiário ou do profissional inicialmente encarregado do atendimento e está condicionada à prévia autorização da administração do PRO-TCU, ficando assegurada a quitação integral das etapas de tratamento cumpridas pelo profissional ou instituição anterior.

Art. 24. Pode haver interrupção no tratamento, desde que por motivo justificado.

§ 1º A interrupção do tratamento por iniciativa do profissional ou instituição credenciados, sem motivo justificado, é considerada como abandono, não conferindo direito à remuneração pelos trabalhos já executados.

§ 2º A interrupção do tratamento por iniciativa do usuário, sem motivo justificado, é considerada como abandono, devendo ser descontada integralmente do beneficiário-titular a remuneração ao profissional ou à instituição credenciada pelo trabalho já efetuado.

§ 3º Cabe ao Conselho Diretor do PRO-TCU o exame dos motivos justificados para os efeitos deste artigo.

Art. 25. Os planos de assistência à saúde podem diferenciar-se entre si, em razão de: padrão de acomodação hospitalar, cobertura, rede credenciada, amplitude territorial e forma de assistência. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 1º O padrão de acomodação hospitalar é o tipo de instalação em que o beneficiário hospitalizado tem direito de ser internado. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 2º Quando da utilização do serviço coberto, o beneficiário-titular que solicitar acomodação em nível superior ao contratado deve arcar diretamente com a diferença de hotelaria e com todos os custos médicos diferenciados para cada opção.

§ 3º A cobertura do plano de assistência à saúde é o conjunto de procedimentos que o beneficiário tem direito de utilizar, compreendendo, no mínimo, todos os procedimentos de cobertura obrigatória, de acordo com a legislação vigente sobre assistência à saúde suplementar. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 4º A rede credenciada é o rol de profissionais e entidades médicas ambulatoriais e hospitalares disponibilizadas para atendimento do beneficiário, sem custo adicional, excetuando-se a co-participação em despesas de serviços por ele utilizados, se for o caso. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 4ºA A amplitude territorial é a limitação do espaço físico em que o beneficiário pode ter atendimento eletivo. *(Acrescentado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14 de novembro de 2001)*

§ 4ºB A forma de assistência pode ser, dentre outras, o sistema de rede credenciada, o sistema de livre escolha, o sistema de UTI-Móvel e/ou o sistema de Home-care. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14 de novembro de 2001)*

§ 5º O plano de assistência de beneficiário-dependente deve ser o mesmo que o escolhido pelo beneficiário-titular, inclusive a mesma cobertura, padrão de acomodação hospitalar, rede credenciada, amplitude territorial e forma de assistência. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Art. 26. Devem ser ofertados, no mínimo, os seguintes tipos de planos de assistência à saúde: *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

- I) Básico;
- II) Especial; e
- III) Executivo.

§ 1º O Plano Básico compreende o seguinte:

- a) padrão de acomodação: quarto coletivo/enfermaria;
- b) cobertura: todos os procedimentos listados nos Planos de Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia; *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*
- c) rede credenciada: lista de prestadores definida pelo Conselho Diretor;
- d) amplitude territorial: todo o território nacional; e *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14 de novembro de 2001)*
- e) forma de assistência: sistema de rede credenciada. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 2º O Plano Especial compreende o seguinte:

- a) padrão de acomodação: apartamento ou quarto individual;
- b) cobertura: todos os procedimentos listados nos Planos de Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia; *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*
- c) rede credenciada: lista de prestadores definida pelo Conselho Diretor;
- d) amplitude territorial: todo o território nacional; e *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*
- e) forma de assistência: sistema de rede credenciada. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 3º O Plano Executivo compreende o seguinte:

- a) padrão de acomodação: apartamento ou quarto individual;
- b) cobertura: todos os procedimentos listados nos Planos de Cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, podendo ser acrescidos outros procedimentos, a critério do Conselho Diretor; *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*
- c) rede credenciada: lista de prestadores definida pelo Conselho Diretor.
- d) amplitude territorial: todo o território nacional; e *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*
- e) forma de assistência: sistema de rede credenciada. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Art. 26A. O Conselho Diretor pode ofertar ou cancelar outros tipos de plano de assistência à saúde. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Parágrafo Único. No caso de cancelamento de plano de saúde, o beneficiário desse plano deve, automaticamente, ser migrado para plano de saúde equivalente. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Capítulo VII

Dos Mecanismos de Regulação e Limitação de Uso

Art. 27. Deve ser precedida de autorização pelo PRO-TCU ou instituição por ele designada, exceto em situações caracterizadas como de urgência ou emergência, a realização dos seguintes tratamentos ou serviços :

- I) internação para tratamento clínico ou cirúrgico;
- II) tratamento especial previsto no segmento de cobertura escolhido pelo beneficiário, tais como fisioterapia prescrita por médico, exclusivamente para recuperação motora ou reabilitação, e realizado por profissional registrado em conselho de classe; fonoaudiologia; acupuntura e escleroterapia.
- III) exame especial de apoio diagnóstico;
- IV) cirurgia plástica reparadora;
- V) outros procedimentos ou serviços a serem definidos pelo Conselho Diretor.

§ 1º O PRO-TCU não se responsabiliza pelo pagamento de despesas de internação sem a respectiva autorização prévia, concedida em tempo hábil.

§ 2º São considerados exames especiais de apoio diagnóstico: eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletrococleografia, eletromiografia, eletroneuromiografia, tomografia computadorizada, angiografia, arteriografias, bioimpedanciometrias, 'tilt tests' (mapeamento cerebral) e seus derivados, polissonografias, endoscopias, testes de função pulmonar, ressonâncias, magnética, ecocardiografias, ecodoppler transesofágico, estudos hemodinâmicos e estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), procedimentos videoassistidos, ecografias para controle de ovulação, procedimentos com doppler colorido, além de outros a serem definidos pelo Conselho Diretor.

§ 3º No caso de internação e tratamento especializado listado no inciso II deste artigo, é exigido, para a respectiva autorização prévia, relatório assinado pelo médico assistente, do qual constem, no mínimo:

- a) a justificativa e a duração provável da internação ou do tratamento;
- b) o diagnóstico indicado;
- c) o tratamento proposto.

§ 4º A autorização mencionada neste artigo cobre o tempo de permanência inicialmente autorizado, sendo exigido para outra autorização, em caso de prorrogação, relatório assinado pelo médico assistente, com as razões técnicas que justifiquem o novo período solicitado.

Art. 28. O tratamento especial citado no inciso II do artigo anterior está sujeito a limitação de uso anual.

Parágrafo Único. É competência do Conselho Diretor estabelecer limite anual de tratamento especial, bem como de qualquer outro incluído em cada segmento de cobertura, na forma do disposto no § 4º do art. 16.

Art. 29. O PRO-TCU pode solicitar que o beneficiário se submeta a perícia médica, a fim de comprovar a necessidade de procedimentos médicos ou a sua efetiva realização.

Parágrafo único. A recusa do beneficiário em submeter-se à perícia médica exime o PRO-TCU do pagamento das despesas incorridas, sem prejuízo da possibilidade de aplicação das sanções previstas no Estatuto.

Capítulo VIII

Das Situações de Urgência e de Emergência

Art. 30. A cobertura dos procedimentos de emergência ou urgência rege-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgão e função, variando de acordo com a segmentação de cobertura escolhida pelo beneficiário.

§ 1º Define-se como situação de emergência aquela que implicar risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o beneficiário, desde que devidamente caracterizada em declaração do médico assistente.

§2º Define-se como situação de urgência aquela que resultar de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

§ 3º Entende-se como acidente pessoal o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, imprevisível e que cause lesão física à pessoa.

§ 4º O beneficiário-titular ou o seu representante deve adotar as providências pertinentes para a comunicação de atendimento de emergência ou urgência à Diretoria Administrativa do PRO-TCU e à Administração de instituição conveniada ou contratada, se for o caso, no primeiro dia útil após a ocorrência, permanecendo ou não o paciente internado, permitindo-se a obtenção da autorização até o quinto dia útil subsequente ao evento.

Art. 31. No caso do Plano Ambulatorial, a cobertura de procedimento de urgência ou emergência é limitada às primeiras 12 (doze) horas.

§ 1º Procedimento exclusivo de cobertura hospitalar necessário para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviço e em tempo menor que 12 (doze) horas, é excluído da cobertura do Plano Ambulatorial, sendo responsabilidade do beneficiário-titular a despesa desse procedimento, não cabendo qualquer ônus à operadora.

§ 2º No caso de transtorno psiquiátrico, o atendimento coberto é o de urgência, assim considerada a situação que implicar em risco de vida ou de dano físico para o próprio beneficiário ou para terceiros, inclusive ameaça, tentativa de suicídio e auto-agressão, e/ou em risco de dano moral e patrimonial importante.

Art. 32. No caso do Plano Hospitalar, a cobertura de procedimento de urgência ou emergência inicia com a internação do paciente e termina com a sua alta e abrange aquele necessário à preservação da vida, de órgão ou de função.

§ 1º Durante o período de carência de que trata o art. 35, a cobertura de procedimento de urgência e emergência é semelhante ao do Plano Ambulatorial citada no art. 31.

§ 2º O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal é garantido sem restrições, após o prazo de 24 (vinte e quatro) horas contado a partir do início do direito de usufruir dos benefícios do PRO-TCU, nos termos do parágrafo único do art. 6º.

§ 3º No caso de a atenção não vir a se caracterizar como própria do Plano Hospitalar ou como de risco de vida ou de lesão irreparável, não há obrigatoriedade de cobertura por parte do PRO-TCU.

Art. 33. No caso de Plano Hospitalar, com ou sem obstetrícia, é garantido o atendimento de urgência e emergência que se referir ao processo gestacional.

Parágrafo Único. Durante o período de carência de que trata o art. 35, a cobertura, mesmo no caso do Plano Hospitalar com Obstetrícia, é semelhante ao do Plano Ambulatorial citada no art. 31.

Art. 34. É garantida a cobertura de remoção, após o atendimento classificado como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recurso oferecido pela unidade para continuidade de atenção ao beneficiário optante pelo Plano Hospitalar, com ou sem obstetrícia, ou pela necessidade de internação do optante pelo Plano Ambulatorial.

§ 1º A remoção de beneficiário de Plano Hospitalar, com ou sem obstetrícia, deve ser realizada preferencialmente para outra pertencente à rede credenciada do PRO-TCU ou de instituição conveniada ou contratada que disponha de recurso necessário à continuidade do atendimento.

§ 2º Caso o atendimento seja realizado em unidade que não pertença à rede credenciada do PRO-TCU ou de instituição conveniada ou contratada, mesmo que não haja falta de recursos nesta unidade, o beneficiário de Plano Hospitalar, com ou sem obstetrícia, deve ser removido para outra pertencente à rede citada ou para Unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, desde que não haja risco de vida e/ou de lesão irreparável.

§ 3º A remoção de beneficiário optante pelo Plano Ambulatorial deve ser realizada para

unidade do Sistema Único de Saúde que disponha de recursos necessários à continuidade do atendimento, sendo que o PRO-TCU fica desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção se o destino, por opção do beneficiário ou de seu responsável, for diverso do citado.

§ 4º Quando o beneficiário de Plano Ambulatorial ou o seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela permanência na unidade que prestou o atendimento de urgência, o PRO-TCU está desobrigado da responsabilidade médica e financeira referente à continuidade do atendimento e da remoção.

§ 5º A remoção deve ser realizada em ambulância que disponha de recurso necessário à manutenção da vida do beneficiário.

Capítulo IX Da Carência

Art. 35. Os procedimentos cobertos pelo PRO-TCU estão sujeitos aos seguintes períodos de carência, contados a partir do primeiro dia após o início do direito de usufruir dos benefícios do PRO-TCU, conforme o disposto no parágrafo único do art. 6º:

- I) 60 (sessenta) dias para consultas médicas e serviços auxiliares de diagnóstico exames complementares básicos;
- II) 180 (cento e oitenta) dias para internação hospitalar e cirurgia, exceto procedimentos relacionados no inciso III;
- III) 300 (trezentos) dias para parto e neonatologia.

Parágrafo Único. A não observância dos prazos referidos neste artigo acarreta o pagamento integral pelo beneficiário das despesas médicas porventura realizadas.

Art. 36. É dispensada a carência para:

- I) beneficiário inscrito, durante a fase inicial de implantação do PRO-TCU, até data fixada pelo Conselho Diretor;
- II) servidor e seus dependentes inscritos até 30 (trinta) dias após a data de início do exercício funcional;
- III) filho recém-nascido de beneficiário-titular cujo pedido de inscrição ocorra até 30 (trinta) dias após a data do nascimento;
- IV) cônjuge recém-casado inscrito até 45 (quarenta e cinco) dias após a data do casamento;

Art. 37. A inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, implica o aproveitamento da carência já cumprida pelo beneficiário-titular adotante, conforme o disposto no inciso VII do art. 12, da Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998.

Capítulo X Do Custeio

Art. 38. As despesas com a assistência médica hospitalar, ambulatorial, psicológica, farmacêutica e odontológica, bem como as despesas com investimentos e custeio administrativo do PRO-TCU, podem ser suportadas pelas seguintes receitas:

- I) contribuição mensal de beneficiário-titular; (*Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001*)
- II) co-participação de beneficiário-titular em despesa de assistência utilizada por ele ou seus dependentes;
- III) rendimentos de aplicações financeiras;
- IV) multa, juros de mora e restituição;
- V) doação e transferência recebida;

VI) outras receitas.

Art. 39. A contribuição mensal de beneficiário-titular destina-se ao custeio de: *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

I) investimentos e despesas administrativas, caso o Conselho Diretor celebre contrato coletivo com operadora de plano de saúde prevendo, em suas cláusulas, o pagamento pelo beneficiário-titular, por meio de fatura individual, de valor predeterminado; e *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

II) todas as despesas com assistência médica ambulatorial, hospitalar, psicológica, farmacêutica e odontológica, bem como de investimentos e despesas administrativas, caso o Conselho Diretor celebre contrato com operadoras e/ou profissionais da área médica e/ou entidades médicas, prevendo o pagamento por custo operacional. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 1º O Valor da contribuição mensal do beneficiário titular corresponde à soma das contribuições individuais mensais de cada beneficiário pertencente ao seu grupo familiar. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 2º No caso do inciso I, o valor da contribuição individual mensal é de R\$ 6,00 (seis) reais por beneficiário, a partir de janeiro de 2002. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 3º No caso do inciso II, o valor da contribuição individual mensal deve ser definida por Assembléia Geral, de acordo com a faixa etária do beneficiário e o plano escolhido pelo titular. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Art. 40. O critério de reajuste da contribuição mensal pode ser de duas naturezas:

- I) financeiro, em decorrência da variação de custos médicos e/ou hospitalares e de despesas administrativas do PRO-TCU; ou
- II) técnico, em decorrência da alteração no nível de sinistralidade ou da mudança de faixa etária.

§ 1º O reajuste financeiro em decorrência da variação de custos médicos tem como base de cálculo a variação do índice FIPE-SAÚDE ou dos índices específicos para honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos.

§ 2º O reajuste financeiro em decorrência da variação de despesas administrativas do PRO-TCU tem como base de cálculo o aumento efetivo da despesa, que deve ser demonstrado em planilha elaborada pelo Diretor Administrativo.

§ 3º O reajuste técnico em decorrência da alteração do nível de sinistralidade tem como base de cálculo o aumento efetivo da sinistralidade, demonstrado em planilha que contenha os seguintes dados referentes a cada faixa etária: frequência de sinistros observados, número total de expostos, valor total dos sinistros.

§ 4º O reajuste técnico em decorrência da mudança de faixa etária tem como base de cálculo o valor estabelecido para a nova faixa etária em tabela constante de contrato com a operadora de plano de saúde, sendo o novo valor referente à contribuição do mês de atendimento seguinte ao que o beneficiário completar a idade. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 5º O reajuste financeiro em decorrência da variação de despesas administrativas previsto no inciso I deve ser submetido à aprovação da Assembléia Geral pelo Conselho Diretor. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 6º O reajuste financeiro em decorrência da variação de custos médicos previsto no § 1º, e o reajuste técnico em decorrência da alteração do nível de sinistralidade, previsto § 3º, desde que devidamente aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, podem ser autorizados pelo Conselho Diretor. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Art. 41. Pode ser cobrada co-participação de beneficiário-titular no custeio da assistência utilizada por ele ou por seus dependentes, na forma e nas condições propostas pelo Conselho Diretor e aprovadas pela Assembléia Geral ou de acordo com as cláusulas de contrato ou convênio celebrado com operadora de plano de assistência à saúde.

Art. 42. O atraso no pagamento de contribuição mensal ou co-participação, se houver, acarreta a cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre os valores devidos, além de juros de mora mensal de 1% (um por cento).

Art. 43. O Conselho Diretor está autorizado a adotar as providências necessárias à consignação na folha de pagamento do beneficiário-titular, dos valores referentes à contribuição mensal, co-participação, multa e juros de mora.

§ 1º O Conselho Diretor, em caráter extraordinário, pode utilizar outras formas de recolhimento da contribuição mensal, tais como carnê, boleto bancário, transferência entre contas-correntes ou depósito em conta corrente, desde que o depositante esteja devidamente identificado. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

§ 2º O Conselho Diretor do PRO-TCU fica autorizado, no caso previsto no inciso I do art. 39, a adotar as providências necessárias à consignação em folha de pagamento do beneficiário-titular do valor correspondente à soma das mensalidades predeterminadas para cada pessoa de seu grupo familiar em favor da operadora contratada para prestar a assistência à saúde. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Extraordinária de 14.11.2001)*

Capítulo XI Das Infrações e Sanções

Art. 44. As seguintes sanções são aplicáveis ao associado:

- I) advertência;
- II) suspensão;
- III) exclusão.

Art. 45. A advertência é a sanção aplicada ao beneficiário-titular, por escrito, no caso de descumprimento do Estatuto, em especial o disposto no art. 11, incisos I, III, IV e V, e deste Regulamento Geral, bem como de resoluções complementares e deliberações do Conselho Diretor e da Assembléia Geral, desde que a infração não seja punível com sanção de suspensão ou exclusão.

Art. 46. A suspensão é a sanção aplicada ao beneficiário-titular nos seguintes casos:

- I) reincidência de infração punida com advertência;
- II) atraso no pagamento de contribuição mensal ou co-participação, se for o caso.

§ 1º No caso citado no inciso I deste artigo, a sanção pode ser aplicada por um período de até 180 (cento e oitenta) dias.

§ 2º No caso citado no inciso II deste artigo, a sanção é aplicada até que o débito seja quitado, incluindo-se multa e juros de mora, de acordo com o disposto no art. 42, sendo o prazo final para a referida quitação 60 (sessenta) dias após a data inicial da inadimplência.

Art. 47. O beneficiário, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis, será excluído do PRO-TCU quando praticar, ou deixar de praticar, ato que resulte em prejuízo para o PRO-TCU, especialmente o seguinte:

- I) praticar ou tentar praticar infração ou fraude visando a obtenção ilícita de benefícios do PRO-TCU para si ou para outrem;
- II) permanecer inadimplente com as obrigações pecuniárias junto ao PRO-TCU pelo prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses;
- III) prestar declaração falsa tendente a influir na aceitação de dependente junto ao PRO-TCU ou na errônea fixação do valor de sua mensalidade ou da mensalidade de seu dependente;
- IV) descumprir qualquer norma interna do PRO-TCU, considerada pelo Conselho Diretor ensejadora de exclusão.

§ 1º No caso citado no inciso II, o beneficiário-titular deve ser notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

§ 2º O beneficiário-titular excluído é responsável pelo ressarcimento integral de todos os valores referentes a serviços porventura utilizados após a exclusão e pelos valores estabelecidos neste regulamento referentes a benefícios utilizados anteriormente à exclusão.

Art. 48. A aplicação de qualquer sanção é de competência do Conselho Diretor.

Art. 49. Deve-se considerar, na aplicação de sanção, a gravidade da infração cometida, os danos causados ao patrimônio do PRO-TCU, as circunstâncias agravantes ou atenuantes, bem como os antecedentes do associado infrator.

Art. 50. O Diretor Administrativo, ao tomar conhecimento de qualquer infração ou denúncia, deve apurar os fatos, autuar processo com os documentos comprobatórios, se existentes, elaborar relatório circunstanciado contendo informações sobre a infração cometida, o responsável e o valor do dano, se for o caso, e submeter o processo ao Vice-Presidente do Conselho Diretor.

Art. 51. O Vice-Presidente, caso entenda que a infração é passível de sanção, deve encaminhar o processo à Diretoria Administrativa.

Capítulo XII Do Direito à Ampla Defesa

Art. 52. A Diretoria Administrativa deve providenciar a citação do beneficiário-titular responsabilizado, para que apresente, no prazo de 15 (quinze) dias, as alegações de defesa.

Parágrafo Único. O Diretor Administrativo pode deferir pedido apresentado pelo responsável versando sobre prorrogação do prazo citado no *caput*, desde que o pedido seja justificado e o período de prorrogação seja, no máximo, de 15 (quinze) dias.

Art. 53. O Diretor Administrativo deve conceder vista e cópia dos autos ao associado ou a seu representante legal, mediante solicitação escrita.

§ 1º A vista, concedida na forma do *caput* deste artigo, deve ser realizada na presença de funcionário designado pela Diretoria Administrativa.

§ 2º As cópias solicitadas devem ser entregues no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, mediante recolhimento de valor corresponde ao seu custo, conforme tabela fixada pelo Diretor Administrativo.

Art. 54. As alegações de defesa devem ser analisadas pela Diretoria Administrativa e o processo deve ser encaminhado ao Vice-Presidente no prazo de 30 (trinta dias).

Art. 55. O Vice-Presidente deve elaborar relatório e voto acerca das alegações de defesa apresentadas e submeter a matéria à apreciação do Conselho Diretor.

Art. 56. Cabe pedido de reexame de sanção aplicada.

§ 1º No pedido de reexame, o associado interessado deve apresentar fatos novos, suportados por documentos hábeis, quando houver, suficientes para a alteração da decisão prolatada.

§ 2º O pedido de reexame deve ser encaminhado ao Conselho Diretor no prazo de 30 (trinta) dias da publicação da decisão no Boletim do PRO-TCU e não tem efeito suspensivo.

§ 3º O pedido de reexame deve ser analisado pelo Conselho Diretor, no prazo de 30 (trinta dias), com parecer prévio do Vice-Presidente.

Capítulo XIII Da Eleição do Conselho Fiscal

Art. 57. No primeiro dia útil do mês de março de cada ano ímpar, realizar-se-á eleição dos membros do Conselho Fiscal para a gestão do biênio que inicia em 1º de abril desse ano. (*Redação dada por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001*)

Art. 58. A coordenação das eleições cabe a Comissão Eleitoral designada pelo Presidente do Conselho Diretor.

§ 1º A Comissão Eleitoral é composta por três membros, sendo um deles o Presidente e os outros Secretários.

§ 2º O membro da Comissão Eleitoral deve ser associado em dia com suas obrigações estatutárias.

Art. 59. Sessenta dias antes das eleições, a Comissão Eleitoral deve publicar, no Boletim do PRO-TCU, Regulamento Eleitoral contendo:

- I) prazo final para inscrição dos candidatos, fixado em trinta dias antes das eleições;
- II) local de inscrição;
- III) horário de recebimento de inscrição;
- IV) pré-requisitos que o candidato deve preencher;
- V) data das eleições; e
- VI) procedimentos relacionados à eleição e à apuração dos votos.

Art. 60. Os candidatos a membro do Conselho Fiscal e seus respectivos suplentes devem organizar-se em chapas.

Art. 61. É considerado inelegível como membro do Conselho Fiscal ou suplente o associado que:

- I) não estiver em dia com as obrigações estatutárias;
- II) houver renunciado, tácita ou expressamente, ao cargo no biênio anterior;
- III) houver sido destituído de mandato de Conselheiro Fiscal do PRO-TCU;
- IV) tiver sido indiciado por irregularidade referente às atividades do PRO-TCU.

Parágrafo Único. Entende-se como renúncia tácita o não comparecimento do Conselheiro a um número de reuniões do Conselho Fiscal maior que a metade das reuniões realizadas num período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Art. 62. Vinte dias antes das eleições, a Comissão Eleitoral deve publicar, no Boletim do PRO-TCU, edital de convocação das eleições, contendo as seguintes informações:

- I) nome das chapas e dos respectivos candidatos;
- II) período de votação;
- III) locais de votação;
- IV) endereço para envio de correspondência;
- V) data da apuração dos votos.

Art. 63. Cada associado em dia com suas obrigações estatutárias tem direito a um voto.

Art. 64. O voto pode ser presencial ou encaminhado via correio ou realizado por meio eletrônico, de acordo com o Regulamento Eleitoral.

§ 1º Nos locais de votação, um associado previamente designado pela Comissão Eleitoral deve fiscalizar a votação e assegurar que o voto seja depositado em urna lacrada, que deve ser enviada via correio, no dia seguinte, para apuração.

§ 2º O voto encaminhado via correio, por meio de correspondência registrada ou SEDEX, é considerado válido somente se a data da postagem coincidir com o período fixado para a votação.

§ 3º O voto eletrônico somente é considerado válido se o sistema possuir senha de acesso individual e coincidir com o período estabelecido para a votação.

Art. 65. No recinto da eleição não é permitida qualquer tipo de propaganda.

Art. 66. A apuração dos votos deve ser realizada por Mesa composta pelos membros da Comissão Eleitoral e um representante de cada chapa inscrita nas eleições.

§ 1º O representante da chapa deve ser indicado até 10 (dez) dias úteis antes da data marcada para as eleições.

§ 2º O Presidente da Comissão Eleitoral pode designar Secretários de Mesa para auxiliar na apuração dos votos.

§ 3º A apuração dos votos deve ser realizada no primeiro dia útil após um intervalo de 10 (dez) dias da realização das eleições. *(Acréscitado por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001)*

Art. 67. O número de votos deve coincidir com o de votantes e somente os votos considerados válidos devem ser computados.

Art. 68. Os votos rasurados são considerados nulos.

Art. 69. Após a apuração dos votos, o Presidente da Comissão Eleitoral deve proclamar o seu resultado. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001)*

Art. 70. Durante a Assembléia Geral Ordinária prevista no inciso I do art. 32 do Estatuto, que deve ser realizada no último dia útil do mês de março, a Comissão Eleitoral deve divulgar o resultado da eleição, considerar eleita a chapa mais votada e dar posse aos membros que a compõem, sendo a entrada em exercício fixada para 1º de abril seguinte. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001)*

§ 1º O resultado da eleição deve ser registrado em ata, obrigatoriamente assinada pelos Membros da Comissão Eleitoral, pelos Secretários designados na forma do § 2º do art. 66, bem como pelos representantes das chapas presentes no momento de sua proclamação, na qual constem: *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001)*

- I) nome completo;
- II) número da carteira de identidade;
- III) número do Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- IV) estado civil;
- V) profissão;
- VI) endereço completo.

§ 2º Os Conselheiros e os suplentes eleitos devem assinar Termo de Compromisso de cumprir suas obrigações legais e estatutárias.

Art. 71. Recurso contra o resultado da eleição deve ser apresentado no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após a proclamação do resultado.

§ 1º O recurso não tem efeito suspensivo.

§ 2º O Presidente da Comissão Eleitoral deve instruir o recurso e apresentá-lo ao Presidente do Conselho Diretor, no prazo de 05 (cinco) dias. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001)*

§ 3º O Presidente do Conselho Diretor deve submeter à deliberação da Assembléia Geral Ordinária os recursos interpostos contra o resultado da **eleição**. *(Redação dada por decisão da Assembléia Geral Ordinária de 30.03.2001)*

Art. 72. No caso de vacância do cargo de Conselheiro Titular, assume o respectivo suplente.

Parágrafo Único. Na impossibilidade de o respectivo suplente assumir, o Presidente do Conselho Fiscal deve escolher outro suplente para assumir o cargo.

Art. 73. É competência do Presidente da Comissão Eleitoral resolver os casos omissos relacionados à eleição.

Capítulo XIII
Das Disposições Finais

Art. 74. No período inicial de implantação e funcionamento do PRO-TCU e até que seja realizada a eleição prevista no art. 57, o Conselho Fiscal será composto, provisoriamente, por membros indicados pelas entidades mencionadas no art. 40, inciso V, VI, VII e VIII do Estatuto.