



ESTADO DE GOIÁS
SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS
COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS E PATROCINADORES

TERMO DE CONVÊNIO

CONVÊNIO DE ADESÃO Nº 197/2025/IPASGO-SAÚDE

**CONVÊNIO QUE
CELEBRAM A
CÂMARA DE
MUNICIPAL DE
ANAPOLIS, NA
CONDIÇÃO DE
PATROCINADOR, E
O SERVIÇO SOCIAL
AUTÔNOMO DE
ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS
SERVIDORES
PÚBLICOS E
MILITARES DO
ESTADO DE GOIÁS
- IPASGO SAÚDE.**

A **CÂMARA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS** na condição de **PATROCINADOR**, inscrita no CNPJ sob o nº 02.756.070/0001-08, com sede na Avenida Jamel Cecilio, nº0, Quadra 50, Lote 14, Bairro Jundiáí, Anápolis-GO, CEP: 75.110-330, doravante denominado **PATROCINADOR**, neste ato representado pela Presidente **ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO**, regularmente inscrito no CPF sob nº XXX.158.071-XX, e de outro lado, o **SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, regularmente inscrito no CNPJ sob o nº 50.565.317/0001-43, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 424188, como operadora de Planos de saúde na modalidade de autogestão, multipatrocinada, com sede e administração à Avenida 1ª Radial, nº 586, Ed. Dr. José Ferreira Pires Filho, Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP nº 74820-300; doravante denominado **Ipasgo Saúde**, neste ato representado por seu presidente, **BRUNO MAGALHÃES D'ABADIA**, brasileiro, casado, Presidente do Ipasgo Saúde, conforme art. 10, da Lei Ordinária do Estado de Goiás sob nº 21.880/23, regularmente inscrito no CPF sob nº XXX.134.721-XX, com endereço profissional sito à Avenida 1ª Radial, 586, Ed. Dr. José Ferreira Pires Filho, Bl. 03, 4º andar, Presidência do Ipasgo Saúde - Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP nº 74.820-300; com fulcro no art. 14 da Lei Ordinária do Estado de Goiás sob nº 21.880/23, e demais disposições pertinentes, resolvem

celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, sujeitando-se especialmente à Lei Federal nº 9.656/98 e seus regulamentos, e as Resoluções Normativas nº 137/06 e 557/22, editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas respectivas alterações, subsidiariamente às disposições da Lei Federal 14.133/21, bem como no Estatuto Social, Regimento Interno e Regulamentos do Ipasgo Saúde, na forma das cláusulas seguintes.

CAPÍTULO I - DO OBJETO DO CONVÊNIO

1. CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO

1.1. O presente Convênio de Adesão tem por objeto disciplinar a prestação de assistência suplementar à saúde dos beneficiários inscritos pelo PATROCINADOR, nos termos do regulamento próprio, conforme disposições da Lei Ordinária do Estado de Goiás sob nº 21.880/23, possibilitando o ingresso nos planos de saúde regulamentados pela ANS e operados pelo Ipasgo Saúde, para a adesão espontânea e opcional, bem como garantir a permanência dos beneficiários já ativos no plano, conforme **CLÁUSULA 2ª** deste Convênio de Adesão.

1.2. Para efeito do presente Convênio de Adesão, a Câmara Municipal de Anápolis, torna-se PATROCINADOR, aderindo aos Planos de Saúde administrados pelo Ipasgo Saúde, nos termos do inciso III do artigo 12 da [Resolução Normativa RN nº 137, 14 de novembro 2006](#), editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou outra que vier a substituí-la.

1.3. O Ipasgo Saúde poderá oferecer novos planos de saúde regulamentados pela ANS aos beneficiários deste Convênio, mediante Termo Aditivo ou no ato de renovação do presente Convênio de Adesão.

1.4. O PATROCINADOR e o Ipasgo Saúde poderão firmar parcerias com o objetivo de implementar programas que visem à realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção de doença, promoção da saúde, recuperação e reabilitação, os quais poderão ser objeto de instrumento, plano de trabalho, termo de referência, orçamento e execução específicos.

2. CLÁUSULA 2ª - DO TERMO DE COMPROMISSO CELEBRADO ENTRE O IPASGO SAÚDE E A ANS

1 O [Termo de Compromisso](#) 01/2024, firmado entre o Ipasgo Saúde e a ANS, nos termos do art. 29-A, da Lei Federal nº 9.656, de 3 de julho de 1998 e publicado no Diário Oficial da União (DOU), Seção 3, Nº 192, quinta-feira, 3 de outubro de 2024, concede aos beneficiários já vinculados aos PATROCINADOR o direito de permanecerem nos Planos Antigos, que trata o CAPÍTULO II deste Convênio, cadastrados no Sistema de Cadastro de Produtos Antigos - SCPA.

2 Poderão permanecer nos planos antigos disponibilizados por meio deste Convênio de Adesão, os beneficiários elegíveis na condição de titular e seus respectivos dependentes já vinculados aos Planos Ipasgo, conforme critérios definidos no Regulamento do Plano, até a data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de Planos de saúde na ANS.

CAPÍTULO II - DOS PLANOS ANTIGOS

3. CLÁUSULA 3ª - DAS CARACTERÍSTICAS

3.1. Os Planos Antigos são cadastrados na ANS, **com comercialização suspensa**, e disponibilizados por meio deste Convênio de Adesão dada a excepcionalidade do [Termo de Compromisso 01/2024](#), e contemplam a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, abrangendo

procedimentos / tratamentos previstos na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, disponibilizada no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet, que constitui o seu rol de cobertura, com formação de preço preestabelecido, na modalidade Coletivo Empresarial, conforme demonstra o **ITEM 1 do ANEXO I** deste Convênio de Adesão.

3.2. A tabela de preços dos Planos Antigos consta no **ITEM 1 do ANEXO II**, aprovada pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, ou outro órgão que venha a sucedê-lo, e será de fácil acesso aos beneficiários, e constará de forma individualizada os valores relativos à mensalidade, observada o regulamento de cada plano, bem como as disposições estatutárias do Ipasgo Saúde.

3.3. Aos Planos Antigos ficam assegurados as modalidades de custeio percentual e/ou atuarial, podendo o Ipasgo Saúde estabelecer a modalidade mediante estudo de viabilidade econômico-financeiro, fundado em metodologia técnico-atuarial.

3.4. O sistema assistencial assegurado por meio deste CAPÍTULO será normatizado através de regulamento próprio para cada Plano antigo em que constar beneficiários vinculados ao PATROCINADOR, sendo parte integrante deste Convênio.

3.5. Cada plano antigo será identificado por código específico registrado no Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA da ANS, nos termos do regramento jurídico-regulamentar em vigor.

3.6. A permanência dos beneficiários nos planos antigos de que trata este CAPÍTULO não os exime da contraprestação financeira devida.

4. CLÁUSULA 4ª - DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. Para efeito deste CAPÍTULO são considerados beneficiários os titulares, seus dependentes e o grupo familiar, na forma definida no Regulamento dos Planos Antigos.

4.2. Fica vedada a adesão de novos beneficiários aos Planos Antigos disponibilizados por meio deste Convênio de Adesão, conforme estabelecido no [Termo de Compromisso 01/2024](#) firmado entre o Ipasgo Saúde e a ANS, à exceção dos seguintes:

- I - Novo cônjuge/companheiro do titular; e
- II - Filho do titular, natural ou adotivo.

4.3. A solicitação de inclusão de beneficiários dependentes deverá ser formalizada pelo titular por meio de Termo de Adesão, onde constará as regras, cláusulas, formas de contato e acesso aos termos deste Convênio e do Regulamento do plano de saúde.

4.4. A inscrição no plano de saúde somente será efetivada para fins de direito, inclusive para contagem dos prazos de carência, quando apresentado ao Ipasgo Saúde o Termo de Adesão subscrito pelo titular.

5. CLÁUSULA 5ª - DOS PLANOS ANTIGOS E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

5.1. Os planos de saúde disponibilizados pelo Ipasgo Saúde constantes neste CAPÍTULO, contemplarão a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia, para tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, para a realização dos procedimentos / tratamentos **previstos na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde (e não**

no rol da ANS), disponibilizada no sítio oficial do Ipasgo Saúde, que constitui o seu rol de cobertura.

5.2. O rol de cobertura aos beneficiários vinculados a este Convênio de Adesão será definido de acordo com o regulamento dos planos Ipasgo Saúde Básico ou Ipasgo Saúde Especial, conforme o plano ao qual o beneficiário estiver vinculado.

5.3. O atendimento aos beneficiários inscritos nos planos deste CAPÍTULO está garantido independentemente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento que os ensejar, respeitadas a área de abrangência assistencial, a rede de prestadores assistencial do plano do Ipasgo Saúde, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária (CPT), quando houver.

6. CLÁUSULA 6ª - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1. As exclusões de cobertura se darão nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde, parte integrante deste Convênio de Adesão.

7. CLÁUSULA 7ª - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

7.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela operadora para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

7.2. O Ipasgo Saúde poderá adotar a cobrança de coparticipação nos planos de saúde ofertados por este Convênio, mediante a utilização dos serviços pelos beneficiários titulares, seus dependentes e grupo familiar, sempre que constar do regulamento do plano, cabendo ao beneficiário, a responsabilidade pelo pagamento dos valores provenientes desta coparticipação, os quais serão cobrados pelo Ipasgo Saúde e devidamente discriminados na contribuição financeira mensal dos beneficiários.

7.2.1. O percentual de coparticipação será de 30% (trinta) por cento aplicado sobre o valor das consultas e exames complementares, serviços ou procedimentos realizados em ambulatório, conforme Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, divulgada em seu site eletrônico.

7.2.2. Os procedimentos realizados em regime de internação não estão sujeitos ao pagamento de coparticipação.

7.2.3. As coparticipações dos beneficiários Titulares e Dependentes serão debitadas em conta corrente do Titular ou, se autorizado por este, na conta corrente do próprio dependente, ou ainda, por meio de boleto bancário.

7.2.4. O beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações dos procedimentos realizados até a data de exclusão do Plano, ainda que a cobrança venha a ser efetivada em data posterior.

7.2.5. Os históricos de utilização e valores para os devidos cálculos de coparticipação estarão disponíveis aos beneficiários e ao PATROCINADOR nas áreas restritas respectivas, no sítio eletrônico do Ipasgo Saúde.

7.3. As demais regras aplicáveis aos mecanismos de regulação se darão nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde, parte integrante deste Convênio de Adesão.

8. CLÁUSULA 8ª - DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS

8.1. Os beneficiários dependentes que se inscreverem no plano de saúde do Ipasgo Saúde cumprirão os seguintes períodos de carência:

I - Acidentes pessoais/urgências e emergências: 24 (vinte e

quatro) horas;

II - Consultas e exames simples: 60 (sessenta) dias;

III - Procedimentos ambulatoriais: 90 (noventa) dias;

IV - Internações clínicas e cirúrgicas, exames e procedimentos de alto custo: 180 (cento e oitenta) dias;

V - Procedimentos ambulatoriais em psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, odontologia e terapia ocupacional: 180 (cento e oitenta) dias;

VI - Assistência relativa à gravidez: 300 (trezentos) dias; e

VII - Doenças ou lesões, congênicas ou preexistentes, declaradas ou não em procedimento específico e preliminar à inclusão: 24 (vinte e quatro) meses.

8.2. As demais regras aplicáveis aos prazos de carência se darão nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde, parte integrante deste Convênio de Adesão.

9. **CLÁUSULA 9ª - DO CUSTEIO DOS PLANOS ANTIGOS**

9.1. A forma de contribuição do beneficiário vinculado ao PATROCINADOR e devida ao Ipasgo Saúde será aplicada por desconto percentual, tabela atuarial ou híbrido (em que se aplica ambos), definida de acordo com estudo técnico de viabilidade econômico-financeiro baseado em metodologia atuarial, conforme **ITEM 1 do ANEXO II** deste Convênio.

9.1.1. **Desconto Percentual:** para o Beneficiário Titular e seus Dependentes DENTRO do Grupo Familiar, qualificados no Regulamento do Plano, desde que o Titular não esteja sujeito à contribuição por tabela atuarial. A modalidade de custeio percentual será definida pelos valores mínimos e máximos dispostos no **ITEM 1 do ANEXO II** deste convênio, bem como as seguintes alíquotas:

I - Plano Ipasgo Saúde Básico: 12,81% (doze vírgula oitenta e um por cento), para o beneficiário titular e ao dependente dentro de seu grupo familiar (conforme regulamento do Plano), incidente sobre o valor correspondente à soma mensal paga ou creditada pelo PATROCINADOR a qualquer título, excluídos somente o 13º salário, adicional de férias, pagamentos ou créditos de natureza indenizatória ou eventual;

II - Plano Ipasgo Saúde Especial: 18,48% (dezoito vírgula quarenta e oito por cento), para o beneficiário titular e ao dependente dentro de seu grupo familiar (conforme regulamento do Plano), incidente sobre o valor correspondente à soma mensal paga ou creditada pelo PATROCINADOR a qualquer título, excluídos somente o 13º salário, adicional de férias, pagamentos ou créditos de natureza indenizatória ou eventual.

9.1.2. **Tabela Atuarial:** para os Beneficiários Titulares não sujeitos ao desconto percentual e os Dependentes FORA do Grupo Familiar, desde que atendam aos critérios de elegibilidade para inscrição nos termos do Regulamento do Plano.

9.2. O PATROCINADOR é responsável pelo *déficit* financeiro decorrente do desequilíbrio entre receitas e despesas gerado pela prestação de serviços assistenciais de saúde aos beneficiários vinculados aos Planos Antigos.

9.2.1. Identificado o *déficit* mencionado no item 9.2, após 12 (doze) meses contados da data-base de assinatura do convênio, será proposto ao PATROCINADOR a alteração da modalidade de custeio dos Planos Antigos. A recusa em aceitar essa alteração do custeio implicará na obrigação de pagamento integral do déficit apurado mediante estudo técnico-atuarial.

9.2.2. Decorridos 12 (doze) meses da implementação da alteração da modalidade de custeio, persistindo o *déficit*, o PATROCINADOR será responsável pelo seu pagamento integral.

9.2.3. O *déficit* referido no item 9.2 será cobrado por meio de emissão de boleto bancário ou outro instrumento de pagamento que facilite a quitação do débito.

10. CLÁUSULA 10ª - DOS REAJUSTES ANUAIS DE MENSALIDADE

10.1. As mensalidades devidas pelos serviços assistenciais previstos neste CAPÍTULO, fixadas por faixa etária (tabela atuarial), sofrerão reposição inflacionária anualmente, de acordo com a variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, divulgado pelo IBGE e/ou, quando necessário, acrescido de reajustes técnicos apurados em estudos atuariais, realizados para este fim.

10.2. O presente CONVÊNIO DE ADESÃO consolida as regras então vigentes e praticadas pelo Ipasgo Saúde, inclusive no que se refere aos reajustes, considerando que o último reajuste ocorreu em janeiro de 2025, fica estabelecido como data-base para o reajustamento dos Planos Antigos o mês de janeiro dos anos subsequentes. Dessa forma, será respeitada a anualidade do período, bem como o disposto na [Súmula Normativa nº 14/2011 da Dicol/ANS](#).

10.3. As mensalidades estabelecidas por desconto percentual sobre a remuneração sofrerão variação sempre que for reajustada a remuneração do Beneficiário Titular, não constituindo em reajuste do PLANO.

10.4. Os limites mínimo e máximo das mensalidades estabelecidas por desconto percentual, dispostos no **ITEM 1 do ANEXO II**, sofrerão reposição inflacionária anualmente, de acordo com a variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, divulgado pelo IBGE e/ou, quando necessário, acrescido de reajustes técnicos apurados em estudos atuariais, realizados para este fim.

11. CLÁUSULA 11ª - DA INCLUSÃO E DO CANCELAMENTO

11.1. A inclusão e a exclusão de qualquer beneficiário nos planos de saúde disponibilizados neste CAPÍTULO serão voluntárias, conforme a seguir disposto:

I - O titular poderá solicitar o cancelamento da inscrição dos beneficiários nos planos de saúde a qualquer tempo, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação;

II - Em caso de cancelamento de inscrição do titular, todos os seus dependentes e grupo familiar terão sua inscrição cancelada;

III - O PATROCINADOR deverá comunicar ao Ipasgo Saúde qualquer tipo de evento que implique na perda de direito de participação de qualquer beneficiário do Plano;

IV - Após a efetiva comunicação da exclusão do beneficiário ao Ipasgo Saúde, o PATROCINADOR não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio do plano de saúde, nem por eventuais débitos ocorridos, os quais serão de responsabilidade do titular;

V - Quando da inscrição no plano, caso a margem consignável não

comporte o desconto das contribuições, a unidade interna do PATROCINADOR deverá notificar o titular com quem tenha vínculo para que comunique tal fato à operadora, para adoção de providências de efetivação da cobrança por outro meio idôneo;

VI - Havendo titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados aplicar-se-á a necessidade de quitação de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação;

11.2. As exclusões dos beneficiários dos planos de assistência à saúde de que trata este CAPÍTULO ocorrerão nas situações descritas nos Regulamentos dos Planos e, inclusive:

- I - Por vontade expressa do titular;
- II - Decisão administrativa ou judicial;
- III - Fraude; e
- IV - Outras situações previstas em lei.

CAPÍTULO III - DOS PLANOS NOVOS

12. CLÁUSULA 12ª - DAS CARACTERÍSTICAS

12.1. Os planos ofertados por meio deste CAPÍTULO, denominados Planos Novos, disciplinam a prestação de assistência suplementar à saúde dos beneficiários inscritos pelo PATROCINADOR, nos termos do regulamento próprio, conforme arts. 14 e 19, da Lei Ordinária do Estado de Goiás sob nº 21.880, de 20 de abril de 2023, possibilitando o ingresso nos planos de saúde regulamentados pela ANS e operados pelo Ipasgo Saúde, para a adesão espontânea e opcional, na modalidade Coletivo Empresarial, conforme demonstra o **ITEM 2 do ANEXO I** deste Convênio de Adesão.

12.2. Os planos ofertados são registrados na ANS, com formação de preços preestabelecido ou pós estabelecidos, área de abrangência determinada em seus regulamentos, podendo contemplar a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia, abrangendo as coberturas mínimas e obrigatórias descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, conforme definido na Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e suas regulamentações.

12.3. A tabela de preços dos Planos Novos consta no **ITEM 2 do ANEXO II**, aprovada pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, ou outro órgão que venha a sucedê-lo, e será de fácil acesso aos beneficiários, e constará de forma individualizada os valores relativos à mensalidade, observada o regulamento de cada plano, bem como as disposições estatutárias do Ipasgo Saúde.

13. CLÁUSULA 13ª - DOS BENEFICIÁRIOS

13.1. Para efeito deste Convênio, e a oferta dos novos produtos, são considerados beneficiários os titulares, seus dependentes, e o grupo familiar definido na forma deste CAPÍTULO, para os planos regulamentados pela ANS.

13.2. A solicitação de inscrição de beneficiários deverá ser formalizada pelo titular por meio de Termo de Adesão, onde constará as regras, cláusulas, formas de contato e acesso aos termos deste Convênio e do Regulamento do Plano de Saúde escolhido.

13.3. A inscrição no plano de saúde somente será efetivada para fins de direito, inclusive para contagem dos prazos de carência, quando apresentada ao Ipasgo Saúde o Termo de Adesão subscrita pelo titular.

13.4. Podem aderir aos planos regulamentados pela ANS ofertados pelo Ipasgo Saúde na condição de titulares:

- I - Servidores e empregados públicos ativos, inativos, ex-servidores e pensionistas do PATROCINADOR;
- II - Servidores e empregados públicos de outros entes da Federação, que estiverem cedidos ao PATROCINADOR, com ônus ao órgão requisitante;
- III - Detentores de mandato eletivo do Poder Legislativo Municipal, durante o seu exercício.

13.4.1. Poderão ser inscritos como dependentes do titular nos planos oferecidos pelo Ipasgo Saúde:

- I - O cônjuge ou companheiro na união estável;
- II - A pessoa separada, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com ou sem a percepção de pensão alimentícia;
- III - Os filhos e enteados, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- IV - Os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) anos e a véspera em que completarem 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo ministério da educação; e
- V - O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

13.4.2. A inclusão de dependente constante no inciso I, item 13.4.1, desta CLÁUSULA, exclui a possibilidade de inscrição de dependente constante do inciso II do mesmo subitem.

13.5. Nos planos de saúde aderidos pelo PATROCINADOR poderão ser inscritos como grupo familiar do beneficiário titular, a qualquer tempo, os seguintes familiares:

- I - Pai e mãe, padrasto e madrasta, sogro(a), genro e nora;
- II - Avós, netos(as), irmãos(ãs) e cunhado(a);
- III - Bisavós, bisnetos(as), tios(as) e sobrinhos(as);
- IV - Filhos e enteados que não atendem aos critérios do item 13.4.1 desta cláusula; e
- V - Curatelado.

13.5.1. A contribuição do PATROCINADOR será facultativa aos beneficiários do grupo familiar de que trata o item 13.5.

13.6. A inclusão dos dependentes e do grupo familiar definidos nos itens 13.4.1 e 13.5 desta cláusula, dependerá da participação do beneficiário titular no plano aderido pelo PATROCINADOR e vinculado a este Convênio.

13.7. Nenhum beneficiário poderá usufruir de mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do PATROCINADOR.

14. CLÁUSULA 14ª - DOS PLANOS NOVOS E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

14.1. Os planos de saúde ofertados pelo Ipasgo Saúde e aderidos pelo

PATROCINADOR por meio deste Convênio, contemplará as segmentações ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia, para tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, assim como nos Regulamentos dos Planos de Saúde do Ipasgo Saúde.

14.2. A cobertura definida nesta cláusula observará, exclusivamente, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, as normas a ele referentes, e o regulamento do plano de saúde escolhido pelo beneficiário.

14.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

14.3.1. Para fins de cobertura obrigatória, entende-se como cobertura relacionada a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

14.4. O atendimento aos beneficiários inscritos nesse plano está garantido independentemente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento que os ensejar, respeitadas a área de abrangência assistencial, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada do Ipasgo Saúde, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária (CPT), quando houver.

15. CLÁUSULA 15ª - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

15.1. São excluídos de cobertura os procedimentos e eventos relacionados no respectivo regulamento do plano aderido pelo beneficiário.

16. CLÁUSULA 16ª - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela operadora para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

16.2. O Ipasgo Saúde poderá adotar a cobrança de coparticipação nos planos de saúde ofertados neste CAPÍTULO mediante a utilização dos serviços pelos beneficiários titulares, seus dependentes e grupo familiar, sempre que constar do regulamento do plano escolhido, cabendo ao beneficiário, a responsabilidade pelo pagamento dos valores provenientes desta coparticipação, os quais serão cobrados pelo Ipasgo Saúde e devidamente discriminados na contribuição financeira mensal dos beneficiários.

16.3. As demais regras para coparticipações, o que inclui as porcentagens das coparticipações, bem como sua não incidência, serão aplicáveis nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde e nos termos da legislação em vigor à época do evento, editada pela ANS, e constarão de forma descritiva no **ITEM 2 do ANEXO I**.

16.4. Os históricos de utilização e valores para os devidos cálculos de coparticipação estarão disponíveis aos beneficiários e ao PATROCINADOR nas áreas restritas respectivas, no sítio eletrônico do Ipasgo Saúde.

16.5. Fica prevista a possibilidade de constituição de Junta Médica ou odontológica, com a finalidade de dirimir eventuais divergências de natureza técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde, conforme regulamento do plano novo aderido pelo beneficiário.

17. CLÁUSULA 17ª - DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

17.1. Os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde do Ipasgo Saúde cumprirão os seguintes períodos máximos de carência:

- I - Acidentes pessoais/urgências e emergências: 24 (vinte e quatro) horas;
- II - Consultas e exames simples: 30 (trinta) dias;
- III - Assistência odontológica preventiva: 60 (sessenta) dias;
- IV - Exames de alta complexidade e procedimentos ambulatoriais: 180 (cento e oitenta) dias;
- V - Internações clínicas, cirurgias, obstétricas e psiquiátricas: 180 (cento e oitenta) dias;
- VI - Transplantes cobertos pelo regulamento: 180 (cento e oitenta) dias;
- VII - Demais procedimentos, médicos ou odontológicos, não especificados nesta cláusula: 180 (cento e oitenta) dias; e
- VIII - Partos a termo: 300 (trezentos) dias.

17.2. As demais regras aplicáveis aos prazos de carência dos Planos Novos se darão nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde e nos termos da legislação em vigor à época do evento, editada pela ANS.

18. CLÁUSULA 18ª - DO CUSTEIO DOS PLANOS NOVOS

18.1. O beneficiário titular é responsável pelo pagamento da contribuição financeira mensal (mensalidade, coparticipação e franquia), sendo que a mensalidade referente à inscrição no plano de saúde que escolher para si, seus dependentes e do seu grupo familiar, corresponderá aos valores da tabela de preços vigente no plano de saúde aderido pelos beneficiários, calculada por faixa etária e constante em **ITEM 2 do ANEXO 2**.

19. CLÁUSULA 19ª - DOS REAJUSTES ANUAIS DA MENSALIDADE

19.1. O valor da mensalidade que compõe a contribuição financeira mensal dos beneficiários é fixado por plano, distribuído por faixa etária e poderá ser reajustado nas seguintes hipóteses:

- I - Anualmente, no mês de aniversário deste Convênio, sempre que a reavaliação atuarial recomendar, conforme Resolução própria votada e aprovada pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, com aplicação automática pelo Ipasgo Saúde, não sendo necessário firmar Termo Aditivo, garantindo-se que essa atualização não ocorrerá em periodicidade inferior a 12 (doze) meses; e
- II - Com a alteração de idade do beneficiário que implique mudança de faixa etária.

19.2. O reajuste anual descrito no inciso I será apurado por meio de estudo técnico atuarial e composto cumulativamente pelo índice financeiro e pelo índice técnico (reajuste atuarial), quando for necessário restabelecer o equilíbrio econômico-atuarial do Convênio e constará do Regulamento do Plano de Saúde.

19.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários nos Planos Novos ofertados neste CAPÍTULO, a data de aplicação do reajuste será invariavelmente na data-base da assinatura do Convênio.

19.4. As demais regras aplicáveis aos reajustes se darão nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde e nos termos da legislação em vigor à época do evento, editada pela ANS.

20. **CLÁUSULA 20ª - DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO**

20.1. A inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário nos planos de saúde ofertados neste CAPÍTULO serão voluntárias, conforme a seguir disposto:

I - A inscrição ou exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde será intermediada pela área interna designada pelo PATROCINADOR à qual o titular estiver vinculado;

II - O titular poderá solicitar o cancelamento da inscrição dos beneficiários nos planos de saúde a qualquer tempo, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação;

III - Em caso de cancelamento de inscrição do titular, todos os seus dependentes e grupo familiar terão sua inscrição cancelada;

IV - O PATROCINADOR deverá comunicar ao Ipasgo Saúde qualquer tipo de evento que implique na perda de direito de participação de qualquer beneficiário do plano;

V - Após a efetiva comunicação da exclusão do beneficiário ao Ipasgo Saúde, o PATROCINADOR não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio do plano de saúde, nem por eventuais débitos ocorridos, os quais serão de responsabilidade do titular;

VI - Quando da inscrição no plano, caso a margem consignável não comporte o desconto das contribuições, a unidade interna do PATROCINADOR deverá notificar o titular com quem tenha vínculo para que comunique tal fato à operadora, para adoção de providências de efetivação da cobrança por outro meio idôneo;

VII - Havendo titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados aplicar-se-á o disposto no inciso II deste subitem, no tocante à quitação de eventuais débitos; e

VIII - O reingresso de beneficiários nos planos obedecerá aos procedimentos e exigências documentais descritas nos Regulamentos dos Planos do Ipasgo Saúde.

20.2. As exclusões dos beneficiários dos planos de assistência à saúde de que trata este CAPÍTULO ocorrerão nos moldes e limites constantes dos respectivos regulamentos dos planos de saúde e nos termos da legislação em vigor à época do evento, editada pela ANS.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS PLANOS ANTIGOS E NOVOS

21. **CLÁUSULA 21ª - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO PATROCINADOR**

21.1. O PATROCINADOR é responsável pelo valor per capita de contribuição dos beneficiários inclusos nos planos ofertados pelo Ipasgo Saúde através deste Convênio, no valor de R\$ 1,00 (um real) para o Plano Cerrado, indicado no Termo de Patrocínio (75512248), documento integrante deste Convênio de Adesão.

21.2. A Contribuição Financeira do PATROCINADOR, a título de patrocínio será composta de:

21.2.1. **Contribuição Obrigatória:** Corresponderá ao valor *per capita* de patrocínio estabelecido mediante o Termo de Patrocínio, documento integrante

deste convênio, para os servidores incluídos nos Planos Novos destinados aos beneficiários titulares, abrangendo seus dependentes, conforme critérios de elegibilidade dispostos no regulamento do Plano.

21.3. DO REPASSE DOS VALORES

21.3.1. A contribuição financeira do PATROCINADOR deverá ser repassada, ao Ipasgo Saúde, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da competência a que se refere, com base no valor definido pelo próprio PATROCINADOR, acrescido das importâncias previstas na CLÁUSULA 22ª, bem como dos valores correspondentes à coparticipação e franquia, quando houver, mediante demonstrativo sintético dos beneficiários inscritos no plano de saúde encaminhados pelo Ipasgo Saúde a ser comparada com os relatórios de beneficiários do PATROCINADOR.

21.3.2. O repasse da contribuição financeira referente ao patrocínio poderá ocorrer de duas formas, a depender da conveniência operacional e da melhor gestão administrativa:

I - Crédito direto ao Ipasgo Saúde, em conta corrente por ele indicada; ou

II - Crédito em folha de pagamento do beneficiário titular, correspondente ao valor de sua contribuição e de seus dependentes.

21.3.3. Nos casos em que o repasse for realizado por meio de crédito em folha de pagamento, inciso II, subitem 21.3.2, os valores terão natureza indenizatória, não se incorporando ao vencimento ou ao salário básico do servidor para fins de aposentadoria ou pensão, tampouco compondo a base de cálculo de quaisquer outras vantagens pecuniárias, estando isentos de contribuição previdenciária e de incidência de imposto de renda.

21.3.4. Nos casos em que o repasse for realizado por meio de crédito em folha de pagamento, inciso II, subitem 21.3.2, o PATROCINADOR deverá prestar contas mensalmente ao Ipasgo Saúde, apresentando relatório que comprove o efetivo crédito dos valores, em conformidade com os termos desta cláusula.

22. CLÁUSULA 22ª - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA MENSAL DOS BENEFICIÁRIOS

22.1. O beneficiário titular será expressamente cientificado no ato de sua inscrição no plano de saúde quanto a sua responsabilidade pelo pagamento da contribuição financeira mensal descrita neste Convênio.

22.2. A contribuição financeira mensal, do titular e seu grupo familiar, tratada nesta cláusula, deverá ser paga, preferencialmente, por desconto em folha de pagamento do titular, realizada diretamente pelo Ipasgo Saúde, na condição de consignatária se assim o desejar, observado o disposto na Lei Ordinária do Estado de Goiás sob nº 16.898/10, e alterações, ou normas que os sucederem.

22.3. Na impossibilidade de pagamento através de desconto em folha de pagamento, por ausência de margem consignável ou outro motivo que o impeça, a contribuição financeira mensal de responsabilidade do titular será cobrada mediante débito em conta corrente ou boleto bancário, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, disponibilizado pelo Ipasgo Saúde.

22.4. Havendo implemento na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, incidirá sobre a sua contribuição financeira mensal anterior o percentual de reajuste por faixa etária previsto no plano de saúde ao qual se inscreveu, cuja cobrança será exigida no mês subsequente ao do aniversário, não se confundindo com o reajuste anual.

22.5. O Ipasgo Saúde deverá notificar o beneficiário acerca da(s) mensalidade(s) em atraso, por meio de todas as formas legais e vigentes de comunicação, tais como, e-mail, carta registrada, SMS, WhatsApp e outros meios oficiais, para que regularize o débito, cientificando-o da possibilidade de cancelamento, nos prazos previstos no regulamento do plano de saúde.

22.6. Sendo efetivado o cancelamento de plano de saúde em razão de inadimplência, o Ipasgo Saúde deverá comunicar o fato imediatamente ao PATROCINADOR que estiver vinculado o beneficiário, seus dependentes e grupo familiar, para adoção das providências administrativas necessárias à suspensão da contribuição patronal.

22.7. As demais regras referentes à formação de preço e mensalidade constarão no regulamento do respectivo plano.

23. CLÁUSULA 23ª - DA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

23.1. É assegurado o direito de manter a condição de Beneficiário Titular, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando inscrito no PLANO, nas seguintes situações:

- I - No caso de sua aposentadoria, exoneração ou demissão sem justa causa; e
- II - Quando do término do seu mandato eletivo.

23.2. Para o exercício do direito descrito no caput, o Beneficiário Titular deverá fazer opção pela manutenção no PLANO, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da respectiva situação descrita acima.

23.3. A manutenção da condição de Beneficiário Titular prevista nesta cláusula poderá, a seu critério, ser exercida individualmente ou estendida também a seus Dependentes inscritos quando do seu vínculo com o PATROCINADOR.

23.4. O Beneficiário Titular poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário, observados os limites de elegibilidade previstos no respectivo Regulamento do Plano.

23.5. Na hipótese do Beneficiário Titular que se aposentar e continuar trabalhando no PATROCINADOR, quando vier a se desligar/exonerar desse, é garantido o direito de manter-se como Beneficiário na condição de aposentado.

23.6. As garantias previstas neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados/servidores em decorrência de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

23.7. Em caso de óbito do Beneficiário Titular, o Beneficiário Dependente poderá se manter no PLANO, desde que:

- I - Formalize expressamente junto ao Ipasgo Saúde a opção de permanência em até 90 (noventa) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO;
- II - Informe a relação dos Beneficiários que permanecerão inscritos, observados os limites de elegibilidade do PLANO; e
- III - Assuma integralmente o pagamento das mensalidades e/ou coparticipações dos Beneficiários inscritos no PLANO.

23.8. As demais regras aplicáveis à manutenção da condição de beneficiários no plano se darão nas diretrizes e nos limites impostos nos respectivos regulamentos dos planos.

24. CLÁUSULA 24ª - DO PROGRAMA DE APOIO SOCIAL

24.1. O Programa de Apoio Social - PAS será empregado neste Convênio de Adesão como um programa de benefício ao servidor, e somente poderá ser aplicado aos beneficiários vinculados ao PATROCINADOR na forma descrita na [Instrução Normativa nº 144-2017/PR - Ipasgo Saúde](#), ou outra que vier a substituí-la.

24.2. O PATROCINADOR deverá manter o repasse de valores ao Ipasgo Saúde referente aos beneficiários inscritos no Programa de Apoio Social (PAS) vinculados ao PATROCINADOR, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da competência a que se refere.

24.3. A inadimplência no repasse dos valores referentes aos beneficiários inscritos no PAS, por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, e após notificação formal do Ipasgo Saúde, provocará a suspensão/bloqueio dos benefícios do programa a todos os beneficiários vinculados ao PATROCINADOR, até a quitação do débito, sendo garantido o direito de defesa do PATROCINADOR no prazo de até 15 (quinze) dias após o recebimento da notificação.

24.4. Na hipótese de o PATROCINADOR se manter inadimplente nos termos desta cláusula, resultando na suspensão dos benefícios para os servidores, esta será responsável por perdas e danos, incluindo custas processuais e honorários advocatícios.

25. CLÁUSULA 25ª - DA RETIRADA DO PATROCINADOR

25.1. A saída do PATROCINADOR da cobertura do presente Convênio de Adesão poderá se dar:

- I - Por requerimento do PATROCINADOR, com comunicação de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência;
- II - Por extinção da autarquia ou fundação, inclusive por fusão ou incorporação a outro órgão PATROCINADOR ou não do Ipasgo Saúde;
- III - Por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste Convênio e eventuais Termos Aditivos dele decorrentes; e
- IV - Por iniciativa do Ipasgo Saúde, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência.

25.2. Em caso de fusão ou incorporação do órgão do PATROCINADOR a outro que também seja órgão PATROCINADOR do Ipasgo Saúde, a cobertura aos beneficiários inscritos não sofrerá solução de continuidade, desde que o sucessor legalmente constituído expresse, formalmente, garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas ou nos casos em que o instrumento legal preveja a sucessão de convênios e contratos.

26. CLÁUSULA 26ª - DA SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO

26.1. A cobertura assistencial aos beneficiários será suspensa nas situações descritas a seguir:

- I - Em caso de atraso no pagamento da contribuição financeira mensal. pelo beneficiário, conforme critérios estabelecidos nos Regulamentos dos Planos de Saúde; e/ou
- II - Atraso por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, no repasse da contribuição do patrocínio devida pelo PATROCINADOR estabelecida na CLÁUSULA 20ª, deste Convênio.

26.2. Sendo mantida a situação de inadimplência por parte do beneficiário, sua inscrição poderá ser cancelada, conforme previsto neste Convênio e na legislação vigente.

26.3. Se o PATROCINADOR atrasar o pagamento dos valores do patrocínio definidos neste Convênio por período superior a 60 (sessenta) dias, a operadora irá notificá-lo para que regularize o pagamento, sob pena de suspensão do atendimento.

27. CLÁUSULA 27ª - DAS OBRIGAÇÕES DO IPASGO SAÚDE

27.1. São obrigações do Ipasgo Saúde:

I - Viabilizar aos beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviço, os programas de assistência ambulatorial, hospitalar e odontologia, em nível estadual, a depender do plano contratado pelo beneficiário, por intermédio da rede de serviços contratada, credenciada ou referenciada;

II - Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência, nos termos da legislação vigente e do produto contratado pelo beneficiário;

III - Operacionalizar, na folha de pagamento dos beneficiários, as consignações referentes às contribuições financeiras mensais (mensalidade, coparticipação e franquia) de acordo com os serviços contratados;

IV - Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

V - Anualmente, enviar ao patrocinador quadro simplificado do balanço dos resultados do presente convênio de adesão;

VI - Fornecer o cartão de identificação aos beneficiários, físico e/ou digital;

VII - Disponibilizar em sítio eletrônico próprio, a relação de prestadores de serviço atualizada da área de abrangência geográfica do plano de saúde para acesso pelos beneficiários;

VIII - Enviar mensalmente aos órgãos do patrocinador a lista de beneficiários inscritos;

IX - Designar setor responsável pelo relacionamento com os órgãos do patrocinador;

X - Efetuar a exclusão dos beneficiários após recebimento da solicitação de exclusão apresentada pelo órgão ou entidade do patrocinador, na forma e prazo disposto na legislação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor;

XI - Em caso de desligamento, o Ipasgo Saúde deverá fornecer ao titular, no prazo de 10 (dez) dias úteis, comprovante da efetiva exclusão do plano de saúde constando o detalhamento das cobranças de serviços efetuados pela operadora, bem como informação sobre a possível existência de cobranças futuras de serviços utilizados e que eventualmente ainda não tenham sido comunicados pelo prestador de serviços ao Ipasgo Saúde;

XII - Dispor em seu sítio eletrônico, na área restrita ao beneficiário, todas as informações relativas ao plano contratado, valores de mensalidade, contribuição patronal e coparticipação, quando houver,

além de relatório mensal de utilização dos serviços, discriminando, inclusive, o valor despendido pela operadora separado da eventual coparticipação, para acompanhamento do beneficiário;

XIII - Realizar o tratamento dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis dos beneficiários em estrita observância aos princípios e demais disposições da Lei Federal sob nº 13.709/18, e regramentos expedidos pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD;

XIV - Instituir medidas para que os profissionais de seu quadro funcional que tenham acesso aos dados pessoais e pessoais sensíveis dos beneficiários vinculados a este convênio sejam sistematicamente atualizados nos temas de proteção e privacidade de dados pessoais;

XV - Disponibilizar em sua página eletrônica acesso à área de patrocinador, com perfil de consulta, para o devido acompanhamento deste convênio;

XVI - Disponibilizar acesso em sua página eletrônica ao patrocinador, para a devida operacionalização do convênio;

XVII - Nos casos de portabilidade de carências, fornecer aos beneficiários as informações referentes ao plano de origem, tais como data de vinculação ao plano, número de registro da operadora e do plano respectivo; e

XVIII - Havendo recusa de solicitação de portabilidade de carências, o Ipasgo Saúde deverá apresentar ao solicitante a devida justificativa no prazo máximo de 10 (dez) dias, observadas as normas editadas pela ANS em vigor.

28. CLÁUSULA 28ª - DAS OBRIGAÇÕES DO PATROCINADOR

28.1. São obrigações do PATROCINADOR:

I - Repassar ao Ipasgo Saúde os valores das contribuições financeiras e coparticipações previstas neste Convênio, conforme o caso;

II - Designar um servidor do órgão para ser o responsável para interlocução junto ao Ipasgo Saúde;

III - Levar ao conhecimento dos servidores do órgão, de maneira clara e precisa, os procedimentos para a sua inscrição, de seus dependentes e grupo familiar, bem como informá-los sobre o funcionamento do Ipasgo Saúde e do acesso à rede de prestadores da operadora;

IV - Manter a regularidade de suas contribuições até a exclusão do beneficiário do plano;

V - Providenciar autorização expressa dos titulares para consignar em folha de pagamento ou débito em conta corrente os valores decorrentes das contribuições e coparticipações;

VI - Informar ao titular, de maneira clara e precisa, o procedimento para inscrição de beneficiários nos planos de saúde ofertados por meio deste Convênio;

VII - Fornecer ao Ipasgo Saúde até o dia 20 de cada mês, lista nominal de todos os titulares, seus dependentes e grupo familiar excluídos da cobertura financeira do PATROCINADOR por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao

plano de saúde, devidamente acompanhada da comprovação de que o titular foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do plano ao qual estiver vinculado:

- a) A exclusão de beneficiários ocorrerá no dia 1º do mês subsequente à comunicação do PATROCINADOR ao Ipasgo Saúde;
- b) O PATROCINADOR deverá manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de beneficiários do Convênio;
- c) Deverá ser informado pelo PATROCINADOR o motivo da perda do vínculo funcional ou empregatício do titular e se o beneficiário optou ou não pela sua manutenção no plano de saúde, nos limites das normas da ANS em vigor.

VIII - Enviar ao Ipasgo Saúde, mensalmente, meio que permita identificar os titulares, seus dependentes e grupo familiar inscritos, bem como possibilitar o comando dos descontos de contribuição e/ou coparticipação nas despesas, quando estas operações forem realizadas pelo Ipasgo Saúde; e

IX - Encaminhar ao Ipasgo Saúde, impreterivelmente em até 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento, a solicitação de exclusão de beneficiários:

- a) Não observado pelo PATROCINADOR o prazo disposto neste inciso, o beneficiário poderá solicitar sua exclusão e/ou de seus dependentes ou grupo familiar diretamente ao Ipasgo Saúde, o qual deverá comunicar a exclusão ao próprio beneficiário e ao PATROCINADOR a que estiver vinculado o solicitante.

X - Manter este Convênio, informações e documentos necessários ao seu funcionamento, disponíveis em sua intranet, facilmente acessíveis aos servidores; e

XI - Notificar seus servidores sobre eventual rescisão deste Convênio de Adesão.

29. CLÁUSULA 29ª - COMPLIANCE E ANTICORRUPÇÃO

29.1. Pelo presente instrumento, as partes declaram conhecer as normas legais vigentes que versam sobre a prevenção e combate a anticorrupção, em especial, a Lei nº 12.846/2012 (Lei Anticorrupção Brasileira) e Lei nº 9.613/1998 (Lavagem de Dinheiro) e se comprometem a atendê-las de maneira integral, bem como exigir que também sejam cumpridas por seus empregados e terceiros contratados.

29.2. O Ipasgo Saúde declara que não está envolvido com qualquer alegação de crime de lavagem de dinheiro, fraude, suborno, financiamento a atos ilícitos ou contra a administração pública.

29.3. A comprovada violação de quaisquer das declarações e garantias estipuladas nesta cláusula, implicará na possibilidade de rescisão unilateral deste convênio.

30. CLÁUSULA 30ª - DA PROTEÇÃO DE DADOS

30.1. As partes se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, de

acordo com as legislações aplicáveis e regulamentações dos órgãos reguladores e fiscalizadores e nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

30.2. O tratamento de dados pessoais dar-se-á de acordo com as instruções do Ipasgo Saúde e bases legais previstas nas hipóteses dos artigos 7º, 11 e/ou 14 da Lei 13.709/2018 às quais se submeterão os serviços, e para propósitos legítimos, específicos e explícitos.

30.3. As partes garantem por si próprio ou por quaisquer de seus empregados, sócios, diretores, representantes ou terceiros contratados, o dever de proteção, confidencialidade, sigilo de toda informação, dados pessoais e base de dados a que tiver acesso, nos termos da LGPD, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no instrumento contratual.

30.4. O PATROCINADOR, ao realizar a subcontratação, obriga-se a informar o Ipasgo Saúde quem são os subcontratados, bem como garantir que eles se comprometam com as obrigações assumidas no presente convênio.

30.5. O PATROCINADOR não poderá se utilizar de informação, dados pessoais ou base de dados a que tenha acesso, por tempo superior ao pactuado ou para fins distintos da execução dos serviços especificados neste termo de convênio. Ao fim do convênio, os dados deverão ser eliminados, excetuando-se apenas os casos previstos no art. 16, inciso I, da LGPD.

30.6. O PATROCINADOR obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas aptas a promover a segurança, a proteção, à confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados que tenha acesso, a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais e ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento inadequado ou ilícito.

30.7. O PATROCINADOR obriga-se a comunicar ao Ipasgo Saúde a ocorrência de qualquer violação de segurança em até 24 (vinte e quatro) horas após a descoberta do incidente.

30.8. O PATROCINADOR será responsável pelo pagamento de multas, ressarcimentos ou penalidades impostas ao Ipasgo Saúde diretamente resultantes do descumprimento pelo conveniado de qualquer cláusula prevista no presente instrumento ou medidas de segurança previstas no art. 46 da LGPD.

31. CLÁUSULA 31ª - DO SIGILO, DA CONFIDENCIALIDADE E PROPRIEDADE INTELECTUAL

31.1. As partes se comprometem, em razão da execução do convênio, manter o sigilo e a estrita confidencialidade, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa sobre toda e qualquer informação fornecida pelo Ipasgo Saúde.

31.2. O PATROCINADOR compromete-se em cientificar seus diretores, empregados, prestadores de serviço e prepostos sobre a natureza confidencial das informações do Ipasgo Saúde, bem como sobre a impossibilidade de utilizar as referidas informações para finalidade diversa ou repassá-las a terceiros.

31.3. O PATROCINADOR compromete-se a utilizar as informações reveladas exclusivamente para os propósitos da execução do convênio e não efetuar qualquer cópia das informações sem o consentimento prévio e expresso do Ipasgo Saúde, excetuando-se apenas as cópias, reproduções ou duplicações para uso interno.

31.4. O convênio firmado não implicará na concessão de alguma licença ou qualquer outro direito, explícito ou implícito, em relação à patente, à edição ou relativo à propriedade intelectual.

31.5. Todas as informações reveladas pelo Ipasgo Saúde permanecem como sendo de sua propriedade exclusiva, devendo a esta retornar imediatamente assim que por ela requerido, bem com todas e quaisquer cópias eventualmente existentes.

31.6. O presente convênio tem natureza irrevogável e irretroatável, de forma que o sigilo e confidencialidade das informações críticas descritas no presente documento possuem prazo indeterminado de sigilo.

31.7. A quebra de confidencialidade, quando devidamente comprovada, possibilitará a imediata aplicação de penalidades previstas, conforme disposições contratuais e legislações que versam sobre o assunto. Nesse caso, o PATROCINADOR poderá arcar com o pagamento ou recomposição de todas as perdas e danos sofridos pelo Ipasgo Saúde, inclusive as de ordem moral, bem como as de responsabilidade civil e criminal.

31.8. Nas obrigações estipuladas nesta cláusula, não serão aplicadas as informações que:

I - Por ocasião de sua revelação sejam comprovadamente de domínio público ou venham a se tornar de conhecimento público, através dos meios de comunicação, sem a participação do Ipasgo Saúde;

II - Ao tempo de sua revelação, já sejam, comprovadamente, de conhecimento do PATROCINADOR;

III - Sejam obtidas legalmente de terceiros e sobre as quais não exista a obrigatoriedade de manter sigilo.

31.9. O PATROCINADOR poderá revelar as informações sem o consentimento do Ipasgo Saúde, quando forem solicitadas por força de mandado judicial, válida, somente até a extensão de tais ordens, contanto que notifique o Ipasgo Saúde previamente e por escrito, dando a este, na medida do possível, tempo hábil para pleitear medidas de proteção que julgar cabível.

32. **CLÁUSULA 32ª - DAS DEMAIS REGRAS APLICÁVEIS AOS PLANOS**

32.1. Os planos oferecidos pelo Ipasgo Saúde observarão a legislação vigente, as normas da ANS, o regulamento e as cláusulas deste Convênio.

32.2. A operacionalização deste Convênio deverá observar as práticas e estruturas de governança com base nos seguintes princípios:

I - **Transparência:** divulgação completa e objetiva, descrita em linguagem cidadã, de informações relevantes aos beneficiários, ao PATROCINADOR e à sociedade, independentemente daquelas já exigidas pela legislação;

II - **Equidade:** tratamento justo e isonômico aos beneficiários, ao PATROCINADOR, e demais partes interessadas, levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas;

III - **Prestação de contas:** tomada de responsabilidade dos administradores e das demais pessoas envolvidas nos diversos níveis da operadora diante de suas decisões, de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papéis; e

IV - **Responsabilidade corporativa:** ação da operadora condizente com seu papel na sociedade, incluindo a manutenção da

sua viabilidade econômico-financeira no curto, médio e longo prazo.

32.3. As práticas e estruturas de governança devem constar de forma clara e objetiva nos canais de acesso utilizados pelos beneficiários vinculados a quaisquer dos planos oferecidos neste Convênio.

32.4. Ficarão disponibilizadas aos beneficiários, as informações atualizadas a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica no sítio do Ipasgo Saúde.

32.5. As informações referentes aos procedimentos para autorização prévia, realização de junta médica, aplicação de mecanismos de regulação e quaisquer outras necessárias à operacionalização deste Convênio estarão facilmente acessíveis aos beneficiários.

32.6. Em caso de divergência entre o regulamento do produto e os termos estabelecidos neste Convênio, prevalecerão os termos dispostos no presente instrumento.

32.7. No caso de descontinuidade de algum dos planos oferecidos aos beneficiários por este Convênio, o Ipasgo Saúde divulgará a informação em sua página eletrônica bem como encaminhará comunicado ao PATROCINADOR para que divulgue amplamente em sua intranet, esclarecendo que os vínculos não serão cancelados, porém, não serão inscritos novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos dos beneficiários inscritos na data da suspensão, nos termos da legislação vigente.

33. CLÁUSULA 33ª - DA RESCISÃO

33.1. O presente Convênio poderá ser rescindido nas seguintes hipóteses:

I - Imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação formal e por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;

II - Por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste convênio e termos aditivos dele decorrente;

III - Por superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecutável;

IV - Por constatação de falsidade ou incorreção de informação, não sanável, em qualquer documento apresentado; e

V - Por atraso, pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, do repasse ou do inadimplemento dos valores per capita devidos pelo patrocinador, conforme as obrigações estabelecidas neste convênio.

33.2. Oferecida a denúncia do presente Convênio, a prestação dos serviços aos beneficiários vinculados ao PATROCINADOR será mantida pelo período de 60 (sessenta) dias contados do recebimento da denúncia.

33.3. Os valores das contribuições financeiras e coparticipações previstas neste Convênio, deverão ser creditadas pelo PATROCINADOR ao Ipasgo Saúde, pelo período de 60 (sessenta) dias após a denúncia do Convênio.

33.4. Sendo rescindido o Convênio, todos os beneficiários vinculados ao PATROCINADOR serão excluídos da cobertura dos planos de saúde.

34. CLÁUSULA 34ª - DA VIGÊNCIA

34.1. O presente Convênio entrará em vigor na data de sua última assinatura eletrônica, com vigência de 60 (sessenta) meses, prorrogáveis por igual período, mediante Termo Aditivo.

35. CLÁUSULA 35ª - DA CIÊNCIA DO CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA

35.1. O PATROCINADOR declara ter ciência do Código de Ética e Conduta do Ipasgo Saúde, disponível no sítio eletrônico do Ipasgo Saúde.

36. CLÁUSULA 36ª - DOS ANEXOS

36.1. São integrantes deste Convênio os seguintes anexos:

- I - Características dos planos de saúde;
- II - Tabela de valores dos planos de saúde;
- III - Regulamentos dos planos de saúde; e
- IV - Plano de Trabalho.

36.2. O plano de trabalho deve ser assinado juntamente com este Instrumento Jurídico.

37. CLÁUSULA 37ª - DA PUBLICAÇÃO

37.1. A publicidade a este Convênio de Adesão ficará a cargo do Ipasgo Saúde em seu sítio eletrônico; e do PATROCINADOR em local físico ou eletrônico de sua preferência.

38. CLÁUSULA 38ª - DO FORO

38.1. Fica eleito o foro da cidade de Goiânia/GO, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente Convênio, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

38.2. E por estarem assim conformes, celebra-se o presente instrumento, depois de lido e achado conforme, assinado digitalmente pelos representantes legais de cada uma das partes e por 02 (duas) testemunhas.

PATROCINADOR:

(documento assinado eletronicamente)

ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS

PATROCINADO:

(documento assinado eletronicamente)

BRUNO MAGALHÃES D'ABADIA
PRESIDENTE DO IPASGO SAÚDE

TESTEMUNHAS:

1. Rafael Luz de Lima CPF: XXX.824.191 - XX
2. Rubens Thiago Medeiros de Sousa CPF: XXX.173.201 - XX

Goiânia, data da assinatura eletrônica.



Documento assinado eletronicamente por **ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO, Usuário Externo**, em 22/08/2025, às 09:17, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL LUZ DE LIMA, Diretor (a)**, em 22/08/2025, às 18:37, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RUBENS THIAGO MEDEIROS DE SOUSA, Testemunha**, em 25/08/2025, às 08:46, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **BRUNO MAGALHAES DABADIA, Presidente**, em 27/08/2025, às 14:03, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **78394212** e o código CRC **2A95B45C**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS E PATROCINADORES
AVENIDA PRIMEIRA RADIAL 586, BLOCO 3, 4º ANDAR - Bairro SETOR PEDRO
LUDOVICO - GOIANIA - GO - CEP 74820-300 - (62)3238-2593.



Referência: Processo nº 202521477008282



SEI 78394212

ANEXO Nº I/2025/IPASGOSAÚDE/CCOPA-21588

ANEXO I - CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

1. PLANOS ANTIGOS

a) Plano Ipasgo Saúde Básico

Código ANS	Nome Comercial	Formação de Preço	Segmentação Assistencial	Acomodação	Fator Moderador	Abrangência Geográfica	Área de Atuação
01	Ipasgo Saúde Básico	Preestabelecido	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico	Enfermaria	Sim	Grupo de Estados	Estado de Goiás; Distrito Federal

COPARTICIPAÇÃO	Incidência	Percentual	Base de Cálculo	Pagamento	Limite por Procedimento
Consultas e Exames Complementares	Sim	30%	Tabela Ipasgo Saúde	Débito em conta; Boleto Bancário	Sem limite
Serviços ou Procedimentos em Ambulatório	Sim	30%	Tabela Ipasgo Saúde	Débito em conta; Boleto Bancário	Sem limite
Regime de Internação	Não	-	-	-	-

REAJUSTE	Periodicidade	Método de Aplicação	Não Constitui
Tabela Atuarial	Anualmente/Data-base mês de janeiro	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Mudança de Faixa Etária
Percentual de Salário	Anualmente/Data-base mês de janeiro	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Varição de Remuneração

b) Plano Ipasgo Saúde Especial

Código ANS	Nome Comercial	Formação de Preço	Segmentação Assistencial	Acomodação	Fator Moderador	Abrangência Geográfica	Área de Atuação
02	Ipasgo Saúde Especial	Preestabelecido	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico	Apartamento	Sim	Grupo de Estados	Estado de Goiás; Distrito Federal

COPARTICIPAÇÃO	Incidência	Percentual	Base de Cálculo	Pagamento	Limite por Procedimento
----------------	------------	------------	-----------------	-----------	-------------------------

Consultas e Exames Complementares	Sim	30%	Tabela Ipasgo Saúde	Débito em conta; Boleto Bancário	Sem limite
Serviços ou Procedimentos em Ambulatório	Sim	30%	Tabela Ipasgo Saúde	Débito em conta; Boleto Bancário	Sem limite
Regime de Internação	Não	-	-	-	-

REAJUSTE	Periodicidade	Método de Aplicação	Não Constitui
Tabela Atuarial	Anualmente/Data-base mês de janeiro	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Mudança de Faixa Etária
Percentual de Salário	Anualmente/Data-base mês de janeiro	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Variação de Remuneração

2. PLANOS NOVOS

a) Plano Ipasgo Saúde Cerrado

Código ANS	Nome Comercial	Formação de Preço	Segmentação Assistencial	Acomodação	Fator Moderador	Abrangência Geográfica	Área de Atuação
500641244	Ipasgo Saúde Cerrado	Preestabelecido	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico	Enfermaria	Sim	Grupo de Estados	Estado de Goiás; Distrito Federal

COPARTICIPAÇÃO	Incidência	Percentual	Base de Cálculo	Limite por Procedimento
Eventos Ambulatoriais	Sim	30%	Tabela de Remuneração aos Prestadores	R\$ 150,00
Eventos Odontológicos	Sim	30%	Tabela de Remuneração aos Prestadores	R\$ 150,00
Internação por Transtorno Psiquiátrico	Sim	50% (após 30 dias de internação)	Tabela de Remuneração aos Prestadores	Sem limite
Regime de Internação	Não	-	-	-
Quimioterapia e Radioterapia	Não	-	-	-
Diálise e Hemodiálise	Não	-	-	-

REAJUSTE	Periodicidade	Método de Aplicação	Não Constitui
Contribuições Mensais	Anualmente na data-base de aniversário do Convênio	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Mudança de Faixa Etária
Coparticipações	Anualmente na data-base de aniversário do Convênio	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Mudança de Faixa Etária

b) Plano Ipasgo Saúde Família

Código ANS	Nome Comercial	Formação de Preço	Segmentação Assistencial	Acomodação	Fator Moderador	Abrangência Geográfica	Área de Atuação
500642242	Ipasgo Saúde Família	Preestabelecido	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico	Enfermaria	Sim	Grupo de Estados	Estado de Goiás; Distrito Federal

COPARTICIPAÇÃO	Incidência	Percentual	Base de Cálculo	Limite por Procedimento
Eventos Ambulatoriais	Sim	30%	Tabela de Remuneração aos Prestadores	R\$ 150,00
Eventos Odontológicos	Sim	30%	Tabela de Remuneração aos Prestadores	R\$ 150,00
Internação por Transtorno Psiquiátrico	Sim	50% (após 30 dias de internação)	Tabela de Remuneração aos Prestadores	Sem limite
Regime de Internação	Não	-	-	-
Quimioterapia e Radioterapia	Não	-	-	-
Diálise e Hemodiálise	Não	-	-	-

REAJUSTE	Periodicidade	Método de Aplicação	Não Constitui
Contribuição Mensais	Anualmente na data-base de aniversário do Convênio	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Mudança de Faixa Etária
Coparticipações	Anualmente na data-base de aniversário do Convênio	IPCA/Serviços de Saúde, ou; Estudo Atuarial	Mudança de Faixa Etária

Goiânia, data da assinatura eletrônica.



Documento assinado eletronicamente por **ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO, Usuário Externo**, em 22/08/2025, às 09:18, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **78398838** e o código CRC **63705C67**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIO E PATROCINADORES
AVENIDA PRIMEIRA RADIAL 586, BLOCO 3, 4º ANDAR - Bairro SETOR PEDRO LUDOVICO - GOIANIA - GO - CEP 74820-300 - (62)3238-2593.



Referência: Processo nº 202521477008282



SEI 78398838



ESTADO DE GOIÁS
SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS
COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS E PATROCINADORES

ANEXO Nº II/2025/IPASGOSAÚDE/CCOPA-21588

ANEXO II - TABELAS DE VALORES

1. PLANOS ANTIGOS (PASSÍVEL DE REAJUSTE; VALORES ATUALIZADOS NO SÍTIO ELETRÔNICO DO IPASGO SAÚDE).

a) Plano Ipasgo Saúde Básico; e Plano Ipasgo Saúde Especial

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR PESSOA E FAIXA ETÁRIA		
Vigente a partir de 01/01/2025		
Faixa Etária	Básico	Especial
00 a 18 anos	R\$ 158,17	R\$ 181,06
19 a 23 anos	R\$ 199,84	R\$ 232,50
24 a 28 anos	R\$ 219,09	R\$ 258,66
29 a 33 anos	R\$ 238,14	R\$ 314,88
34 a 38 anos	R\$ 261,21	R\$ 344,95
39 a 43 anos	R\$ 286,61	R\$ 378,10
44 a 48 anos	R\$ 372,74	R\$ 486,85
49 a 53 anos	R\$ 427,19	R\$ 552,66
54 a 58 anos	R\$ 531,43	R\$ 611,54
59 ou mais	R\$ 691,10	R\$ 1.038,53
TABELA DE ALÍQUOTAS E LIMITES DE CONTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES		
Alíquota	Limite	
	Mínimo	Máximo
Plano Básico (12,81%)	R\$ 129,33	R\$ 785,46
Plano Especial (18,48%)	R\$ 200,92	R\$ 1.168,60

2. **PLANOS NOVOS (PASSÍVEL DE REAJUSTE; VALORES ATUALIZADOS NO SÍTI O ELETRÔNICO DO IPASGO SAÚDE).**

a) **Plano Ipasgo Saúde Cerrado**

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR PESSOA E FAIXA ETÁRIA	
PLANO CERRADO	
Faixa Etária	Básico (R\$)
00 a 18 anos	178,33
19 a 23 anos	214,00
24 a 28 anos	263,93
29 a 33 anos	321,00
34 a 38 anos	386,98
39 a 43 anos	463,66
44 a 48 anos	561,74
49 a 53 anos	677,66
54 a 58 anos	829,24
59 ou mais	1.025,40

b) **Plano Ipasgo Saúde Família**

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO POR PESSOA E FAIXA ETÁRIA	
PLANO FAMÍLIA	
Faixa Etária	Valor (R\$)
00 a 18 anos	201,62
19 a 23 anos	241,95
24 a 28 anos	298,40
29 a 33 anos	362,92
34 a 38 anos	437,53
39 a 43 anos	524,22
44 a 48 anos	635,12
49 a 53 anos	766,17
54 a 58 anos	937,55
59 ou mais	1.159,34

Goiânia, data da assinatura eletrônica.



Documento assinado eletronicamente por **ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO, Usuário Externo**, em 22/08/2025, às 09:19, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **78398933** e o código CRC **E164B8B2**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS E PATROCINADORES
AVENIDA PRIMEIRA RADIAL 586, BLOCO 3, 4º ANDAR - Bairro SETOR PEDRO
LUDOVICO - GOIANIA - GO - CEP 74820-300 - (62)3238-2593.



Referência: Processo nº 202521477008282



SEI 78398933



Regulamento Plano **Ipasgo Saúde Básico**

Registro ANS nº 01

Vigência: 15/10/2024

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	02
CAPÍTULO II - CARACTERÍSTICAS GERAIS	05
CAPÍTULO III - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	06
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO	07
Seção I - Da Qualificação do Beneficiário	07
Seção II - Do Beneficiário Licenciado ou Afastado	09
Seção III - Dos Aposentados e Pensionistas da Emenda Constitucional 16/97	09
Seção IV - Da Manutenção e Movimentação de Beneficiários	10
CAPÍTULO V - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	11
CAPÍTULO VI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	12
Seção I - Das Coberturas Ambulatoriais	12
Seção II - Das Coberturas Hospitalares	14
Seção III - Das Coberturas Odontológicas	16
CAPÍTULO VII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	17
CAPÍTULO VIII - PERÍODOS DE CARÊNCIA	19
CAPÍTULO IX - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	20
CAPÍTULO X - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
Seção I - Da Remoção	21
Seção II - Do Reembolso	22
CAPÍTULO XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	23
Seção I - Do Cartão de Identificação	23
Seção II - Das Condições de Atendimento	24
Seção III - Da Autorização	25
Seção IV - Do Padrão de Acomodação	26
Seção V - Da Coparticipação	26
CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	27
Seção I - Dos Critérios para Contribuição	27
Seção II - Das Consequências da Inadimplência	29
CAPÍTULO XIII - DOS CONVÊNIOS POR ADESÃO	30
CAPÍTULO XIV - REAJUSTE	31
CAPÍTULO XV - DAS FAIXAS ETÁRIAS	31
CAPÍTULO XVI - PROGRAMAS ESPECIAIS	32
CAPÍTULO XVII - DURAÇÃO	32
CAPÍTULO XVIII - DISPOSIÇÕES FINAIS	32

REGULAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - PLANO IPASGO SAÚDE BÁSICO – ANTERIOR AO REGISTRO À ANS.

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

Art. 1º. Para fins de direitos e deveres previstos neste regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. ACIDENTE PESSOAL: evento externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;

II. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e atuação em todo o território nacional, com a finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados;

III. AMBULATÓRIO: espaço estruturado em unidades de atendimento e/ou hospitais, onde se realizam primeiros socorros, pequenas cirurgias e/ou procedimentos que não exijam estrutura mais complexa;

IV. ASSISTÊNCIA: serviços previstos neste regulamento e especificados no rol de cobertura constante de Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, compreendendo procedimentos de diagnóstico e terapia (fonoaudiológica, psicológica, fisioterapêutica), atendimento nutricional e odontológico;

V. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento que se limita aos serviços assistenciais que podem ser executados em consultórios e/ou ambulatórios;

VI. ATENDIMENTO HOSPITALAR: atendimento realizado em hospitais e prontos-socorros, excluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico e terapia;

VII. ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: atendimento prestado à gestante e à parturiente, em decorrência da gravidez, parto, aborto, suas intercorrências e consequências;

VIII. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: pessoa física cujo vínculo contratual/convenial com a operadora de planos de saúde depende da existência de relação de dependência a um beneficiário titular, nos termos deste Regulamento;

IX. BENEFICIÁRIO TITULAR: pessoa física cujo contrato/convênio o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora;

X. CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística, fundado na análise de informa-

ções sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, realizado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico e financeiro da assistência oferecida e definição das mensalidades que serão cobradas dos beneficiários a título de contraprestação pecuniária;

XI. CARÊNCIA: prazo ininterrupto contado a partir da data de efetivação da adesão do beneficiário, durante o qual não se tem acesso às coberturas contratadas;

XII. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: documento emitido pelo Ipasgo Saúde e que contém o nome do beneficiário, código de inscrição no sistema e padrão de conforto nas internações;

XIII. COBERTURA: garantia, nos limites deste regulamento e normas integrantes, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos beneficiários;

XIV. COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços com cobertura assistencial médico ambulatorial, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XV. COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVI. COBERTURA ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVII. CONSULTA MÉDICA: ato realizado por médico, compreendendo a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento;

XVIII. CONTRIBUIÇÃO: contraprestação pecuniária (mensalidade) devida pelo beneficiário para acesso aos serviços assistenciais do plano;

XIX. COPARTICIPAÇÃO: mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

XX. DEPENDENTE DENTRO DO GRUPO FAMILIAR: aquele cujo pagamento de mensalidade ocorre em nome do titular do plano, com base em percentual de desconto sobre a remuneração do servidor;

XXI. DEPENDENTE FORA DO GRUPO FAMILIAR: aquele cujo pagamento de mensa-

idade individual é indicado em tabela atuarial (conforme faixa etária e ao padrão de acomodação), descontado na conta do titular do plano;

XXII. DOENÇA: perturbação ou falta de saúde, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que levam o indivíduo à necessidade de tratamento médico ou hospitalar;

XXIII. DOENÇA CONGÊNITA: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente por ocasião do nascimento, podendo-se manifestar posteriormente;

XXIV. DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: aquela que o beneficiário saiba ser portador ou sobre a qual o seu responsável tenha conhecimento, à época da adesão ao sistema Ipasgo Saúde;

XXV. ELETIVO: termo usado para designar atendimento ou procedimento médico não considerado de urgência ou emergência;

XXVI. EMERGÊNCIA: situação que apresenta risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

XXVII. EXAME: procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita a investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;

XXVIII. EXCLUSÕES: procedimentos ou atos que não estão garantidos pelo Ipasgo Saúde;

XXIX. FORMAS DE CONTROLE: seguindo as normativas legais e infralegais já existentes, o Ipasgo Saúde poderá utilizar-se de auditorias, teto financeiro e análise de regularidade documental de prestadores, bem como demais previsões contidas neste Regulamento;

XXX. GUIA MÉDICO: relação de médicos, unidades próprias, hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas, disponibilizada aos beneficiários no aplicativo e também no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet;

XXXI. HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não demande pernoite em leito hospitalar;

XXXII. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: principal provedor de dados e informações do País, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal;

XXXIII. INSCRIÇÃO: ato de inclusão de beneficiário no Sistema de Assistência à Saúde-Ipasgo Saúde, condicionado à aceitação de suas normas;

XXXIV. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ato de admissão do beneficiário em hospital, com ocupação de leito hospitalar por mais de 12 horas, para fins de tratamento clínico ou cirúrgico;

XXXV. MANUAL DO BENEFICIÁRIO: documento disponibilizado aos beneficiários do Ipasgo Saúde, com as instruções e orientações de acesso ao sistema, bem como com os esclarecimentos dos seus direitos e deveres;

XXXVI. MENSALIDADE: é o preço a ser pago mensalmente ao Ipasgo Saúde, para garantia de acesso à assistência contratada. Equivale à contraprestação pecuniária;

XXXVII. NOVO CÔNJUGE/COMPANHEIRO: aquele cujo casamento ou declaração de união estável ocorreu após a adesão do titular ao plano;

XXXVIII. ÓRTESE: dispositivo mecânico aplicado sobre segmentos corporais para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função durante o ato cirúrgico;

XXXIX. PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos prestados nos casos de urgência e emergência;

XL. PROCEDIMENTO: trata-se de forma ou meio de atendimento para o diagnóstico de doenças ou para o tratamento do beneficiário doente ou com problemas de saúde;

XLI. PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: aquele que por sua natureza e/ou fim a que se destinam geralmente envolvem alta tecnologia e um custo mais elevado;

XLII. PRÓTESE: peça artificial empregada em ato cirúrgico, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;

XLIII. QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento, e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de unidade de saúde;

XLIV. REDE ASSISTENCIAL: conjunto de estabelecimentos e profissionais de saúde, próprios, credenciados ou contratados, para a prestação de assistência aos beneficiários, dentro da área de atuação do PLANO;

XLV. SERVIÇOS: atos especializados, instalações físicas e equipamentos colocados à disposição do beneficiário, pela instituição contratada ou conveniada, para o atendimento à saúde;

XLVI. TERMO DE ADESÃO: documento que formaliza a intenção do beneficiário de fazer parte do sistema Ipasgo Saúde, e o conhecimento de seus direitos e deveres, bem como condições da assistência;

XLVII. URGÊNCIA: situação decorrente de acidente pessoal, de complicação no processo gestacional e aquele efetuado para alívio de sofrimento intenso;

XLVIII. VIGÊNCIA: período durante o qual a assistência contratada está em vigor, produzindo efeitos legais entre o beneficiário e o Ipasgo Saúde, que devem cumprir os deveres e exercer os direitos previstos no regulamento.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 2º. O SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SER-

VIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO SAÚDE, neste ato designado simplesmente como **Ipasgo Saúde**, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, classificado como autogestão, multipatrocinado, inscrito no CNPJ sob o nº 50.565.317/0001-43, localizado na Avenida Primeira Radial, nº 586, Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP 74.820-300, é a instituição que operará e gerenciará o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás da extinta autarquia, previsto na Lei Estadual nº 17.477, de 25 de novembro de 2011, que foi revogada em 20 de abril de 2024 pela Lei Estadual nº 21.880, de 20 de abril de 2023.

Art. 3º. A assistência à saúde aos Beneficiários terá por base o disposto neste Regulamento, doravante denominado de PLANO, cadastrado no SCPA/ANS sob o nº 01, o qual possui as seguintes características:

I. Nome do Plano: Ipasgo Saúde Básico;

II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico;

III. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Estados;

IV. Área de Atuação: Estado de Goiás e Distrito Federal;

V. Padrão de Acomodação em Internação: Coletiva (Enfermaria);

VI. Formação do Preço: Prestabelecido;

VII. Fator moderador: Coparticipação; e

VIII. Tipo de Plano: Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA.

CAPÍTULO III

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O presente regulamento tem por objeto disciplinar a prestação de assistência à saúde disponibilizada pelo Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás na forma disposta no art. 4º da Lei Estadual nº 21.880, de 20 de abril de 2023, e demais atos normativos expedidos pelo Ipasgo Saúde, exclusivamente para os beneficiários já inscritos no PLANO antes do registro deste Serviço Social Autônomo - SSA na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como operadora de plano privado de assistência à saúde.

Art. 5º. A assistência à saúde será prestada com a finalidade de prevenir doenças, manter e recuperar a saúde dos beneficiários abrangidos por este Regulamento, mediante contribuição financeira.

Art. 6º. Os serviços serão fornecidos por unidades próprias e por profissionais e instituições de saúde contratadas ou credenciadas para esse fim, de acordo com o estabelecido neste Regulamento, observados os limites das Tabelas de Procedimentos e atos normativos do Ipasgo Saúde, conforme anexos I e II deste Regulamento.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Qualificação do Beneficiário

Art. 7º. São considerados Beneficiários os Titulares, seus Dependentes e os demais integrantes do seu Grupo Familiar, na forma definida neste Regulamento, **já inscritos no PLANO até a data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de planos de saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

Art. 8º. Poderá se manter inscrito como Beneficiário Titular:

I. o servidor, ativo e inativo, detentor de cargo e/ou emprego público na administração direta e indireta do Poder Executivo do Estado de Goiás, inclusive o contratado por prazo determinado para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público;

II. o servidor do Poder Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios e o servidor cedido aos órgãos e entidades desses poderes, inclusive o contratado por prazo determinado para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público;

III. o militar, ativo e inativo;

IV. o servidor ou empregado público de outros entes da Federação, que estiver à disposição do Estado, com ou sem ônus para o órgão requisitante;

V. o pensionista remunerado pelos cofres estaduais;

VI. o pensionista de ex-empregado público estadual, desde que o benefício tenha sido concedido pelo Regime Geral de Previdência com base no vínculo com a administração pública estadual;

VII. o pessoal de que trata a Lei nº 8.974 (Goiás), de 5 de janeiro de 1981, ativo e inativo, definido como servidor do Consórcio de Empresas de Radiodifusão e Notícias do Estado e da Caixa Econômica do Estado de Goiás, admitido ao tempo em que esses órgãos eram autarquias e que, desde a sua transformação em empresas públicas, mantiveram-se como beneficiários do Ipasgo Saúde;

VIII. o serventuário da justiça, titulares cartorários e dobristas, ativos e inativos, inscritos no sistema de previdência do servidor público, na vigência da Lei nº 10.150 (Goiás), de 29 de novembro de 1986;

IX. o detentor de mandato eletivo do Poder Executivo e do Poder Legislativo estadual ou municipal, durante o seu exercício;

X. o servidor ou empregado público da União, dos Estados e dos Municípios, ativo ou inativo,

bem como o empregado das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais, que mantenham contratos de gestão ou de parceria com o Poder Público e convênios celebrados com o Ipasgo Saúde; e

XI. o ex-servidor estadual ou o ex-empregado público da União, dos Estados e dos Municípios, bem como o ex-empregado das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais.

Art. 9º. Poderá manter-se inscrito como Beneficiário Dependente do Titular DENTRO do Grupo Familiar, cujo pagamento de mensalidade em nome do titular, que é feita com base em percentual de desconto sobre a respectiva remuneração:

I. o cônjuge ou o(a) companheiro(a), na constância da união estável constituída por uma das formas admitidas pela legislação vigente, devidamente comprovada em procedimento administrativo específico;

II. o filho, natural ou adotivo, e o enteado solteiros menores de 18 (dezoito) anos;

III. o filho, natural ou adotivo, e o enteado solteiros de até 23 (vinte e três) anos, universitários, que comprovem matrícula e frequência em curso de graduação em nível superior de ensino;

IV. o filho, natural ou adotivo, e o enteado, definitivamente inválidos ou incapazes, maiores de 18 (dezoito) anos, desde que a invalidez ou incapacidade tenha ocorrido na menoridade; e

V. o menor sob a guarda do titular, desde que esteja em processo de adoção.

Art. 10. Poderá manter-se inscrito como Beneficiário Dependente do Titular, FORA do Grupo Familiar, cujo pagamento de mensalidade individual indicada em tabela atuarial (conforme faixa etária e ao padrão de acomodação):

I. o menor sob a guarda judicial do titular;

II. o filho e o enteado solteiros maiores de 18 (dezoito) anos;

III. o filho e o enteado maiores de 18 (dezoito) anos, declarados inválidos ou incapazes após a maioridade, independentemente do estado civil;

IV. o neto solteiro; e

V. o ex-cônjuge e/ou o(a) ex-companheiro(a).

Art. 11. Além das hipóteses descritas nesta Seção, fica garantido o direito de manutenção no PLANO aos Dependentes e Titulares, inscritos por força de normas anteriores à data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de planos de saúde na ANS, respeitadas as condições de permanência no PLANO.

Art. 12. É dever do Beneficiário manter atualizadas as informações cadastrais perante o Ipasgo Saúde, que possui o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas pelo Beneficiário.

Art. 13. A assinatura do Termo de Adesão, firmado por ocasião da inscrição, implica na aceitação das disposições constantes neste Regulamento e demais normas editadas pelo Ipasgo Saúde.

Seção II

Do Beneficiário Licenciado ou Afastado

Art. 14. Poderá se manter como Beneficiário do PLANO, juntamente com seus Dependentes, desde que inscritos até a data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de planos de saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Titular que se encontrar em alguma das seguintes situações:

- I. em licença não remunerada;
- II. em situação de interrupção do exercício de suas atividades funcionais com suspensão da remuneração por qualquer motivo previsto em lei; e
- III. que se afastar de suas funções por motivo de licença médica, que esteja vinculado ao Regime Geral de Previdência Social.

Art. 15. Para essas hipóteses, o Titular deverá:

- I. formalizar requerimento por escrito, **no prazo de até 90 (noventa) dias contados das situações descritas no artigo anterior**, manifestando sua opção pela permanência no plano de assistência, sob pena de ser excluído do PLANO, juntamente com seus Dependentes, **sendo vedado o reingresso de Beneficiários no PLANO**; e
- II. comprometer-se, enquanto perdurar a licença ou afastamento, a pagar a contribuição pecuniária própria e eventuais coparticipações, por si, seus Dependentes.

Art. 16. Nas situações em que o Titular estiver de licença ou afastado das suas funções em virtude da suspensão de sua remuneração, a contraprestação pecuniária será devida nos valores estabelecidos na tabela de cálculo atuarial, de acordo com a faixa etária respectiva de cada Beneficiário.

Art. 17. Nos casos de beneficiário vinculado ao Regime Geral de Previdência Social por motivo de licença médica, a contraprestação pecuniária devida durante o período de afastamento corresponderá à aplicação do percentual de desconto estabelecido neste Regulamento sobre a remuneração percebida no mês imediatamente anterior à data de início da licença.

Seção III

Dos Aposentados e Pensionistas da Emenda Constitucional 16/97

Art. 18. O Beneficiário Titular qualificado como servidor aposentado ou pensionista, remunerado pelos cofres públicos estaduais, cujos proventos ou benefícios foram concedidos até a vigência da Emenda Constitucional nº 16, de 12 de março de 1997, será isento do pagamento da mensalidade devida para este PLANO.

§1º. Cabe ao Estado de Goiás a responsabilidade pela compensação financeira mensal da

isenção referida no caput, que deverá ser efetuada até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da solicitação do repasse.

§2º. O Beneficiário Titular, aposentado ou pensionista, cujo provento ou benefício foi concedido até a vigência da Emenda Constitucional nº 16, de 12 de março de 1997, ao ser nomeado para novo cargo público estadual ficará sujeito, enquanto nele permanecer, ao desconto de mensalidade por desconto percentual vigente para este PLANO, respeitados os parâmetros disciplinados neste capítulo.

Seção IV

Da Manutenção e Movimentação de Beneficiários

Art. 19. A permanência dos beneficiários no Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás da extinta autarquia, consoante disposto no Art. 4º da Lei Estadual nº 21.880, de 20 de abril de 2023, é facultativa, da mesma forma como se operou o ingresso no PLANO.

Art. 20. Serão admitidas movimentações cadastrais unicamente para:

- I. inclusão de novo cônjuge/ companheiro(a) e filhos do titular, observadas as regras estabelecidas nos arts. 9º e 10 deste regulamento;
- II. exclusão de beneficiários; e
- III. procedimentos de retificação, como correção, alteração ou complementação de dados cadastrais, provenientes de: erro de informação, mudança de endereço, complementação de informações do registro de dados, alteração da forma de contribuição ou outras necessárias para adequação às normas aplicáveis.

Art. 21. A inclusão de novos beneficiários é restrita àqueles referidos no artigo anterior, devendo-se observar os seguintes preceitos:

- I. a inclusão de novo cônjuge ou companheiro(a), não há limitação de prazo;
- II. a inclusão de filho do titular, natural ou adotivo, não há limitação de prazo;
- III. essas movimentações de inclusão deverão observar as disposições deste Regulamento relativas aos prazos de carência e à forma de contribuição.

Art. 22. São vedadas as alterações cadastrais não referenciadas nesta Seção, inclusive para:

- I. inscrição de novos beneficiários neste PLANO, exceto para novo cônjuge/companheiro e filhos do titular;
- II. transferência de Dependente de um Titular para outro;
- III. mudança do tipo de acomodação de internação; e

IV. migração de entidades Convenientes entre planos não regulamentados.

Art. 23. A manutenção do beneficiário Dependente fica condicionada à permanência do Beneficiário Titular no PLANO.

Art. 24. O PATROCINADOR se obriga a solicitar, por escrito, conforme datas limites previstas no Convênio de Adesão, as movimentações cadastrais permitidas para este PLANO, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema do Ipasgo Saúde.

Art. 25. As alterações de cadastro solicitadas pelo Beneficiário Titular deverão ser efetuadas por meio do Portal Corporativo ou, presencialmente, na sede do Ipasgo Saúde, ou ainda, nas unidades descentralizadas de atendimento.

Art. 26. O Ipasgo Saúde, a qualquer tempo, reserva-se o direito de realizar o recadastramento dos beneficiários inscritos, para fins de confirmação da manutenção das condições de permanência no PLANO, que se não confirmadas ensejará a exclusão dos beneficiários inelegíveis.

CAPÍTULO V

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 27. A perda da qualidade de Beneficiário do Ipasgo Saúde ocorrerá:

I. para o Titular:

- a)** pelo seu falecimento;
- b)** pela perda da qualidade de Beneficiário Titular;
- c)** por solicitação expressa, formalizada em documento próprio;
- d)** por fraude comprovada; e
- e)** pela inadimplência por mais de 90 (noventa) dias consecutivos.

II. para os Dependentes do Titular, nas seguintes condições:

- a)** perda da qualidade de Dependente do Titular;
- b)** para o cônjuge: (i) pela separação judicial, (ii) pelo divórcio, (iii) pelo abandono injustificado do lar por um ano contínuo, desde que declarado judicialmente, ou (iv) pela anulação do casamento;
- c)** para o(a) companheiro(a): pela cessação da união estável;
- d)** para o filho ou enteado: pelo (i) advento da maioridade civil, (ii) exercício de atividade remunerada, (iii) casamento ou (iv) constituição de união estável, (v) cessação da invalidez ou incapacidade, (vi) conclusão de curso superior ou ao atingir idade de 23 (vinte e três) anos, se estudante universitário;
- e)** para o menor sob guarda para fins de adoção: pela revogação da guarda;

- f)** para o filho, enteado e/ou neto solteiros: pelo advento do casamento; e
- g)** pela (i) exclusão por inadimplência, (ii) por fraude comprovada, (iii) por seu falecimento, ou (iv) por solicitação expressa do Titular, formalizada em documento próprio, ou ainda, (v) pela posse em cargo público.

Art. 28. A exclusão do Beneficiário Titular, a pedido ou pela aplicação das regras dispostas neste Regulamento, implica na exclusão automática dos respectivos Dependentes, sendo vedado o reingresso de Beneficiários neste PLANO SCPA.

CAPÍTULO VI

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 29. O Ipasgo Saúde garantirá aos beneficiários regularmente inscritos, observada a solicitação do médico ou cirurgião dentista assistente, de acordo com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, na rede assistencial do PLANO, a seguinte assistência:

- I.** atendimento ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, e serviços de apoio diagnóstico relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), nas especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, para a realização dos procedimentos / tratamentos previstos na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, disponibilizada no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet, que constitui o seu rol de cobertura;
- II.** atendimento odontológico, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia, para a realização dos tratamentos previstos nas Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde para Odontologia, disponibilizadas no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet, que constitui o seu rol de cobertura;
- III.** os atendimentos cobertos serão realizados dentro da abrangência do plano e conforme a disponibilidade da rede credenciada, sendo o transporte de responsabilidade do beneficiário, salvo nos casos de remoção inter-hospitalar.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 30. A assistência ambulatorial é a modalidade de atendimento voltada para os casos de baixa complexidade realizada em clínicas e consultórios, incluindo os procedimentos terapêuticos e de apoio diagnóstico solicitados pelo médico assistente, ainda que realizados em unidades hospitalares, **desde que não caracterizem internação.**

Art. 31. A assistência ambulatorial assegurada pelo Ipasgo Saúde contempla:

- I.** consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM. As áreas de atuação não são consideradas especialidades médicas, ainda que reconhecidas pelo CFM;
- II.** serviços de apoio diagnóstico, tais como exames de imagem e laboratoriais, e terapêutico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem internação e estejam previstos na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde;
- III.** atendimento nas situações de urgência ou de emergência devidamente comprovada pelo médico assistente junto à auditoria do Ipasgo Saúde, ainda que demande atenção continuada e desde que restrita ao evento que deu causa ao pedido, no caso de beneficiário em cumprimento de período de carência para internação hospitalar;
- IV.** atendimento de emergência em casos psiquiátricos, nas situações que impliquem risco à vida ou danos físicos para o próprio beneficiário ou terceiros, incluídas as ameaças, tentativas de autoextermínio e autoagressão;
- V.** consultas e/ou sessões de psicologia, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;
- VI.** consultas e/ou sessões de fisioterapia, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;
- VII.** consultas e/ou sessões com nutricionista, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;
- VIII.** consultas e/ou sessões de fonoaudiologia, fonoterapia dos distúrbios da linguagem, voz e motricidade oral e atendimento em audiologia, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;
- IX.** consultas e/ou sessões de terapia ocupacional para o tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA;
- X.** ações de planejamento familiar, incluindo as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico;
- XI.** hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XII.** hemoterapia ambulatorial;
- XIII.** quimioterapia oncológica ambulatorial;
- XIV.** terapia ocupacional.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares

Art. 32. A assistência hospitalar compreende o atendimento em todas as modalidades de internação hospitalar, inclusive partos e eventos caracterizados como de urgência e emergência, em hospitais gerais e especializados pertencentes à rede assistencial do PLANO, para tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, a critério do médico assistente, sem limitação de prazo, assegurando-se aos beneficiários os atendimentos definidos e listados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, que contempla:

- I.** despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- II.** procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério e despesas de acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (até 10 dias após o parto), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- III.** assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, durante os primeiros trinta dias após o parto, sem necessidade de estar cadastrado no PLANO, desde que o parto tenha sido coberto pelo PLANO. No caso do parto não ter sido coberto pelo PLANO, terá direito à assistência médica e hospitalar nos 30 (trinta) primeiros dias desde que os genitores tenham cumprido a carência de 300 dias;
- IV.** despesas de alimentação e acomodação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, do beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou do beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- V.** exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e terapias, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI.** consultas, sessões e/ou avaliações por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas em leito hospitalar, CTI, UTI, CETIN e similares;
- VII.** taxas referentes à internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados;
- VIII.** procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX.** estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospita-

lar, com atuação de equipe multidisciplinar compatível com a complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, conforme avaliação e justificativa do cirurgião-dentista assistente, que assumirá a responsabilidade técnica e legal decorrente;

X. transplantes listados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, incluindo os procedimentos a eles relacionados, tais como as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do paciente, bem como as despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos;

XI. tratamento de queimadura;

XII. procedimentos ambulatoriais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, observados normativos específicos editados pelo Ipasgo Saúde:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.

d) procedimentos radioterápicos;

e) hemoterapia;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.

XIII. internações em clínica psiquiátrica para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise;

XIV. hospital dia.

Art. 33. Para fins de cobertura dos transplantes referidos neste Regulamento será observada a legislação específica vigente.

§1º. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e se sujeitarão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§2º. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§3º. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- I. determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- II. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§4º. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de emergência.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 34. A assistência odontológica do Ipasgo Saúde compreende a cobertura de uma série de atendimentos e procedimentos, conforme discriminados nas Tabela Própria de Procedimentos, que segue com as mesmas parametrizações e coberturas vigentes, respeitando as normas e regulamentações.

Art. 35. A assistência odontológica disponibiliza procedimentos nas seguintes especialidades regulamentadas pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO:

- I. dentística;
- II. periodontia;
- III. radiologia;
- IV. endodontia;
- V. odontopediatria;
- VI. cirurgia bucomaxilofacial;
- VII. patologia;
- VIII. estomatologia;
- IX. odontologia para pacientes com necessidades especiais.

Art. 36. O regulamento do Ipasgo Saúde estabelece que, durante o período de carência para os procedimentos odontológicos previstos no regulamento, os beneficiários têm o direito aos atendimentos odontológicos de urgência. As coberturas garantidas para esses atendimentos incluem:

- I. exodontia simples de decíduo;
- II. curativo endodôntico em situação de urgência;
- III. exodontia simples de permanente;
- IV. drenagem de abscesso extra bucal;

- V. controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- VI. controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- VII. tratamento de alveolite;
- VIII. radiografia periapical;
- IX. capeamento pulpar direto;
- X. imobilização dentária em dentes decíduos;
- XI. imobilização dentária em dentes permanentes;
- XII. reimplante dentário com contenção;
- XIII. colagem de fragmentos dentários;
- XIV. recimentação de trabalhos protéticos.

Art. 37. A utilização de materiais e/ou serviços não cobertos ou não autorizados pelo Ipasgo Saúde em tratamentos odontológicos será de inteira responsabilidade do beneficiário, que se obriga a arcar com o pagamento integral das despesas decorrentes dessa escolha, diretamente ao profissional responsável pelo tratamento.

CAPÍTULO VII

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 38. Em conformidade com o disposto neste Regulamento, estão excluídos da cobertura garantida no PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos a seguir descritos:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, assim entendidos aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- III. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV. transplantes, à exceção dos transplantes listados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde;
- V. fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados;
- VI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade es-

tética, assim como internações em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e estabelecimentos para acolhimento de idosos;

VII. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII. fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, bem como o fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade não tenha sido aprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

IX. consultas domiciliares e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção daqueles previstos nos protocolos técnicos vinculados aos Programas Especiais gerenciados pelo Ipasgo Saúde para os beneficiários inscritos;

X. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XI. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, nos termos de regulamentação pelo Ministério do Trabalho e Emprego;

XII. despesas decorrentes de serviços prestados por médicos ou estabelecimentos não credenciados pelo Ipasgo Saúde, exceto se se tratar de eventos de comprovada urgência e emergência e não for possível o atendimento ou não existir rede assistencial do PLANO no local;

XIII. procedimentos não discriminados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde e realizados em desacordo com o disposto neste Regulamento;

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

XV. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVI. mamoplastia, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, exceto nos casos de simetrização no pós-operatório das mastectomias;

XVII. tratamento clínico eletivo sob regime de internação de pacientes com diagnóstico primário de dependência química à nicotina ou à cafeína, exceto nos casos de urgência ou emergência;

XVIII. consultas, tratamentos e internações realizados no período de carência, exceto nos casos de urgência ou emergência;

XIX. despesas relativas ao acompanhante do Beneficiário, exceto para aquelas previstas neste Regulamento;

XX. investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como técnicas de fecundação e inseminação assistida;

- XXI. check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XXII. exames médicos para clubes, academias, avaliação vocacional, e outros exames que não sejam para cuidados com a saúde;**
- XXIII. embolizações e radiologia intervencionista ambulatorial;**
- XXIV. nutrição enteral e parenteral ambulatorial;**
- XXV. procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica, na assistência ambulatorial;**
- XXVI. procedimentos que exijam anestesia diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio, na assistência ambulatorial;**
- XXVII. quimioterapia intratecal e as que demandem internação;**
- XXVIII. radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia, na assistência ambulatorial;**
- XXIX. implantes odontológicos;**
- XXX. tratamentos ortodônticos;**
- XXXI. cirurgias bucomaxilofaciais com finalidade estética;**
- XXXII. substituições de restaurações com finalidade estética, na assistência odontológica;**
- XXXIII. documentações complementares relacionadas a implantes e tratamentos ortodônticos;**
- XXXIV. próteses odontológicas; e**
- XXXV. procedimentos que não constem da Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde para assistência odontológica.**

Art. 39. Os tratamentos realizados sem aprovação prévia ou que incluam procedimentos não relacionados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde são de responsabilidade do Beneficiário, devendo os valores a eles correspondentes serem pagos de forma particular ao prestador do serviço, eximindo-se o Ipasgo Saúde de qualquer obrigação de ressarcimento ou pagamento.

CAPÍTULO VIII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 40. Os Beneficiários inscritos no PLANO terão acesso aos serviços neste Regulamento após o cumprimento dos seguintes prazos de carência:

Quadro de Carências	
Procedimentos	Prazos
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e Exames Simples	60 dias
Procedimentos Ambulatoriais	90 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas, Exames e Procedimentos de alto custo	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais em Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Terapia Ocupacional.	180 dias
Assistência relativa à gravidez	300 dias
Doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes, declaradas ou não em procedimento específico e preliminar à inclusão	24 meses

§1º. Os procedimentos classificados como de alto custo constarão nas Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde para remuneração aos prestadores credenciados.

§2º. É vedada a antecipação de valores com o intuito de liberação dos serviços assistenciais para os quais o Beneficiário ainda esteja cumprindo carência.

Art. 41. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, será isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Titular, incluindo aquelas relacionadas a doenças e lesões preexistentes previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO IX

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 42. Por ocasião da sua adesão ao PLANO, o Beneficiário deverá declarar, por meio da “Declaração de Saúde”, toda doença ou lesão preexistente de que saiba ser portador ou sofredor naquele momento, observando-se o disposto a seguir:

- I.** o preenchimento de declaração poderá ser auxiliado por servidor e/ou preposto do Ipasgo Saúde;
- II.** se o proponente tiver dúvidas, mesmo com a assistência no preenchimento, poderá ser orientado por médico avaliador do Ipasgo Saúde, por meio de “Entrevista Qualificada”; e
- III.** a “Declaração de Saúde” deverá ser datada e assinada em campo próprio, e todas as suas páginas rubricadas pelo beneficiário ou representante legal, o que atestará ciência inequívoca e aceitação de seu conteúdo.

Art. 43. As doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes, declaradas ou não em procedi-

mento específico e preliminar à inclusão e identificadas por qualquer meio sujeitarão o proponente ao cumprimento do prazo de carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua admissão ao PLANO, para acesso às coberturas garantidas neste PLANO.

Parágrafo único. Após o período máximo de 24 meses da admissão do Beneficiário no PLANO, a cobertura passará a ser integral, nos limites do contrato.

CAPÍTULO X

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 44. Nos casos de urgência ou emergência, devidamente comprovados por meio de exames, laudos e justificativas do médico ou cirurgião-dentista assistente e encaminhados ao Ipasgo Saúde, o atendimento será garantido de forma integral, observadas as seguintes condições:

I. deverá ter transcorrido, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas da efetivação da adesão ao Ipasgo Saúde e o pagamento da mensalidade inicial, mesmo que proporcional ao período, em nome do Beneficiário do atendimento;

II. será restrito ao evento que deu causa ao pedido; e

III. será prestado na rede assistencial do PLANO, divulgadas no Guia Médico.

Seção I

Da Remoção

Art. 45. O Ipasgo Saúde assegura o direito à remoção e regulação do Beneficiário internado para outro hospital da rede credenciada ou das unidades próprias do SSA, na sua área de atuação, quando comprovadamente necessária e justificada pelo médico assistente, com o cumprimento de protocolos clínicos previamente estabelecidos de modo a identificar a melhor alternativa assistencial ao caso.

§1º. O Ipasgo Saúde poderá editar atos normativos internos para regular a remoção do Beneficiário prevista neste PLANO.

§2º. Caso o Beneficiário do atendimento esteja sujeito ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste Regulamento, as despesas com a remoção deverão ser suportadas integralmente pelo Titular, desincumbindo o Ipasgo Saúde desta responsabilidade.

Seção II

Do Reembolso

Art. 46. Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da rede assistencial do PLANO, o Beneficiário poderá solicitar o ressarcimento das despesas efetuadas, desde que previstas na cobertura do PLANO, mediante apresentação da documentação comprobatória da urgência ou emergência que deu causa ao atendimento.

§1º. O Beneficiário ou seu responsável legal deverá apresentar, na sede do Ipasgo Saúde ou nas unidades descentralizadas, a documentação comprobatória da urgência ou emergência que deu causa ao atendimento, no prazo até 24 (vinte e quatro) meses após a sua realização, a saber:

I. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- a) Nome completo do beneficiário;
- b) Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
- c) Especialidade, se profissional médico;
- d) Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
- e) Data de quitação do serviço.

II. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

- a) Nome completo do beneficiário;
- b) Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- c) Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- d) Especialidade, se profissional médico; e
- e) Data de quitação do serviço.

III. Quaisquer outros documentos solicitados pelo Ipasgo Saúde.

§2º. Somente serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário.

§3º. Os valores a serem reembolsados limitam-se àqueles constantes das Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde para a remuneração dos prestadores da rede assistencial do PLANO, disponível no site da operadora, deduzidos os montantes devidos pelo Beneficiário a título de coparticipação.

§4º. O pagamento do reembolso de despesas previsto nesta Seção será feito somente ao Beneficiário Titular ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

Art. 47. Não serão reembolsadas despesas decorrentes de acordo particularmente ajustado entre o Beneficiário e profissionais de saúde, hospitais e instituições credenciadas ou não ao Ipasgo Saúde, decorrentes de:

I. atendimentos não cobertos pelo Ipasgo Saúde, tais como despesas extraordinárias realizadas pelo Beneficiário internado (medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições, ligações telefônicas e despesas de acompanhantes, com ressalva unicamente para aquelas previstas neste Regulamento); e

II. despesas que, ainda que previstas neste Regulamento, tenham sido realizadas fora da rede assistencial do PLANO ou das condições nele previstas.

Parágrafo único. A responsabilidade pelas despesas referidas no caput deste artigo cabe exclusivamente ao Beneficiário.

CAPÍTULO XI

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Cartão de Identificação

Art. 48. Os Beneficiários do PLANO deverão identificar-se, perante a rede assistencial do PLANO, através da apresentação de cartão de identificação válido disponibilizado pelo Ipasgo Saúde, acompanhada de documento oficial de identidade.

§1º. O cartão de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o Beneficiário por sua utilização indevida.

§2º. É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de exclusão do PLANO, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo Ipasgo Saúde, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, o Ipasgo Saúde, a partir da exclusão do Beneficiário.

§3º. Os cartões de identificação recepcionados pelo Ipasgo Saúde, na hipótese de exclusão do Beneficiário, serão eliminados de forma segura, da mesma forma que todos os demais dados pessoais, à exceção dos casos ressalvados na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

§4º. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

§5º. O uso indevido do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo Ipasgo Saúde, por qualquer Beneficiário, poderá ensejar indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Titular, e suas consequências.

§6º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma descrita neste Regulamento, pelos Beneficiários que perderem essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

§7º. Ocorrendo roubo, furto, perda ou extravio do cartão de identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato ao Ipasgo Saúde, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pelo Ipasgo Saúde.

Seção II

Das Condições de Atendimento

Art. 49. Para realização das coberturas assistenciais deste PLANO, o Beneficiário deverá assinar as solicitações de procedimentos e observar os mecanismos de regulação adotados pelo Ipasgo Saúde para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados pelo PLANO.

Art. 50. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede assistencial do PLANO exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 51. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas ou Odontológicas: os Beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos/cirurgiões dentistas credenciados ao Ipasgo Saúde, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede assistencial do PLANO serão prestadas pelos médicos/cirurgiões dentistas que estiverem de plantão;

II. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora; e

III. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede assistencial do PLANO, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora.

Art. 52. É permitido ao Ipasgo Saúde o referenciamento a determinados prestadores da rede assistencial do PLANO, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria do Ipasgo Saúde recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Art. 53. O prazo de internação autorizado constará na senha autorizada.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o prestador credenciado deverá solicitar ao Ipasgo Saúde, conforme fluxo existente, a prorrogação conforme pedido do médico assistente.

Seção III

Da Autorização

Art. 54. Para realização de procedimentos que necessitem de avaliação/autorização prévia, conforme disposto nas Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde, o Beneficiário deverá:

I. Contatar por meio do site do Ipasgo Saúde, Central de Atendimento ou a algum posto de atendimento do Ipasgo Saúde, bem como qualquer outro meio oficial que vier a ser implantado, para obter informações sobre o status da guia solicitada ou qualquer outra dúvida relacionada ao fluxo de solicitação e autorização;

II. Apresentar ao prestador de serviços credenciado que realizará o procedimento, documento de identificação com foto, cartão de identificação do Ipasgo Saúde e Pedido Médico/Odontológico emitido pelo profissional solicitante, o próprio prestador solicitará a autorização prévia ao Ipasgo Saúde;

III. Apresentar ao prestador de serviços credenciado sempre que solicitado pelo Ipasgo Saúde, laudo, relatório, exames e quaisquer outros documentos que possua e comprovem a necessidade do procedimento; e

IV. Caso o Ipasgo Saúde necessite da presença do Beneficiário para perícia, este deverá comparecer no local indicado pela operadora munido dos documentos necessários e indicados por ela.

Art. 55. O Ipasgo Saúde garantirá a análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia nos prazos estabelecidos em atos normativos internos, contados a partir do momento do recebimento da solicitação.

Art. 56. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, quando obrigatória, deso-

briga o Ipasgo Saúde de seu pagamento.

Art. 57. O Ipasgo Saúde poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar auditorias médicas e/ou odontológicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 58. A permanência de Beneficiários em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do Ipasgo Saúde.

Art. 59. As informações acerca da rede assistencial do PLANO poderão ser obtidas pelo Beneficiário por meio do site oficial do Ipasgo Saúde, via aplicativo IPASGO FÁCIL e/ou das unidades descentralizadas do Ipasgo Saúde.

Seção IV

Do Padrão de Acomodação

Art. 60. Nas situações de internação hospitalar, será garantido ao Beneficiário inscrito neste PLANO o padrão de acomodação Coletiva/Enfermaria (Conforto Básico).

Art. 61. Nos casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da rede assistencial do PLANO, na acomodação em que o Beneficiário está inscrito, será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional até que haja disponibilidade de leito no padrão aderido pelo Beneficiário, quando então será providenciada a sua transferência.

Art. 62. Caso o Beneficiário, por sua livre e espontânea vontade, venha optar por ser internado em acomodação superior àquela que tem direito, mediante acordo particular com o prestador, responderá pelos custos provenientes da opção, devendo o pagamento ser realizado diretamente ao prestador, eximindo o Ipasgo Saúde de quaisquer responsabilidades daí decorrentes.

Seção V

Da Coparticipação

Art. 63. Além da contribuição mensal, será cobrado do Beneficiário a coparticipação sobre os custos dos eventos ambulatoriais e odontológicos previstos no presente Regulamento, de acordo com a utilização do Beneficiário Titular e Dependente.

Art. 64. O percentual de coparticipação será de 30% (trinta) por cento aplicado sobre o valor das consultas e exames complementares, serviços ou procedimentos realizados em ambulatório, conforme Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, divulgada em seu site eletrônico.

Art. 65. Os procedimentos realizados em regime de internação não estão sujeitos ao pagamento de coparticipação.

Art. 66. As Coparticipações dos beneficiários Titulares e Dependentes serão debitadas em conta corrente do Titular ou, se autorizado por este, na conta corrente do próprio dependente, ou ainda, por meio de boleto bancário.

Art. 67. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações dos procedimentos realizados até a data de exclusão do PLANO, ainda que a cobrança venha a ser efetivada em data posterior.

Art. 68. Exclusivamente para o Beneficiário inscrito no Programa de Apoio Social - PAS, quando atendidos os critérios estabelecidos em normas internas, convênios ou qualquer outra legislação aplicada a esse instituto, poderá ser concedida a isenção ou redução no valor da coparticipação para os procedimentos estabelecidos em ato normativo próprio.

CAPÍTULO XII

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Seção I

Dos Critérios para Contribuição

Art. 69. A forma de contribuição do Beneficiário devida ao Ipasgo Saúde é definida de acordo com a sua qualificação, respeitadas as condições de admissão previstas neste Regulamento e os limites definidos nesta seção, da seguinte forma:

I. por desconto percentual: para o Beneficiário Titular e seus Dependentes DENTRO do Grupo Familiar, qualificados neste Regulamento, desde que o Titular não esteja sujeito à contribuição por tabela atuarial; e

II. por tabela atuarial: para os Beneficiários Titulares abaixo listados e os Dependentes FORA do Grupo Familiar, desde que atendam aos critérios de elegibilidade para inscrição nos termos deste Regulamento:

a) ex-servidores da administração pública estadual ou de entidade da administração pública, direta ou indireta, conveniada;

b) empregados públicos estaduais inativos e respectivos pensionistas, que recebem benefícios concedidos pelo Regime Geral de Previdência Social decorrente de vínculo com entidade pública estadual;

c) contribuinte facultativo dobrista e cartorário titular de ofício ou serventuário de justiça não remunerados pelos cofres públicos; e

d) os servidores estaduais licenciados sem direito à remuneração ou à disposição de outro ór-

ção sem ônus para os cofres públicos estaduais.

Art. 70. O servidor e/ou empregado da administração pública, que, na qualidade de Beneficiário Titular, **comprovar a condição de solteiro, viúvo, separado judicialmente ou divorciado**, poderá optar pelo pagamento da mensalidade por cálculo atuarial (faixa etária).

Parágrafo único. Uma vez exercida essa opção neste PLANO, o retorno à mensalidade por desconto percentual somente poderá ocorrer após o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, salvo se houver mudança de estado civil nesse período, situação em que a contribuição passará a ser por desconto percentual.

Art. 71. A contribuição do servidor e/ou empregado da administração pública na condição de casado, obrigatoriamente será por desconto percentual, exceto em caso de definição em sentido contrário no Convênio de Adesão.

Art. 72. O detentor de mandato eletivo terá sua contribuição por tabela atuarial, exceto na hipótese em que estiver vinculado a outro órgão ou entidade pública, quando terá opção de efetuar o desconto por percentual sobre a remuneração de maior valor.

Art. 73. A mensalidade por desconto percentual resulta de alíquota aplicada sobre a remuneração do Beneficiário Titular, observando-se os seguintes parâmetros:

PADRÃO DE CONFORTO	ESTADO DE GOIÁS	CONVÊNIOS
Básico	6,81%	≥ 8,81%

I. O desconto de mensalidades respeitará os limites mínimo e máximo estabelecidos em tabela disponibilizadas conforme art. 75 deste regulamento;

II. A base de cálculo sobre a qual incidirá a alíquota compõe-se da soma total mensal da remuneração paga ou creditada pelos cofres públicos ao Beneficiário Titular, excluídos o 13º salário, o adicional de férias e os pagamentos ou créditos de natureza indenizatória ou eventual, tais como honorários, diárias e ajuda de custo.

Parágrafo único. Caso o Beneficiário Titular possua mais de um vínculo com a administração pública, o desconto percentual incidirá sobre a soma total de todas as remunerações, observados os limites mínimo e máximo de contribuição.

Art. 74. As mensalidades do PLANO por tabela atuarial terão seus valores fixados por faixa etária, conforme cálculos atuariais.

Art. 75. As mensalidades fixadas por desconto percentual, bem como por tabela atuarial serão divulgadas no site oficial do Ipasgo Saúde, aplicativo Ipasgo e/ou na sede e unidades descentralizadas.

Art. 76. O Beneficiário Titular sujeito ao desconto percentual terá sua mensalidade lançada

diretamente na sua folha de pagamento, mediante averbação no órgão de origem, permitida, a critério do Ipasgo Saúde, a cobrança por meio de débito em conta corrente do Beneficiário.

Art. 77. O pagamento das mensalidades dos beneficiários Titulares e Dependentes vinculados à modalidade de tabela atuarial serão, exclusivamente, por meio de débito em conta corrente do Titular ou, se autorizado por este, na conta corrente do próprio dependente.

Art. 78. As mensalidades consignadas em folha de pagamento e descontadas dos beneficiários do Ipasgo Saúde devem ser depositadas em conta própria do Ipasgo Saúde, na forma estabelecida no Convênio de Adesão.

Art. 79. O beneficiário poderá pleitear a devolução de valores indevidamente recolhidos a título de mensalidade, no prazo de 5 (cinco) anos, sendo o montante devidamente atualizado segundo os índices oficiais para fins de restituição.

Seção II

Das Consequências da Inadimplência

Art. 80. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e Coparticipações, incluindo a dos seus Dependentes inscritos no PLANO, o Beneficiário Titular será notificado a efetuar o pagamento do débito no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de aplicação das seguintes medidas:

I. inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a suspensão/bloqueio dos serviços assistenciais. Se o débito não for regularizado e atingir 90 (noventa) dias de inadimplência, os beneficiários inadimplentes serão excluídos do PLANO;

II. a reincidência na inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a exclusão imediata dos beneficiários inadimplentes do PLANO.

§ 1º. A notificação de inadimplência poderá ser por meio de e-mail, carta registrada, SMS, WhatsApp e outros meios oficiais, considerando os dados cadastrais do beneficiário nos sistemas do Ipasgo Saúde.

§ 2º. A exclusão decorrente da inadimplência não impede nova adesão aos PRODUTOS REGULAMENTADOS, desde que atendidos os critérios de elegibilidade, carências, regularização de débitos pendentes e demais regras estabelecidas nos regulamentos de cada produto.

Art. 81. O não pagamento das contribuições na data de vencimento ocasionará a incidência de juros diários de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) e multa de 1% (um por cento) ao mês.

Art. 82. Todos os valores devidos pelos Beneficiários inadimplentes constituem dívida líquida

e certa, passível de execução, mesmo após sua exclusão do PLANO.

CAPÍTULO XIII

DOS CONVÊNIOS POR ADESÃO

Art. 83. No termo de ajuste do convênio para prestação de serviços assistenciais descritos no PLANO aos Beneficiários inscritos, devem ser consignados:

- I.** o padrão acomodação a ser aplicado e a forma de contribuição, observada a formação de preço constante deste Regulamento;
- II.** fica vedada qualquer prestação de serviço ou benefício sem o correspondente pagamento de contribuição ou coparticipação;
- III.** o número de Beneficiários Dependentes sob responsabilidade do Beneficiário Titular do convênio fica sujeito ao levantamento da respectiva capacidade de endividamento, com base na remuneração declarada em comprovante de pagamento do órgão a que estiver vinculado;
- IV.** caso o Beneficiário Titular do convênio assumo cargo no serviço público estadual, a base de cálculo para a contribuição prevista na formação de preço deste Regulamento será ajustada conforme a remuneração recebida na qualidade de servidor estadual, desde que seja superior àquela previamente declarada pela entidade ou órgão conveniado;
- V.** o período de carência descrito neste Regulamento para a fruição dos serviços do Ipasgo Saúde pelos Beneficiários conveniados, será contado a partir da data do efetivo repasse de valores ao Ipasgo Saúde, pela entidade conveniada, referente às mensalidades dos Beneficiários regularmente inscritos; e
- VI.** a previsão da aplicação das regras estabelecidas neste Regulamento e atos normativos internos do Ipasgo Saúde.

Art. 84. O Ipasgo Saúde realizará o acompanhamento periódico do desempenho financeiro de cada convênio celebrado com as entidades convenientes, por meio de estudo de viabilidade econômico-financeira.

Art. 85. O convênio que apresentar déficit entre a arrecadação e os gastos com os Beneficiários conveniados inscritos deverá ser reavaliado para fins de atualização e resgate do equilíbrio financeiro.

Art. 86. A inadimplência com as obrigações dos conveniados junto ao Ipasgo Saúde gera a suspensão dos serviços para atendimento aos Beneficiários até a regularização do respectivo cadastro.

Art. 87. O Ipasgo Saúde rescindir o contrato realizado com entidades ou órgãos conveniados cujas obrigações financeiras estejam em atraso por mais de 60 (sessenta) dias da liquidação da folha de pagamento dos respectivos servidores ou empregados.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 88. As mensalidades devidas pelos serviços assistenciais previstos neste Regulamento, fixadas por faixa etária (tabela atuarial), sofrerão reposição inflacionária anualmente, de acordo com a variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, divulgado pelo IBGE e/ou, quando necessário, acrescido de reajustes técnicos apurados em estudos atuariais, realizados para este fim.

Art. 89. As mensalidades estabelecidas por desconto percentual sobre a remuneração sofrerão variação sempre que for reajustada a remuneração do Beneficiário Titular, não constituindo em reajuste do PLANO.

Parágrafo único. Os limites mínimo e máximo das mensalidades estabelecidas por desconto percentual sofrerão reposição inflacionária anualmente, de acordo com a variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, divulgado pelo IBGE e/ou, quando necessário, acrescido de reajustes técnicos apurados em estudos atuariais, realizados para este fim.

CAPÍTULO XV

DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 90. As contribuições mensais ao PLANO fixadas por tabela atuarial foram fixadas conforme a idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias abaixo discriminadas:

FAIXAS ETÁRIAS	
1ª	0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
2ª	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3ª	24 (vinte e quatro) a (28 (vinte e oito) anos de idade;
4ª	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5ª	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6ª	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7ª	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8ª	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9ª	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
10ª	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com os demais reajustes previstos neste Regulamento.

CAPÍTULO XVI

PROGRAMAS ESPECIAIS

Art. 91. O Ipasgo Saúde poderá instituir, por meio de normas internas e regulamentos específicos, programas especiais com foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e conforto do beneficiário, tais como ações de prevenção e suporte para pacientes crônicos, assistência pré-hospitalar, redução ou isenção de coparticipação, atendimento domiciliar, dispensação de medicamentos, central de vacinação, transporte de pacientes, entre outros, cuja participação do beneficiário será opcional, mediante prévia solicitação e pagamento de contribuição complementar.

Parágrafo único. A participação em programas está sujeita ao cumprimento, pelos beneficiários elegíveis, de requisitos e prazos de carência específicos.

CAPÍTULO XVII

DURAÇÃO

Art. 92. O PLANO de assistência oferecido pelo Ipasgo Saúde tem prazo de duração indeterminado, iniciando-se a sua vigência com a efetivação da inscrição e pagamento da primeira mensalidade devida pelo Beneficiário.

CAPÍTULO XVIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. Integram o presente regulamento, para todos os efeitos legais e de direito, o Manual do Beneficiário, as Tabelas de Contribuição Atuarial, o Guia Médico, as Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde, os Regulamentos de Programas Especiais e demais atos normativos internos disciplinadores de procedimentos técnicos e operacionais, publicados e vigentes até a data do registro da operadora na ANS.

Art. 94. Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, ou outro órgão que vier a substituí-lo.

Art. 95. Nos termos da legislação em vigor, garante-se aos beneficiários inscritos no sistema Ipasgo Saúde, o sigilo médico referente à assistência prestada.

Art. 96. Este Regulamento entrará em vigor, por prazo indeterminado, a partir da sua aprovação pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, podendo sofrer alterações mediante modificações legislativas.



Regulamento Plano
Ipasgo Saúde Especial

Registro ANS nº 02

Vigência: 15/10/2024

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	02
CAPÍTULO II - CARACTERÍSTICAS GERAIS	06
CAPÍTULO III - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	06
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO	07
Seção I - Da Qualificação do Beneficiário	07
Seção II - Do Beneficiário Licenciado ou Afastado	09
Seção III - Dos Aposentados e Pensionistas da Emenda Constitucional 16/97	10
Seção IV - Da Manutenção e Movimentação de Beneficiários	10
CAPÍTULO V - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	11
CAPÍTULO VI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	12
Seção I - Das Coberturas Ambulatoriais	13
Seção II - Das Coberturas Hospitalares	14
Seção III - Das Coberturas Odontológicas	16
CAPÍTULO VII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	18
CAPÍTULO VIII - PERÍODOS DE CARÊNCIA	21
CAPÍTULO IX - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	21
CAPÍTULO X - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	22
Seção I - Da Remoção	22
Seção II - Do Reembolso	23
CAPÍTULO XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
Seção I - Do Cartão de Identificação	24
Seção II - Das Condições de Atendimento	25
Seção III - Da Autorização	26
Seção IV - Do Padrão de Acomodação	27
Seção V - Da Coparticipação	27
CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	28
Seção I - Dos Critérios para Contribuição	28
Seção II - Das Consequências da Inadimplência	30
CAPÍTULO XIII - DOS CONVÊNIOS POR ADESÃO	31
CAPÍTULO XIV - REAJUSTE	32
CAPÍTULO XV - DAS FAIXAS ETÁRIAS	32
CAPÍTULO XVI - PROGRAMAS ESPECIAIS	33
CAPÍTULO XVII - DURAÇÃO	33
CAPÍTULO XVIII - DISPOSIÇÕES FINAIS	33

REGULAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - PLANO IPASGO SAÚDE ESPECIAL – ANTERIOR AO REGISTRO À ANS.

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

Art. 1º. Para fins de direitos e deveres previstos neste regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. ACIDENTE PESSOAL: evento externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;

II. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e atuação em todo o território nacional, com a finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados;

III. AMBULATÓRIO: espaço estruturado em unidades de atendimento e/ou hospitais, onde se realizam primeiros socorros, pequenas cirurgias e/ou procedimentos que não exijam estrutura mais complexa;

IV. ASSISTÊNCIA: serviços previstos neste regulamento e especificados no rol de cobertura constante de Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, compreendendo procedimentos de diagnóstico e terapia (fonoaudiológica, psicológica, fisioterapêutica), atendimento nutricional e odontológico;

V. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento que se limita aos serviços assistenciais que podem ser executados em consultórios e/ou ambulatórios;

VI. ATENDIMENTO HOSPITALAR: atendimento realizado em hospitais e prontos-socorros, excluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico e terapia;

VII. ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: atendimento prestado à gestante e à parturiente, em decorrência da gravidez, parto, aborto, suas intercorrências e consequências;

VIII. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: pessoa física cujo vínculo contratual/convenial com a operadora de planos de saúde depende da existência de relação de dependência a um beneficiário titular, nos termos deste Regulamento;

IX. BENEFICIÁRIO TITULAR: pessoa física cujo contrato/convênio o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora;

X. CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística, fundado na análise de informa-

ções sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, realizado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico e financeiro da assistência oferecida e definição das mensalidades que serão cobradas dos beneficiários a título de contraprestação pecuniária;

XI. CARÊNCIA: prazo ininterrupto contado a partir da data de efetivação da adesão do beneficiário, durante o qual não se tem acesso às coberturas contratadas;

XII. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: documento emitido pelo Ipasgo Saúde e que contém o nome do beneficiário, código de inscrição no sistema e padrão de conforto nas internações;

XIII. COBERTURA: garantia, nos limites deste regulamento e normas integrantes, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos beneficiários;

XIV. COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços com cobertura assistencial médico ambulatorial, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XV. COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVI. COBERTURA ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVII. CONSULTA MÉDICA: ato realizado por médico, compreendendo a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento;

XVIII. CONTRIBUIÇÃO: contraprestação pecuniária (mensalidade) devida pelo beneficiário para acesso aos serviços assistenciais do plano;

XIX. COPARTICIPAÇÃO: mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

XX. DEPENDENTE DENTRO DO GRUPO FAMILIAR: aquele cujo pagamento de mensalidade ocorre em nome do titular do plano, com base em percentual de desconto sobre a remuneração do servidor;

XXI. DEPENDENTE FORA DO GRUPO FAMILIAR: aquele cujo pagamento de mensa-

idade individual é indicado em tabela atuarial (conforme faixa etária e ao padrão de acomodação), descontado na conta do titular do plano;

XXII. DOENÇA: perturbação ou falta de saúde, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que levam o indivíduo à necessidade de tratamento médico ou hospitalar;

XXIII. DOENÇA CONGÊNITA: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente por ocasião do nascimento, podendo-se manifestar posteriormente;

XXIV. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário saiba ser portador ou sobre a qual o seu responsável tenha conhecimento, à época da adesão ao sistema Ipasgo Saúde;

XXV. ELETIVO: termo usado para designar atendimento ou procedimento médico não considerado de urgência ou emergência;

XXVI. EMERGÊNCIA: situação que apresenta risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;

XXVII. EXAME: procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita a investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;

XXVIII. EXCLUSÕES: procedimentos ou atos que não estão garantidos pelo Ipasgo Saúde;

XXIX. FORMAS DE CONTROLE: seguindo as normativas legais e infralegais já existentes, o Ipasgo Saúde poderá utilizar-se de auditorias, teto financeiro e análise de regularidade documental de prestadores, bem como demais previsões contidas neste Regulamento;

XXX. GUIA MÉDICO: relação de médicos, unidades próprias, hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas, disponibilizada aos beneficiários no aplicativo e também no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet;

XXXI. HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não demande pernoite em leito hospitalar;

XXXII. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: principal provedor de dados e informações do País, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal;

XXXIII. INSCRIÇÃO: ato de inclusão de beneficiário no Sistema de Assistência à Saúde-Ipasgo Saúde, condicionado à aceitação de suas normas;

XXXIV. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ato de admissão do beneficiário em hospital, com ocupação de leito hospitalar por mais de 12 horas, para fins de tratamento clínico ou cirúrgico;

XXXV. MANUAL DO BENEFICIÁRIO: documento disponibilizado aos beneficiários do Ipasgo Saúde, com as instruções e orientações de acesso ao sistema, bem como com os esclarecimentos dos seus direitos e deveres;

XXXVI. MENSALIDADE: é o preço a ser pago mensalmente ao Ipasgo Saúde, para garantia de acesso à assistência contratada. Equivale à contraprestação pecuniária;

XXXVII. NOVO CÔNJUGE/COMPANHEIRO: aquele cujo casamento ou declaração de união estável ocorreu após a adesão do titular ao plano;

XXXVIII. ÓRTESE: dispositivo mecânico aplicado sobre segmentos corporais para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função durante o ato cirúrgico;

XXXIX. PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos prestados nos casos de urgência e emergência;

XL. PROCEDIMENTO: trata-se de forma ou meio de atendimento para o diagnóstico de doenças ou para o tratamento do beneficiário doente ou com problemas de saúde;

XLI. PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: aquele que por sua natureza e/ou fim a que se destinam geralmente envolvem alta tecnologia e um custo mais elevado;

XLII. PRÓTESE: peça artificial empregada em ato cirúrgico, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;

XLIII. QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento, e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de unidade de saúde;

XLIV. REDE ASSISTENCIAL: conjunto de estabelecimentos e profissionais de saúde, próprios, credenciados ou contratados, para a prestação de assistência aos beneficiários, dentro da área de atuação do PLANO;

XLV. SERVIÇOS: atos especializados, instalações físicas e equipamentos colocados à disposição do beneficiário, pela instituição contratada ou conveniada, para o atendimento à saúde;

XLVI. TERMO DE ADESÃO: documento que formaliza a intenção do beneficiário de fazer parte do sistema Ipasgo Saúde, e o conhecimento de seus direitos e deveres, bem como condições da assistência;

XLVII. URGÊNCIA: situação decorrente de acidente pessoal, de complicação no processo gestacional e aquele efetuado para alívio de sofrimento intenso;

XLVIII. VIGÊNCIA: período durante o qual a assistência contratada está em vigor, produzindo efeitos legais entre o beneficiário e o Ipasgo Saúde, que devem cumprir os deveres e exercer os direitos previstos no regulamento.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 2º. O SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO SAÚDE, neste ato designado simplesmente como **Ipasgo Saúde**, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, classificado como autogestão, multipatrocinado, inscrito no CNPJ sob o nº 50.565.317/0001-43, localizado na Avenida Primeira Radial, nº 586, Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP 74.820-300, é a instituição que operará e gerenciará o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás da extinta autarquia, previsto na Lei Estadual nº 17.477, de 25 de novembro de 2011, que foi revogada em 20 de abril de 2024 pela Lei Estadual nº 21.880, de 20 de abril de 2023.

Art. 3º. A assistência à saúde aos Beneficiários terá por base o disposto neste Regulamento, doravante denominado de PLANO, cadastrado no SCPA/ANS sob o nº 02, o qual possui as seguintes características:

- I. Nome do Plano:** Ipasgo Saúde Especial;
- II. Segmentação Assistencial:** Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico;
- III. Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Estados;
- IV. Área de Atuação:** Estado de Goiás e Distrito Federal;
- V. Padrão de Acomodação em Internação:** Privativa (Apartamento);
- VI. Formação do Preço:** Prestabelecido;
- VII. Fator moderador:** Coparticipação; e
- VIII. Tipo de Plano:** Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA.

CAPÍTULO III

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O presente regulamento tem por objeto disciplinar a prestação de assistência à saúde disponibilizada pelo Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás na forma disposta no art. 4º da Lei Estadual nº 21.880, de 20 de abril de 2023, e demais atos normativos expedidos pelo Ipasgo Saúde, exclusivamente para os beneficiários já inscritos no PLANO antes do registro deste Serviço Social Autônomo - SSA na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como operadora de plano privado de assistência à saúde.

Art. 5º. A assistência à saúde será prestada com a finalidade de prevenir doenças, manter e recuperar a saúde dos beneficiários abrangidos por este Regulamento, mediante contribuição financeira.

Art. 6º. Os serviços serão fornecidos por unidades próprias e por profissionais e instituições de saúde contratadas ou credenciadas para esse fim, de acordo com o estabelecido neste Regulamento, observados os limites das Tabelas de Procedimentos e atos normativos do Ipasgo Saúde, conforme anexos I e II deste Regulamento.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Qualificação do Beneficiário

Art. 7º. São considerados Beneficiários os Titulares, seus Dependentes e os demais integrantes do seu Grupo Familiar, na forma definida neste Regulamento, **já inscritos no PLANO até a data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de planos de saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

Art. 8º. Poderá se manter inscrito como Beneficiário Titular:

- I.** o servidor, ativo e inativo, detentor de cargo e/ou emprego público na administração direta e indireta do Poder Executivo do Estado de Goiás, inclusive o contratado por prazo determinado para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público;
- II.** o servidor do Poder Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios e o servidor cedido aos órgãos e entidades desses poderes, inclusive o contratado por prazo determinado para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público;
- III.** o militar, ativo e inativo;
- IV.** o servidor ou empregado público de outros entes da Federação, que estiver à disposição do Estado, com ou sem ônus para o órgão requisitante;
- V.** o pensionista remunerado pelos cofres estaduais;
- VI.** o pensionista de ex-empregado público estadual, desde que o benefício tenha sido concedido pelo Regime Geral de Previdência com base no vínculo com a administração pública estadual;
- VII.** o pessoal de que trata a Lei nº 8.974 (Goiás), de 5 de janeiro de 1981, ativo e inativo, definido como servidor do Consórcio de Empresas de Radiodifusão e Notícias do Estado e da Caixa Econômica do Estado de Goiás, admitido ao tempo em que esses órgãos eram autarquias e que, desde a sua transformação em empresas públicas, mantiveram-se como beneficiários do Ipasgo Saúde;
- VIII.** o serventuário da justiça, titulares cartorários e dobristas, ativos e inativos, inscritos no

sistema de previdência do servidor público, na vigência da Lei nº 10.150 (Goiás), de 29 de novembro de 1986;

IX. o detentor de mandato eletivo do Poder Executivo e do Poder Legislativo estadual ou municipal, durante o seu exercício;

X. o servidor ou empregado público da União, dos Estados e dos Municípios, ativo ou inativo, bem como o empregado das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais, que mantenham contratos de gestão ou de parceria com o Poder Público e convênios celebrados com o Ipasgo Saúde; e

XI. o ex-servidor estadual ou o ex-empregado público da União, dos Estados e dos Municípios, bem como o ex-empregado das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais.

Art. 9º. Poderá manter-se inscrito como Beneficiário Dependente do Titular DENTRO do Grupo Familiar, cujo pagamento de mensalidade em nome do titular, que é feita com base em percentual de desconto sobre a respectiva remuneração:

I. o cônjuge ou o(a) companheiro(a), na constância da união estável constituída por uma das formas admitidas pela legislação vigente, devidamente comprovada em procedimento administrativo específico;

II. o filho, natural ou adotivo, e o enteado solteiros menores de 18 (dezoito) anos;

III. o filho, natural ou adotivo, e o enteado solteiros de até 23 (vinte e três) anos, universitários, que comprovem matrícula e frequência em curso de graduação em nível superior de ensino;

IV. o filho, natural ou adotivo, e o enteado, definitivamente inválidos ou incapazes, maiores de 18 (dezoito) anos, desde que a invalidez ou incapacidade tenha ocorrido na menoridade; e

V. o menor sob a guarda do titular, desde que esteja em processo de adoção.

Art. 10. Poderá manter-se inscrito como Beneficiário Dependente do Titular, FORA do Grupo Familiar, cujo pagamento de mensalidade individual indicada em tabela atuarial (conforme faixa etária e ao padrão de acomodação):

I. o menor sob a guarda judicial do titular;

II. o filho e o enteado solteiros maiores de 18 (dezoito) anos;

III. o filho e o enteado maiores de 18 (dezoito) anos, declarados inválidos ou incapazes após a maioridade, independentemente do estado civil;

IV. o neto solteiro; e

V. o ex-cônjuge e/ou o(a) ex-companheiro(a).

Art. 11. Além das hipóteses descritas nesta Seção, fica garantido o direito de manutenção no PLANO aos Dependentes e Titulares, inscritos por força de normas anteriores à data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de planos de saúde na ANS, respeitadas as condições de permanência no PLANO.

Art. 12. É dever do Beneficiário manter atualizadas as informações cadastrais perante o Ipasgo Saúde, que possui o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas pelo Beneficiário.

Art. 13. A assinatura do Termo de Adesão, firmado por ocasião da inscrição, implica na aceitação das disposições constantes neste Regulamento e demais normas editadas pelo Ipasgo Saúde.

Seção II

Do Beneficiário Licenciado ou Afastado

Art. 14. Poderá se manter como Beneficiário do PLANO, juntamente com seus Dependentes, desde que inscritos até a data de registro do Ipasgo Saúde como operadora de planos de saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Titular que se encontrar em alguma das seguintes situações:

- I. em licença não remunerada;
- II. em situação de interrupção do exercício de suas atividades funcionais com suspensão da remuneração por qualquer motivo previsto em lei; e
- III. que se afastar de suas funções por motivo de licença médica, que esteja vinculado ao Regime Geral de Previdência Social.

Art. 15. Para essas hipóteses, o Titular deverá:

- I. formalizar requerimento por escrito, **no prazo de até 90 (noventa) dias contados das situações descritas no artigo anterior**, manifestando sua opção pela permanência no plano de assistência, sob pena de ser excluído do PLANO, juntamente com seus Dependentes, **sendo vedado o reingresso de Beneficiários no PLANO**; e
- II. comprometer-se, enquanto perdurar a licença ou afastamento, a pagar a contribuição pecuniária própria e eventuais coparticipações, por si, seus Dependentes.

Art. 16. Nas situações em que o Titular estiver de licença ou afastado das suas funções em virtude da suspensão de sua remuneração, a contraprestação pecuniária será devida nos valores estabelecidos na tabela de cálculo atuarial, de acordo com a faixa etária respectiva de cada Beneficiário.

Art. 17. Nos casos de beneficiário vinculado ao Regime Geral de Previdência Social por motivo de licença médica, a contraprestação pecuniária devida durante o período de afastamento corresponderá à aplicação do percentual de desconto estabelecido neste Regulamento sobre a remuneração percebida no mês imediatamente anterior à data de início da licença.

Seção III

Dos Aposentados e Pensionistas da Emenda Constitucional 16/97

Art. 18. O Beneficiário Titular qualificado como servidor aposentado ou pensionista, remunerado pelos cofres públicos estaduais, cujos proventos ou benefícios foram concedidos até a vigência da Emenda Constitucional nº 16, de 12 de março de 1997, será isento do pagamento da mensalidade devida para este PLANO.

§1º. Cabe ao Estado de Goiás a responsabilidade pela compensação financeira mensal da isenção referida no caput, que deverá ser efetuada até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da solicitação do repasse.

§2º. O Beneficiário Titular, aposentado ou pensionista, cujo provento ou benefício foi concedido até a vigência da Emenda Constitucional nº 16, de 12 de março de 1997, ao ser nomeado para novo cargo público estadual ficará sujeito, enquanto nele permanecer, ao desconto de mensalidade por desconto percentual vigente para este PLANO, respeitados os parâmetros disciplinados neste capítulo.

Art. 19. Ao Beneficiário Titular aposentado e ao pensionista isento do pagamento para a acomodação no padrão de conforto básico (acomodação coletiva/enfermaria) é assegurado o direito de optar pela acomodação no padrão de conforto especial (acomodação privativa/apartamento) mediante o pagamento de contribuição correspondente à alíquota de 7,94% (sete inteiros e noventa e quatro centésimos por cento) incidente sobre:

- I. o maior valor, dentre sua remuneração, proventos ou pensão, na hipótese de o beneficiário aposentado ou pensionista ser, simultaneamente, servidor ativo remunerado pelos cofres públicos;
- II. a base de cálculo é a mesma fixada para a contribuição na forma de desconto percentual previsto neste Regulamento, aplicada sobre os proventos ou pensão.

Seção IV

Da Manutenção e Movimentação de Beneficiários

Art. 20. A permanência dos beneficiários no Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás da extinta autarquia, consoante disposto no Art. 4º da Lei Estadual nº 21.880, de 20 de abril de 2023, é facultativa, da mesma forma como se operou o ingresso no PLANO.

Art. 21. Serão admitidas movimentações cadastrais unicamente para:

- I. inclusão de novo cônjuge/ companheiro(a) e filhos do titular, observadas as regras estabelecidas nos arts. 9º e 10 deste regulamento;

II. exclusão de beneficiários; e

III. procedimentos de retificação, como correção, alteração ou complementação de dados cadastrais, provenientes de: erro de informação, mudança de endereço, complementação de informações do registro de dados, alteração da forma de contribuição ou outras necessárias para adequação às normas aplicáveis.

Art. 22. A inclusão de novos beneficiários é restrita àqueles referidos no artigo anterior, devendo-se observar os seguintes preceitos:

I. a inclusão de novo cônjuge ou companheiro(a), não há limitação de prazo;

II. a inclusão de filho do titular, natural ou adotivo, não há limitação de prazo;

III. essas movimentações de inclusão deverão observar as disposições deste Regulamento relativas aos prazos de carência e à forma de contribuição.

Art. 23. São vedadas as alterações cadastrais não referenciadas nesta Seção, inclusive para:

I. inscrição de novos beneficiários neste PLANO, exceto para novo cônjuge/companheiro e filhos do titular;

II. transferência de Dependente de um Titular para outro;

III. mudança do tipo de acomodação de internação; e

IV. migração de entidades Convenientes entre planos não regulamentados.

Art. 24. A manutenção do beneficiário Dependente fica condicionada à permanência do Beneficiário Titular no PLANO.

Art. 25. O PATROCINADOR se obriga a solicitar, por escrito, conforme datas limites previstas no Convênio de Adesão, as movimentações cadastrais permitidas para este PLANO, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema do Ipasgo Saúde.

Art. 26. As alterações de cadastro solicitadas pelo Beneficiário Titular deverão ser efetuadas por meio do Portal Corporativo ou, presencialmente, na sede do Ipasgo Saúde, ou ainda, nas unidades descentralizadas de atendimento.

Art. 27. O Ipasgo Saúde, a qualquer tempo, reserva-se o direito de realizar o recadastramento dos beneficiários inscritos, para fins de confirmação da manutenção das condições de permanência no PLANO, que se não confirmadas ensejará a exclusão dos beneficiários inelegíveis.

CAPÍTULO V

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 28. A perda da qualidade de Beneficiário do Ipasgo Saúde ocorrerá:

I. para o Titular:

- a) pelo seu falecimento;
- b) pela perda da qualidade de Beneficiário Titular;
- c) por solicitação expressa, formalizada em documento próprio;
- d) por fraude comprovada; e
- e) pela inadimplência por mais de 90 (noventa) dias consecutivos.

II. para os Dependentes do Titular, nas seguintes condições:

- a) perda da qualidade de Dependente do Titular;
- b) para o cônjuge: (i) pela separação judicial, (ii) pelo divórcio, (iii) pelo abandono injustificado do lar por um ano contínuo, desde que declarado judicialmente, ou (iv) pela anulação do casamento;
- c) para o(a) companheiro(a): pela cessação da união estável;
- d) para o filho ou enteado: pelo (i) advento da maioridade civil, (ii) exercício de atividade remunerada, (iii) casamento ou (iv) constituição de união estável, (v) cessação da invalidez ou incapacidade, (vi) conclusão de curso superior ou ao atingir idade de 23 (vinte e três) anos, se estudante universitário;
- e) para o menor sob guarda para fins de adoção: pela revogação da guarda;
- f) para o filho, enteado e/ou neto solteiros: pelo advento do casamento; e
- g) pela (i) exclusão por inadimplência, (ii) por fraude comprovada, (iii) por seu falecimento, ou (iv) por solicitação expressa do Titular, formalizada em documento próprio, ou ainda, (v) pela posse em cargo público.

Art. 29. A exclusão do Beneficiário Titular, a pedido ou pela aplicação das regras dispostas neste Regulamento, implica na exclusão automática dos respectivos Dependentes, sendo vedado o reingresso de Beneficiários neste PLANO SCPA.

CAPÍTULO VI

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 30. O Ipasgo Saúde garantirá aos beneficiários regularmente inscritos, observada a solicitação do médico ou cirurgião dentista assistente, de acordo com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, na rede assistencial do PLANO, a seguinte assistência:

I. atendimento ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, e serviços de apoio diagnóstico relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), nas especialidades médicas reconhecidas pelo

Conselho Federal de Medicina, para a realização dos procedimentos / tratamentos previstos na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, disponibilizada no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet, que constitui o seu rol de cobertura;

II. atendimento odontológico, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia, para a realização dos tratamentos previstos nas Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde para Odontologia, disponibilizadas no sítio oficial do Ipasgo Saúde na internet, que constitui o seu rol de cobertura;

III. os atendimentos cobertos serão realizados dentro da abrangência do plano e conforme a disponibilidade da rede credenciada, sendo o transporte de responsabilidade do beneficiário, salvo nos casos de remoção inter-hospitalar.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 31. A assistência ambulatorial é a modalidade de atendimento voltada para os casos de baixa complexidade realizada em clínicas e consultórios, incluindo os procedimentos terapêuticos e de apoio diagnóstico solicitados pelo médico assistente, ainda que realizados em unidades hospitalares, **desde que não caracterizem internação.**

Art. 32. A assistência ambulatorial assegurada pelo Ipasgo Saúde contempla:

I. consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM. As áreas de atuação não são consideradas especialidades médicas, ainda que reconhecidas pelo CFM;

II. serviços de apoio diagnóstico, tais como exames de imagem e laboratoriais, e terapêutico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem internação e estejam previstos na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde;

III. atendimento nas situações de urgência ou de emergência devidamente comprovada pelo médico assistente junto à auditoria do Ipasgo Saúde, ainda que demande atenção continuada e desde que restrita ao evento que deu causa ao pedido, no caso de beneficiário em cumprimento de período de carência para internação hospitalar;

IV. atendimento de emergência em casos psiquiátricos, nas situações que impliquem risco à vida ou danos físicos para o próprio beneficiário ou terceiros, incluídas as ameaças, tentativas de autoextermínio e autoagressão;

V. consultas e/ou sessões de psicologia, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;

VI. consultas e/ou sessões de fisioterapia, incluindo o atendimento domiciliar previsto em pro-

gramas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;

VII. consultas e/ou sessões com nutricionista, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde;

VIII. consultas e/ou sessões de fonoaudiologia, fonoterapia dos distúrbios da linguagem, voz e motricidade oral e atendimento em audiologia, incluindo o atendimento domiciliar previsto em programas especiais de prevenção a doenças e atenção à saúde gerenciados pelo Ipasgo Saúde.

IX. consultas e/ou sessões de terapia ocupacional para o tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA;

X. ações de planejamento familiar, incluindo as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico;

XI. hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

XII. hemoterapia ambulatorial;

XIII. quimioterapia oncológica ambulatorial;

XIV. terapia ocupacional.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares

Art. 33. A assistência hospitalar compreende o atendimento em todas as modalidades de internação hospitalar, inclusive partos e eventos caracterizados como de urgência e emergência, em hospitais gerais e especializados pertencentes à rede assistencial do PLANO, para tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, a critério do médico assistente, sem limitação de prazo, assegurando-se aos beneficiários os atendimentos definidos e listados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, que contempla:

I. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

II. procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério e despesas de acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (até 10 dias após o parto), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

III. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, durante os primeiros trinta dias após o parto, sem necessidade de estar cadastrado no PLANO, desde que o parto tenha sido coberto pelo PLANO. No caso do parto não ter sido coberto pelo PLANO, terá direito à

assistência médica e hospitalar nos 30 (trinta) primeiros dias desde que os genitores tenham cumprido a carência de 300 dias;

IV. despesas de alimentação e acomodação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, do beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou do beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

V. exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e terapias, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI. consultas, sessões e/ou avaliações por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas em leito hospitalar, CTI, UTI, CETIN e similares;

VII. taxas referentes à internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados;

VIII. procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com atuação de equipe multidisciplinar compatível com a complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, conforme avaliação e justificativa do cirurgião-dentista assistente, que assumirá a responsabilidade técnica e legal decorrente;

X. transplantes listados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, incluindo os procedimentos a eles relacionados, tais como as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do paciente, bem como as despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos;

XI. tratamento de queimadura;

XII. procedimentos ambulatoriais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, observados normativos específicos editados pelo Ipasgo Saúde:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.

d) procedimentos radioterápicos;

- e) hemoterapia;
- f) nutrição parenteral ou enteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.

XIII. internações em clínica psiquiátrica para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise;

XIV. hospital dia.

Art. 34. Para fins de cobertura dos transplantes referidos neste Regulamento será observada a legislação específica vigente.

§1º. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e se sujeitarão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§2º. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§3º. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- I. determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- II. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§4º. Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de emergência.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 35. A assistência odontológica do Ipasgo Saúde compreende a cobertura de uma série de atendimentos e procedimentos, conforme discriminados nas Tabela Própria de Procedimentos, que segue com as mesmas parametrizações e coberturas vigentes respeitando as normas e regulamentações.

Art. 36. A assistência odontológica disponibiliza procedimentos nas seguintes especialidades regulamentadas pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO:

- I. dentística;
- II. periodontia;
- III. radiologia;
- IV. endodontia;
- V. odontopediatria;
- VI. cirurgia bucomaxilofacial;
- VII. patologia;
- VIII. estomatologia;
- IX. odontologia para pacientes com necessidades especiais.

Art. 37. O regulamento do Ipasgo Saúde estabelece que, durante o período de carência para os procedimentos odontológicos previstos no regulamento, os beneficiários têm o direito aos atendimentos odontológicos de urgência. As coberturas garantidas para esses atendimentos incluem:

- I. exodontia simples de decíduo;
- II. curativo endodôntico em situação de urgência;
- III. exodontia simples de permanente;
- IV. drenagem de abscesso extra bucal;
- V. controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- VI. controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- VII. tratamento de alveolite;
- VIII. radiografia periapical;
- IX. capeamento pulpar direto;
- X. imobilização dentária em dentes decíduos;
- XI. imobilização dentária em dentes permanentes;
- XII. reimplante dentário com contenção;
- XIII. colagem de fragmentos dentários;
- XIV. recimentação de trabalhos protéticos.

Art. 38. A utilização de materiais e/ou serviços não cobertos ou não autorizados pelo Ipasgo Saúde em tratamentos odontológicos será de inteira responsabilidade do beneficiário, que se obriga a arcar com o pagamento integral das despesas decorrentes dessa escolha, diretamente ao profissional responsável pelo tratamento.

CAPÍTULO VII

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 39. Em conformidade com o disposto neste Regulamento, estão excluídos da cobertura garantida no PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos a seguir descritos:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, assim entendidos aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- III. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- IV. transplantes, à exceção dos transplantes listados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde;**
- V. fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados;**
- VI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como internações em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e estabelecimentos para acolhimento de idosos;**
- VII. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- VIII. fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, bem como o fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade não tenha sido aprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**
- IX. consultas domiciliares e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção daqueles previstos nos protocolos técnicos vinculados aos Programas Especiais gerenciados pelo Ipasgo Saúde para os beneficiários inscritos;**
- X. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato**

cirúrgico;

XI. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, nos termos de regulamentação pelo Ministério do Trabalho e Emprego;

XII. despesas decorrentes de serviços prestados por médicos ou estabelecimentos não credenciados pelo Ipasgo Saúde, exceto se se tratar de eventos de comprovada urgência e emergência e não for possível o atendimento ou não existir rede assistencial do PLANO no local;

XIII. procedimentos não discriminados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde e realizados em desacordo com o disposto neste Regulamento;

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

XV. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVI. mamoplastia, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, exceto nos casos de simetrização no pós operatório das mastectomias;

XVII. tratamento clínico eletivo sob regime de internação de pacientes com diagnóstico primário de dependência química à nicotina ou à cafeína, exceto nos casos de urgência ou emergência;

XVIII. consultas, tratamentos e internações realizados no período de carência, exceto nos casos de urgência ou emergência;

XIX. despesas relativas ao acompanhante do Beneficiário, exceto para aquelas previstas neste Regulamento;

XX. investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como técnicas de fecundação e inseminação assistida;

XXI. check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXII. exames médicos para clubes, academias, avaliação vocacional, e outros exames que não sejam para cuidados com a saúde;

XXIII. embolizações e radiologia intervencionista ambulatorial;

XXIV. nutrição enteral e parenteral ambulatorial;

XXV. procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica, na assistência ambulatorial;

XXVI. procedimentos que exijam anestesia diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio, na assistência ambulatorial;

- XXVII. quimioterapia intratecal e as que demandem internação;**
- XXVIII. radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia, na assistência ambulatorial;**
- XXIX. implantes odontológicos;**
- XXX. tratamentos ortodônticos;**
- XXXI. cirurgias bucomaxilofaciais com finalidade estética;**
- XXXII. substituições de restaurações com finalidade estética, na assistência odontológica;**
- XXXIII. documentações complementares relacionadas a implantes e tratamentos ortodônticos;**
- XXXIV. próteses odontológicas; e**
- XXXV. procedimentos que não constem da Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde para assistência odontológica.**

Art. 40. Os tratamentos realizados sem aprovação prévia ou que incluam procedimentos não relacionados na Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde são de responsabilidade do Beneficiário, devendo os valores a eles correspondentes serem pagos de forma particular ao prestador do serviço, eximindo-se o Ipasgo Saúde de qualquer obrigação de ressarcimento ou pagamento.

CAPÍTULO VIII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 41. Os Beneficiários inscritos no PLANO terão acesso aos serviços neste Regulamento após o cumprimento dos seguintes prazos de carência:

Quadro de Carências	
Procedimentos	Prazos
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e Exames Simples	60 dias
Procedimentos Ambulatoriais	90 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas, Exames e Procedimentos de alto custo	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais em Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Terapia Ocupacional.	180 dias
Assistência relativa à gravidez	300 dias
Doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes, declaradas ou não em procedimento específico e preliminar à inclusão	24 meses

§1º. Os procedimentos classificados como de alto custo constarão nas Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde para remuneração aos prestadores credenciados.

§2º. É vedada a antecipação de valores com o intuito de liberação dos serviços assistenciais para os quais o Beneficiário ainda esteja cumprindo carência.

Art. 42. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, será isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Titular, incluindo aquelas relacionadas a doenças e lesões preexistentes previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO IX

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 43. Por ocasião da sua adesão ao PLANO, o Beneficiário deverá declarar, por meio do da “Declaração de Saúde”, toda doença ou lesão preexistente de que saiba ser portador ou sofrer na aquele momento, observando-se o disposto a seguir:

I. o preenchimento de declaração poderá ser auxiliado por servidor e/ou preposto do Ipasgo Saúde;

II. se o proponente tiver dúvidas, mesmo com a assistência no preenchimento, poderá ser orientado por médico avaliador do Ipasgo Saúde, por meio de “Entrevista Qualificada”; e

III. a “Declaração de Saúde” deverá ser datada e assinada em campo próprio, e todas as suas páginas rubricadas pelo beneficiário ou representante legal, o que atestará ciência inequívoca e aceitação de seu conteúdo.

Art. 44. As doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes, declaradas ou não em procedimento específico e preliminar à inclusão e identificadas por qualquer meio sujeitarão o proponente ao cumprimento do prazo de carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua admissão ao PLANO, para acesso às coberturas garantidas neste PLANO.

Parágrafo único. Após o período máximo de 24 meses da admissão do Beneficiário no PLANO, a cobertura passará a ser integral, nos limites do contrato.

CAPÍTULO X

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 45. Nos casos de urgência ou emergência, devidamente comprovados por meio de exames, laudos e justificativas do médico ou cirurgião-dentista assistente e encaminhados ao Ipasgo Saúde, o atendimento será garantido de forma integral, observadas as seguintes condições:

I. deverá ter transcorrido, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas da efetivação da adesão ao Ipasgo Saúde e o pagamento da mensalidade inicial, mesmo que proporcional ao período, em nome do Beneficiário do atendimento;

II. será restrito ao evento que deu causa ao pedido; e

III. será prestado na rede assistencial do PLANO, divulgadas no Guia Médico.

Seção I

Da Remoção

Art. 46. O Ipasgo Saúde assegura o direito à remoção e regulação do Beneficiário internado para outro hospital da rede credenciada ou das unidades próprias do SSA, na sua área de atuação, quando comprovadamente necessária e justificada pelo médico assistente, com o cumprimento de protocolos clínicos previamente estabelecidos de modo a identificar a melhor alternativa assistencial ao caso.

§1º. O Ipasgo Saúde poderá editar atos normativos internos para regular a remoção do Beneficiário prevista neste PLANO.

§2º. Caso o Beneficiário do atendimento esteja sujeito ao cumprimento dos períodos de carência previstos neste Regulamento, as despesas com a remoção deverão ser suportadas integralmente pelo Titular, desincumbindo o Ipasgo Saúde desta responsabilidade.

Seção II

Do Reembolso

Art. 47. Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização da rede assistencial do PLANO, o Beneficiário poderá solicitar o ressarcimento das despesas efetuadas, desde que previstas na cobertura do PLANO, mediante apresentação da documentação comprobatória da urgência ou emergência que deu causa ao atendimento.

§1º. O Beneficiário ou seu responsável legal deverá apresentar, na sede do Ipasgo Saúde ou nas unidades descentralizadas, a documentação comprobatória da urgência ou emergência que deu causa ao atendimento, no prazo até 24 (vinte e quatro) meses após a sua realização, a saber:

I. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- a)** Nome completo do beneficiário;
- b)** Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
- c)** Especialidade, se profissional médico;
- d)** Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
- e)** Data de quitação do serviço.

II. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

- a)** Nome completo do beneficiário;
- b)** Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- c)** Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- d)** Especialidade, se profissional médico; e
- e)** Data de quitação do serviço.

III. Quaisquer outros documentos solicitados pelo Ipasgo Saúde.

§2º. Somente serão reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário.

§3º. Os valores a serem reembolsados limitam-se àqueles constantes das Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde para a remuneração dos prestadores da rede assistencial do PLANO, disponível no site da operadora, deduzidos os montantes devidos pelo Beneficiário a título de coparticipação.

§4º. O pagamento do reembolso de despesas previsto nesta Seção será feito somente ao Beneficiário Titular ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

Art. 48. Não serão reembolsadas despesas decorrentes de acordo particularmente ajustado entre o Beneficiário e profissionais de saúde, hospitais e instituições credenciadas ou não ao Ipasgo Saúde, decorrentes de:

I. atendimentos não cobertos pelo Ipasgo Saúde, tais como despesas extraordinárias realizadas pelo Beneficiário internado (medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, refeições, ligações telefônicas e despesas de acompanhantes, com ressalva unicamente para aquelas previstas neste Regulamento); e

II. despesas que, ainda que previstas neste Regulamento, tenham sido realizadas fora da rede assistencial do PLANO ou das condições nele previstas.

Parágrafo único. A responsabilidade pelas despesas referidas no caput deste artigo cabe exclusivamente ao Beneficiário.

CAPÍTULO XI

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Cartão de Identificação

Art. 49. Os Beneficiários do PLANO deverão identificar-se, perante a rede assistencial do PLANO, através da apresentação de cartão de identificação válido disponibilizado pelo Ipasgo Saúde, acompanhada de documento oficial de identidade.

§1º. O cartão de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o Beneficiário por sua utilização indevida.

§2º. É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de exclusão do PLANO, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo Ipasgo Saúde, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, o Ipasgo Saúde, a partir da exclusão do Beneficiário.

§3º. Os cartões de identificação recepcionados pelo Ipasgo Saúde, na hipótese de exclusão do Beneficiário, serão eliminados de forma segura, da mesma forma que todos os demais da-

dos pessoais, à exceção dos casos ressalvados na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

§4º. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

§5º. O uso indevido do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo Ipasgo Saúde, por qualquer Beneficiário, poderá ensejar indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Titular, e suas consequências.

§6º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma descrita neste Regulamento, pelos Beneficiários que perderem essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

§7º. Ocorrendo roubo, furto, perda ou extravio do cartão de identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato ao Ipasgo Saúde, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pelo Ipasgo Saúde.

Seção II

Das Condições de Atendimento

Art. 50. Para realização das coberturas assistenciais deste PLANO, o Beneficiário deverá assinar as solicitações de procedimentos e observar os mecanismos de regulação adotados pelo Ipasgo Saúde para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados pelo PLANO.

Art. 51. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede assistencial do PLANO exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 52. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas ou Odontológicas: os Beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos/cirurgiões dentistas credenciados ao Ipasgo Saúde, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede assistencial do PLANO serão prestadas pelos médicos/cirurgiões dentistas que estiverem de plantão;

II. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora; e

III. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede assistencial do PLANO, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora.

Art. 53. É permitido ao Ipasgo Saúde o referenciamento a determinados prestadores da rede assistencial do PLANO, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria do Ipasgo Saúde recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Art. 54. O prazo de internação autorizado constará na senha autorizada.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o prestador credenciado deverá solicitar ao Ipasgo Saúde, conforme fluxo existente, a prorrogação conforme pedido do médico assistente.

Seção III

Da Autorização

Art. 55. Para realização de procedimentos que necessitem de avaliação/autorização prévia, conforme disposto nas Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde, o Beneficiário deverá:

I. Contatar por meio do site do Ipasgo Saúde, Central de Atendimento ou a algum posto de atendimento do Ipasgo Saúde, bem como qualquer outro meio oficial que vier a ser implantado, para obter informações sobre o status da guia solicitada ou qualquer outra dúvida relacionada ao fluxo de solicitação e autorização;

II. Apresentar ao prestador de serviços credenciado que realizará o procedimento, documento de identificação com foto, cartão de identificação do Ipasgo Saúde e Pedido Médico/Odontológico emitido pelo profissional solicitante, o próprio prestador solicitará a autorização prévia ao Ipasgo Saúde;

III. Apresentar ao prestador de serviços credenciado sempre que solicitado pelo Ipasgo Saúde, laudo, relatório, exames e quaisquer outros documentos que possua e comprovem a necessidade do procedimento; e

IV. Caso o Ipasgo Saúde necessite da presença do Beneficiário para perícia, este deverá comparecer no local indicado pela operadora munido dos documentos necessários e indicados por ela.

Art. 56. O Ipasgo Saúde garantirá a análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia nos prazos estabelecidos em atos normativos internos, contados a partir do momento do recebimento da solicitação.

Art. 57. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, quando obrigatória, desobriga o Ipasgo Saúde de seu pagamento.

Art. 58. O Ipasgo Saúde poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar auditorias médicas e/ou odontológicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 59. A permanência de Beneficiários em regime de internação hospitalar, qualquer que

seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do Ipasgo Saúde.

Art. 60. As informações acerca da rede assistencial do PLANO poderão ser obtidas pelo Beneficiário por meio do site oficial do Ipasgo Saúde, via aplicativo IPASGO FÁCIL e/ou das unidades descentralizadas do Ipasgo Saúde.

Seção IV

Do Padrão de Acomodação

Art. 61. Nas situações de internação hospitalar, será garantido ao Beneficiário inscrito neste PLANO o padrão de acomodação Privativa/ Apartamento (Conforto Especial).

Parágrafo único. A opção pelo padrão de conforto Especial contempla exclusivamente o direito à internação hospitalar em acomodação privativa, não gerando quaisquer direitos adicionais quanto à cobertura assistencial.

Art. 62. Nos casos de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da rede assistencial do PLANO, na acomodação em que o Beneficiário está inscrito, será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional até que haja disponibilidade de leito no padrão aderido pelo Beneficiário, quando então será providenciada a sua transferência.

Art. 63. Caso o Beneficiário, por sua livre e espontânea vontade, venha optar por ser internado em acomodação superior àquela que tem direito, mediante acordo particular com o prestador, responderá pelos custos provenientes da opção, devendo o pagamento ser realizado diretamente ao prestador, eximindo o Ipasgo Saúde de quaisquer responsabilidades daí decorrentes.

Seção V

Da Coparticipação

Art. 64. Além da contribuição mensal, será cobrado do Beneficiário a coparticipação sobre os custos dos eventos ambulatoriais e odontológicos previstos no presente Regulamento, de acordo com a utilização do Beneficiário Titular e Dependente.

Art. 65. O percentual de coparticipação será de 30% (trinta) por cento aplicado sobre o valor das consultas e exames complementares, serviços ou procedimentos realizados em ambulatório, conforme Tabela de Procedimentos do Ipasgo Saúde, divulgada em seu site eletrônico.

Art. 66. Os procedimentos realizados em regime de internação não estão sujeitos ao pagamento de coparticipação.

Art. 67. As Coparticipações dos beneficiários Titulares e Dependentes serão debitadas em

conta corrente do Titular ou, se autorizado por este, na conta corrente do próprio dependente, ou ainda, por meio de boleto bancário.

Art. 68. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações dos procedimentos realizados até a data de exclusão do PLANO, ainda que a cobrança venha a ser efetivada em data posterior.

Art. 69. Exclusivamente para o Beneficiário inscrito no Programa de Apoio Social - PAS, quando atendidos os critérios estabelecidos em normas internas, convênios ou qualquer outra legislação aplicada a esse instituto, poderá ser concedida a isenção ou redução no valor da coparticipação para os procedimentos estabelecidos em ato normativo próprio.

CAPÍTULO XII

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Seção I

Dos Critérios para Contribuição

Art. 70. A forma de contribuição do Beneficiário devida ao Ipasgo Saúde é definida de acordo com a sua qualificação, respeitadas as condições de admissão previstas neste Regulamento e os limites definidos nesta seção, da seguinte forma:

I. por desconto percentual: para o Beneficiário Titular e seus Dependentes DENTRO do Grupo Familiar, qualificados neste Regulamento, desde que o Titular não esteja sujeito à contribuição por tabela atuarial; e

II. por tabela atuarial: para os Beneficiários Titulares abaixo listados e os Dependentes FORA do Grupo Familiar, desde que atendam aos critérios de elegibilidade para inscrição nos termos deste Regulamento:

a) ex-servidores da administração pública estadual ou de entidade da administração pública, direta ou indireta, conveniada;

b) empregados públicos estaduais inativos e respectivos pensionistas, que recebem benefícios concedidos pelo Regime Geral de Previdência Social decorrente de vínculo com entidade pública estadual;

c) contribuinte facultativo dobrista e cartorário titular de ofício ou serventuário de justiça não remunerados pelos cofres públicos; e

d) os servidores estaduais licenciados sem direito à remuneração ou à disposição de outro órgão sem ônus para os cofres públicos estaduais.

Art. 71. O servidor e/ou empregado da administração pública, que, na qualidade de Beneficiário Titular, **comprovar a condição de solteiro, viúvo, separado judicialmente ou**

divorciado, poderá optar pelo pagamento da mensalidade por cálculo atuarial (faixa etária).

Parágrafo único. Uma vez exercida essa opção neste PLANO, o retorno à mensalidade por desconto percentual somente poderá ocorrer após o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, salvo se houver mudança de estado civil nesse período, situação em que a contribuição passará a ser por desconto percentual.

Art. 72. A contribuição do servidor e/ou empregado da administração pública na condição de casado, obrigatoriamente será por desconto percentual, exceto em caso de definição em sentido contrário no Convênio de Adesão.

Art. 73. O detentor de mandato eletivo terá sua contribuição por tabela atuarial, exceto na hipótese em que estiver vinculado a outro órgão ou entidade pública, quando terá opção de efetuar o desconto por percentual sobre a remuneração de maior valor.

Art. 74. A mensalidade por desconto percentual resulta de alíquota aplicada sobre a remuneração do Beneficiário Titular, observando-se os seguintes parâmetros:

PADRÃO DE CONFORTO	ESTADO DE GOIÁS	CONVÊNIOS
Especial	12,48%	≥ 14,48%

I. O desconto de mensalidades respeitará os limites mínimo e máximo estabelecidos em tabela disponibilizadas conforme art. 75 deste regulamento;

II. A base de cálculo sobre a qual incidirá a alíquota compõe-se da soma total mensal da remuneração paga ou creditada pelos cofres públicos ao Beneficiário Titular, excluídos o 13º salário, o adicional de férias e os pagamentos ou créditos de natureza indenizatória ou eventual, tais como honorários, diárias e ajuda de custo.

Parágrafo único. Caso o Beneficiário Titular possua mais de um vínculo com a administração pública, o desconto percentual incidirá sobre a soma total de todas as remunerações, observados os limites mínimo e máximo de contribuição.

Art. 75. As mensalidades do PLANO por tabela atuarial terão seus valores fixados por faixa etária, conforme cálculos atuariais.

Art. 76. As mensalidades fixadas por desconto percentual, bem como por tabela atuarial serão divulgadas no site oficial do Ipasgo Saúde, aplicativo Ipasgo e/ou na sede e unidades descentralizadas.

Art. 77. O Beneficiário Titular sujeito ao desconto percentual terá sua mensalidade lançada diretamente na sua folha de pagamento, mediante averbação no órgão de origem, permitida, a critério do Ipasgo Saúde, a cobrança por meio de débito em conta corrente do Beneficiário.

Art. 78. O pagamento das mensalidades dos beneficiários Titulares e Dependentes vinculados

à modalidade de tabela atuarial serão, exclusivamente, por meio de débito em conta corrente do Titular ou, se autorizado por este, na conta corrente do próprio dependente.

Art. 79. As mensalidades consignadas em folha de pagamento e descontadas dos beneficiários do Ipasgo Saúde devem ser depositadas em conta própria do Ipasgo Saúde, na forma estabelecida no Convênio de Adesão.

Art. 80. O beneficiário poderá pleitear a devolução de valores indevidamente recolhidos a título de mensalidade, no prazo de 5 (cinco) anos, sendo o montante devidamente atualizado segundo os índices oficiais para fins de restituição.

Seção II

Das Consequências da Inadimplência

Art. 81. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e Coparticipações, incluindo a dos seus Dependentes inscritos no PLANO, o Beneficiário Titular será notificado a efetuar o pagamento do débito no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de aplicação das seguintes medidas:

I. inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a suspensão/bloqueio dos serviços assistenciais. Se o débito não for regularizado e atingir 90 (noventa) dias de inadimplência, os beneficiários inadimplentes serão excluídos do PLANO;

II. a reincidência na inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a exclusão imediata dos beneficiários inadimplentes do PLANO.

§ 1º. A notificação de inadimplência poderá ser por meio de e-mail, carta registrada, SMS, WhatsApp e outros meios oficiais, considerando os dados cadastrais do beneficiário nos sistemas do Ipasgo Saúde.

§ 2º A exclusão decorrente da inadimplência não impede nova adesão aos PRODUTOS REGULAMENTADOS, desde que atendidos os critérios de elegibilidade, carências, regularização de débitos pendentes e demais regras estabelecidas nos regulamentos de cada produto.

Art. 82. O não pagamento das contribuições na data de vencimento ocasionará a incidência de juros diários de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) e multa de 1% (um por cento) ao mês.

Art. 83. Todos os valores devidos pelos Beneficiários inadimplentes constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após sua exclusão do PLANO.

CAPÍTULO XIII

DOS CONVÊNIOS POR ADESÃO

Art. 84. No termo de ajuste do convênio para prestação de serviços assistenciais descritos no PLANO aos Beneficiários inscritos, devem ser consignados:

- I.** o padrão acomodação a ser aplicado e a forma de contribuição, observada a formação de preço constante deste Regulamento;
- II.** fica vedada qualquer prestação de serviço ou benefício sem o correspondente pagamento de contribuição ou coparticipação;
- III.** o número de Beneficiários Dependentes sob responsabilidade do Beneficiário Titular do convênio fica sujeito ao levantamento da respectiva capacidade de endividamento, com base na remuneração declarada em comprovante de pagamento do órgão a que estiver vinculado;
- IV.** caso o Beneficiário Titular do convênio assumo cargo no serviço público estadual, a base de cálculo para a contribuição prevista na formação de preço deste Regulamento será ajustada conforme a remuneração recebida na qualidade de servidor estadual, desde que seja superior àquela previamente declarada pela entidade ou órgão conveniado;
- V.** o período de carência descrito neste Regulamento para a fruição dos serviços do Ipasgo Saúde pelos Beneficiários conveniados, será contado a partir da data do efetivo repasse de valores ao Ipasgo Saúde, pela entidade conveniada, referente às mensalidades dos Beneficiários regularmente inscritos; e
- VI.** a previsão da aplicação das regras estabelecidas neste Regulamento e atos normativos internos do Ipasgo Saúde.

Art. 85. O Ipasgo Saúde realizará o acompanhamento periódico do desempenho financeiro de cada convênio celebrado com as entidades convenientes, por meio de estudo de viabilidade econômico-financeira.

Art. 86. O convênio que apresentar déficit entre a arrecadação e os gastos com os Beneficiários conveniados inscritos deverá ser reavaliado para fins de atualização e resgate do equilíbrio financeiro.

Art. 87. A inadimplência com as obrigações dos conveniados junto ao Ipasgo Saúde gera a suspensão dos serviços para atendimento aos Beneficiários até a regularização do respectivo cadastro.

Art. 88. O Ipasgo Saúde rescindir o contrato realizado com entidades ou órgãos conveniados cujas obrigações financeiras estejam em atraso por mais de 60 (sessenta) dias da liquidação da folha de pagamento dos respectivos servidores ou empregados.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 89. As mensalidades devidas pelos serviços assistenciais previstos neste Regulamento, fixadas por faixa etária (tabela atuarial), sofrerão reposição inflacionária anualmente, de acordo com a variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, divulgado pelo IBGE e/ou, quando necessário, acrescido de reajustes técnicos apurados em estudos atuariais, realizados para este fim.

Art. 90. As mensalidades estabelecidas por desconto percentual sobre a remuneração sofrerão variação sempre que for reajustada a remuneração do Beneficiário Titular, não constituindo em reajuste do PLANO.

Parágrafo único. Os limites mínimo e máximo das mensalidades estabelecidas por desconto percentual sofrerão reposição inflacionária anualmente, de acordo com a variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, divulgado pelo IBGE e/ou, quando necessário, acrescido de reajustes técnicos apurados em estudos atuariais, realizados para este fim.

CAPÍTULO XV

DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 91. As contribuições mensais ao PLANO fixadas por tabela atuarial foram fixadas conforme a idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias abaixo discriminadas:

FAIXAS ETÁRIAS	
1^a	0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
2^a	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3^a	24 (vinte e quatro) a (28 (vinte e oito) anos de idade;
4^a	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5^a	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6^a	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7^a	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8^a	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9^a	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
10^a	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

§1º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com os demais reajustes previstos neste Regulamento.

CAPÍTULO XVI

PROGRAMAS ESPECIAIS

Art. 92. O Ipasgo Saúde poderá instituir, por meio de normas internas e regulamentos específicos, programas especiais com foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e conforto do beneficiário, tais como ações de prevenção e suporte para pacientes crônicos, assistência pré-hospitalar, redução ou isenção de coparticipação, atendimento domiciliar, dispensação de medicamentos, central de vacinação, transporte de pacientes, entre outros, cuja participação do beneficiário será opcional, mediante prévia solicitação e pagamento de contribuição complementar.

Parágrafo único. A participação em programas está sujeita ao cumprimento, pelos beneficiários elegíveis, de requisitos e prazos de carência específicos.

CAPÍTULO XVII

DURAÇÃO

Art. 93. O PLANO de assistência oferecido pelo Ipasgo Saúde tem prazo de duração indeterminado, iniciando-se a sua vigência com a efetivação da inscrição e pagamento da primeira mensalidade devida pelo Beneficiário.

CAPÍTULO XVIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 94. Integram o presente regulamento, para todos os efeitos legais e de direito, o Manual do Beneficiário, as Tabelas de Contribuição Atuarial, o Guia Médico, as Tabelas de Procedimentos do Ipasgo Saúde, os Regulamentos de Programas Especiais e demais atos normativos internos disciplinadores de procedimentos técnicos e operacionais, publicados e vigentes até a data do registro da operadora na ANS.

Art. 95. Os casos omissos e não previstos neste Regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, ou outro órgão que vier a substituí-lo.

Art. 96. Nos termos da legislação em vigor, garante-se aos beneficiários inscritos no sistema Ipasgo Saúde, o sigilo médico referente à assistência prestada.

Art. 97. Este Regulamento entrará em vigor, por prazo indeterminado, a partir da sua aprovação pelo Conselho de Administração do Ipasgo Saúde, podendo sofrer alterações mediante modificações legislativas.



Regulamento Plano
Ipasgo Saúde Cerrado

Registro ANS nº 500.641/24-4

Vigência: 15/10/2024

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	02
CAPÍTULO II - CARACTERÍSTICAS GERAIS	04
CAPÍTULO III - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	05
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	06
CAPÍTULO V - REGRAS PARA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO	07
Seção I - Da manutenção no plano	07
Seção II - Do licenciado ou afastado	08
CAPÍTULO VI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	09
CAPÍTULO VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	10
Seção I - Das coberturas ambulatoriais	11
Seção II - Das coberturas hospitalares com obstetrícia	13
Seção III - Das coberturas odontológicas	17
CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	21
CAPÍTULO IX - PERÍODOS DE CARÊNCIA	24
CAPÍTULO X - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	26
CAPÍTULO XI - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
Seção I - Do atendimento	28
Seção II - Da remoção	30
Seção III - Do reembolso	31
Capítulo XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	32
Seção I - Do cartão de identificação	32
Seção II - Do padrão de acomodação	33
Seção III - Das condições de atendimento e autorização prévia	33
Seção IV - Da junta médica	35
Seção V - Da rede assistencial hospitalar	36
Seção VI - Da coparticipação	37
Capítulo XIII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	38
Seção I - Das consequências da inadimplência	38
Capítulo XIV - REAJUSTE	39
Seção I - Do reajuste anual	40
Seção II - Do reajuste por agrupamento	41
Capítulo XV - FAIXAS ETÁRIAS	43
Capítulo XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS	44

REGULAMENTO DO PLANO IPASGO SAÚDE CERRADO

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

Art. 1º. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

III. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e atuação em todo o território nacional, com a finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados;

IV. AGRAVO: acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária;

V. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS/CONVÊNIOS: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos/convênios, do risco inerente à operação de cada um deles;

VI. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos;

VII. ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

VIII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

IX. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA: evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

X. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: pessoa física cujo vínculo contratual/convenial com a operadora de planos de saúde depende da existência de relação de dependência a um benefi-

ciário titular, nos termos deste Regulamento;

XI. BENEFICIÁRIO TITULAR: pessoa física cujo contrato/convênio o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora;

XII. CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas;

XIII. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.^a revisão;

XIV. COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços com cobertura assistencial médico ambulatorial, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XV. COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVI. COBERTURA ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVII. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses de suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes;

XVIII. COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, dentre outras;

XIX. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

XX. COPARTICIPAÇÃO: mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

XXI. ESTUDO TÉCNICO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do Beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do plano e definição de

mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contribuição mensal e coparticipação;

XXII. HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

XXIII. MECANISMO DE REGULAÇÃO: meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras com a finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde;

XXIV. PATROCINADOR: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração;

XXV. RECOMPOSIÇÃO INFLACIONÁRIA: é o aumento da contribuição mensal do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em Regulamento;

XXVI. REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do Convênio, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado;

XXVII. REDE ASSISTENCIAL: conjunto de estabelecimentos e profissionais de saúde, próprios, credenciados ou contratados, para a prestação de assistência aos beneficiários, dentro da área de atuação do PLANO;

XXVIII. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento, que se constitui no rol exaustivo de coberturas contratadas; e

XXIX. SINISTRALIDADE: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários durante o período analisado.

Parágrafo único. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 2º. O **SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO SAÚDE**, neste ato designado simplesmente como Ipasgo Saúde, Operadora de PLANO Privado de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 424188 e classificada como autogestão, multipatrocinada, inscrita no CNPJ sob o nº 50.565.317/0001-43, localizado na Avenida Primeira Radial, nº 586, Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP 74.820-300, é a instituição que ofertará e gerenciará o PLANO Privado de

Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado PLANO.

Art. 3º. Considera-se **PATROCINADOR**, a pessoa jurídica que celebra Convênio de Adesão com o **Ipasgo Saúde** para a adesão espontânea e opcional dos seus beneficiários ao **PLANO**, observado o disposto neste Regulamento, no Estatuto Social do **Ipasgo Saúde**, bem como na regulamentação da ANS em vigor aplicável às entidades de autogestão.

Parágrafo único. O **Ipasgo Saúde** será **PATROCINADOR** do **PLANO** oferecido para a livre e espontânea adesão dos seus **empregados e administradores**, observado o seu Estatuto Social.

Art. 4º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **Ipasgo Saúde Cerrado** e está registrado na ANS sob o nº 500.641/24-4 possuindo como Características Gerais:

I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico;

III. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Estados;

IV. Área de Atuação: Estado de Goiás e Distrito Federal;

V. Padrão de Acomodação em Internação: Enfermaria;

VI. Formação do Preço: Preestabelecido;

VII. Fator Moderador: Coparticipação;

VIII. Tipo de Plano: Plano Regulamentado.

CAPÍTULO III

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto disciplinar a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de **PLANO** privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), exclusivamente de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do **PLANO** privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º. Poderão se inscrever no **PLANO**:

I. Na qualidade de **Beneficiário Titular**, as pessoas naturais que possuam vínculo com os **PATROCINADORES** nas seguintes condições:

- a)** servidores públicos e militares, ativos, inativos, ex-servidores e pensionistas, vinculados ao **PATROCINADOR**;
- b)** servidores públicos de outros entes da Federação que estiverem cedidos ao Estado de Goiás, com ônus para o órgão requisitante;
- c)** detentores de mandato eletivo do Executivo e do Legislativo estadual ou municipal, durante o seu exercício; e
- d)** empregados, aposentados e administradores do próprio **Ipasgo Saúde**.

II. Na qualidade de **Beneficiário Dependente** do Titular:

- a)** o cônjuge ou companheiro na união estável, incluindo união homoafetiva;
- b)** a pessoa separada, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com ou sem a percepção de pensão alimentícia;
- c)** os filhos, natural ou adotivos, e enteados, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d)** os filhos, natural ou adotivos, e enteados, entre 21 (vinte e um) anos e a véspera em que completarem 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- e)** o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

Parágrafo único. A inclusão do Dependente constante na alínea “a” do inciso II deste artigo exclui a possibilidade de inscrição de Dependente constante da alínea “b” do mesmo inciso.

Art. 7º. A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular no **PLANO**.

Art. 8º. A inscrição de Beneficiários se dará mediante preenchimento de Termo de Adesão, que deverá ser apresentado ao **Ipasgo Saúde**, no qual o Titular manifesta a sua concordância com os termos deste Regulamento, bem como quanto à inscrição de eventuais Dependentes.

§1º. Ao Termo de Adesão deverão ser obrigatoriamente anexados, pelo Beneficiário Titular, todos os documentos comprobatórios dos dados cadastrais definidos pelo **Ipasgo Saúde**, inclusive o CPF, consoante listagem disponível no endereço eletrônico da operadora, que pode ser consultada por telefone ou diretamente na sede do **Ipasgo Saúde**.

§2º. O Beneficiário Titular vinculado ao **PATROCINADOR** poderá optar por inscrever seus Beneficiários Dependentes em plano diferente do seu, desde que constante no Convênio de Adesão e observadas as regras e condições do plano escolhido, responsabilizando-se pelo pagamento das respectivas mensalidades e coparticipações.

§3º. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os Beneficiários a ele vinculado, mesmo que inscritos em planos diferentes do seu, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e sua regulamentação, e o previsto neste Regulamento.

Art. 9º. O **PATROCINADOR** se obriga a solicitar, por escrito, conforme datas limites previstas no Convênio de Adesão, as movimentações para inclusões, alterações e exclusões de beneficiários para os efeitos deste **PLANO**, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema do **Ipasgo Saúde**.

Art. 10. É dever do Beneficiário manter atualizadas as informações cadastrais perante o **Ipasgo Saúde**, que possui o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V

REGRAS PARA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Manutenção no Plano

Art. 11. É assegurado o direito de manter a condição de Beneficiário Titular, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando inscrito no PLANO, desde que assumo o pagamento integral das mensalidades e/ou coparticipações do PLANO, nas seguintes situações:

- I. no caso de sua aposentadoria, exoneração ou demissão sem justa causa;
- II. quando do término do seu mandato eletivo.

§1º. Para o exercício do direito descrito no caput, o Beneficiário Titular deverá fazer opção pela manutenção no PLANO, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da respectiva situação descrita acima.

§2º. A manutenção da condição de Beneficiário Titular prevista nesta Seção poderá, a seu critério, ser exercida individualmente ou estendida também a seus Dependentes inscritos quando do seu vínculo com o PATROCINADOR.

§3º. O Beneficiário Titular poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário, observados os limites de elegibilidade previstos neste Regulamento.

§4º. Na hipótese do Beneficiário Titular que se aposentar e continuar trabalhando no PATRO-

CINADOR, quando vier a se desligar/exonerar desse, é garantido o direito de manter-se como Beneficiário na condição de aposentado.

§5º. As garantias previstas neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados/servidores em decorrência de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

Art. 12. Em caso de óbito do Beneficiário Titular, o Beneficiário Dependente poderá se manter no PLANO, desde que:

- I. formalize expressamente junto ao Ipasgo Saúde a opção de permanência em até 90 (noventa) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO;
- II. informe a relação dos Beneficiários que permanecerão inscritos, observados os limites de elegibilidade do PLANO; e
- III. assuma integralmente o pagamento das mensalidades e/ou coparticipações dos Beneficiários inscritos no PLANO.

Art. 13. O direito de manutenção no PLANO previsto nesta Seção deixará de existir quando:

- I. do cancelamento do plano privado ou do Convênio por Adesão pelo PATROCINADOR que concede este benefício aos Beneficiários a ele vinculados;
- II. pela solicitação de exclusão do Beneficiário.

§1º. Aos Beneficiários mantidos no PLANO na forma descrita nesta Seção é assegurado o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

§2º. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de PLANO individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

§3º. O pagamento integral das despesas assumidas pelo Beneficiário, na forma deste artigo, será cobrado mensalmente mediante débito automático em conta, emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizada pelo **Ipasgo Saúde**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

Seção II

Do Licenciado ou Afastado

Art. 14. O Beneficiário Titular, em situação de licença ou afastamento legal, poderá optar por se manter como Beneficiário do **PLANO** juntamente com seus Dependentes, desde que o Titular:

- I. esteja sem remuneração por qualquer motivo previsto em lei;
- II. formalize a opção de manter o plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação inequívoca do **PATROCINADOR** ao **Ipasgo Saúde** quanto ao início da licença não remunerada ou afastamento legal;

III. assuma o pagamento integral das contribuições **por** si e seus Dependentes, incluída a mensalidade, coparticipações e a parcela correspondente ao **PATROCINADOR**; e

IV. mantenha seu vínculo com o **PATROCINADOR**.

Art. 15. O período de manutenção da condição de Beneficiário descrito nesta Seção será pelo tempo correspondente à licença ou afastamento legal, durante o qual o Beneficiário Titular poderá realizar novas inscrições de Dependentes, observadas as regras descritas neste Regulamento, inclusive quanto à elegibilidade.

Art. 16. O pagamento integral das despesas pelo Beneficiário Titular será cobrado mensalmente mediante **débito automático em conta, emissão de boleto bancário** (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizada pelo **Ipasgo Saúde**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

CAPÍTULO VI

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 17. Caberá ao **PATROCINADOR** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I.** por fraude ou uso indevido do PLANO mediante devida apuração e comprovação;
- II.** perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III.** perda da qualidade de Dependente, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário; e
- IV.** quando da solicitação de exclusão apresentada pelo Beneficiário.

Art. 18. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Titular do **PLANO**, caberá ao **PATROCINADOR**, obrigatória e expressamente, informar ao **Ipasgo Saúde**:

- I.** se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II.** se o Beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando no **PATROCINADOR** após a aposentadoria;
- III.** se o Beneficiário contribuía para o pagamento do **PLANO** em virtude do vínculo mantido com o **PATROCINADOR**;
- IV.** por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do **PLANO**; e
- V.** se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo único. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações

de exclusão dos Beneficiários do **PLANO**, mediante comprovação de que o Beneficiário foi comunicado do direito de manutenção previsto na Lei nº 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 19. O **Ipasgo Saúde** poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do **PATROCINADOR**, nas seguintes hipóteses:

I. em caso de fraude ao **PLANO** ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

II. perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento; e

III. perda da qualidade de Dependente, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário;

IV. interrupção do pagamento das contribuições e eventuais coparticipações pelo Beneficiário, após prévia notificação para pagamento, nos termos deste regulamento;

V. a pedido do Beneficiário, quando excedido o prazo para o **PATROCINADOR** providenciar a comunicação de exclusão requerida.

Art. 20. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário Titular de quitar eventuais débitos com o **Ipasgo Saúde**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO VII

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 21. O **PLANO** garante ao Beneficiário regularmente inscrito os atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e odontológicos, exclusivamente de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) em vigor na data do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), a ser prestado na área de atuação do **PLANO**, através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede assistencial do **PLANO**.

§1º. Havendo indicação do profissional assistente, fica assegurada a cobertura para os serviços de anestesia e sedação, bem como a equipe necessária à realização dos procedimentos previstos e listados neste Capítulo e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, respeitados os critérios de credenciamento entre o **Ipasgo Saúde** e os prestadores de serviços de saúde.

§2º. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, compreendendo o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§3º. O atendimento aos beneficiários inscritos nesse **PLANO** está garantido independentemente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento que os ensejar, respeitadas a área de atuação do PLANO, a rede assistencial do **PLANO**, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária (CPT), quando houver.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 22. A cobertura ambulatorial abrange os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei 9.656/98 e normativo infralegal vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, devendo garantir as seguintes coberturas:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM:

a) Para efeito de cobertura assistencial, as áreas de atuação não são consideradas especialidades médicas, ainda que reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

III. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**

IV. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**

V. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente**;

VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VII. Ações de planejamento familiar, que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações;

VIII. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

IX. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

X. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde:

a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XI. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e, respeitando-se**, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento que contém o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, apresentando eficácia e segurança equivalentes à do medicamento de referência e podendo, com este, ser intercambiável, e é designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme Lei n.º 9.787/1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente (atualmente, a ANVISA).

XII. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação

e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIV. Hemoterapia ambulatorial;

XV. Assistência odontológica de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT); e

XVI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais na forma definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares com Obstetrícia

Art. 23. A cobertura hospitalar com obstetrícia definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observada a área de atuação e a rede assistencial do **PLANO**, compreende os seguintes serviços:

I. Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

II. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III. Cobertura da atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, sendo observado:

a) o atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;

b) haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, praticadas por portadores de doenças mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;

c) para fins de cobertura, prazos de carência e cobertura parcial temporária (CPT), as lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal;

d) haverá cobertura de hospital-dia (como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento; e

e) nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação na forma definida neste regulamento.

IV. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

V. Procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério;

VI. Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, sendo esse último entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

VII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos prazos de carência já cumpridos pelo titular;

VIII. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento;

X. Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observado o disposto na regulamentação;

XI. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XII. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

XIII. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, observadas as seguintes disposições:

a) cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

b) o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) a operadora poderá/deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

XIV. Despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos de idade;

b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas com deficiência;

XV. Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, **órgãos, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;**

XVI. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência.

XVII. Procedimentos ambulatoriais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, quando houver:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização do

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações;

d) procedimentos radioterápicos;

e) hemoterapia;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.

XVIII. Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do profissional assistente;

XIX. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XX. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;

XXI. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XXII. Transplantes e procedimentos a eles vinculados, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia) exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;

e) os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente;

f) os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição

de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;

g) as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT;

h) são competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada, e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor; e

i) os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de emergência, nos termos da regulamentação vigente.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 24. O **PLANO** garante a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica e suas atualizações, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), observadas a área geográfica de abrangência e a rede assistencial do **PLANO**, credenciada ou referenciada do **Ipasgo Saúde** vinculada ao plano de saúde, conforme relação a seguir:

I. Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

a) Consulta odontológica;

b) Consulta odontológica inicial;

c) Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;

d) Condicionamento em odontologia;

e) Teste de fluxo salivar;

f) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);

g) Teste de PH salivar (acidez salivar);

h) Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

II. Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

III. Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) Atividade Educativa em Saúde Bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação Tópica de Flúor;
- d) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- e) Profilaxia – polimento coronário;
- f) Aplicação de selante;
- g) Dessensibilização dentária;
- h) Remineralização dentária;
- i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

IV. Procedimentos de DENTÍSTICA:

- a) Aplicação de carióstático;
- b) Adequação do meio bucal;
- c) Restauração em amálgama;
- d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- e) Núcleo de preenchimento;
- f) Ajuste oclusal;
- g) Restauração em ionômero de vidro;
- h) Restauração em resina fotopolimerizável;
- i) Restauração temporária /tratamento expectante;
- j) Tratamento restaurador atraumático;
- k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

V. Procedimentos de PERIODONTIA:

- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;

- c) Imobilização dentária;
- d) Gengivectomia/gengivoplastia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Cunha proximal;
- g) Cirurgia periodontal a retalho;
- h) Tratamento de abscesso periodontal;
- i) Enxerto gengival livre;
- j) Enxerto pediculado.

VI. Procedimentos de ENDODONTIA:

- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intracanal;
- d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e) Retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i) Remoção de núcleo intra-canal;
- j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Procedimentos de CIRURGIA:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e) Cirurgia para tórus/exostose;
- f) Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;

- l)** Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia labial;
- m)** Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia lingual;
- n)** Remoção de dentes (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o)** Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial;
- q)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s)** Ulectomia/Ulotomia;
- t)** Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u)** Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v)** Punção aspirativa / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w)** Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
- x)** Bridectomia/ bridotomia;
- y)** Odonto-secção;
- z)** Redução de luxação da ATM;
- aa)** Tunelização;
- bb)** Remoção de odontoma;
- cc)** Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
- dd)** Reconstrução de sulco gengivo-labial;
- ee)** Remoção de dreno extra-oral;
- ff)** Remoção de dreno intra-oral;
- gg)** Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
- hh)** Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânulo salivar.

VIII. Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

- a)** Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b)** Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c)** Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d)** Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;

- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética;
- g) Reembasamento de coroa provisória.

Art. 25. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 26. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9.656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias garantidas neste Regulamento, **ESTÃO EXCLUÍDOS DE COBERTURA DO PLANO OS EVENTOS E DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO E OS PROVENIENTES DE:**

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do Ipasgo Saúde sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II. atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências e/ ou sob cobertura parcial temporária (CPT), respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, ou, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvadas as exceções estabelecidas pela ANS;

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade es-

tética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII. Inseminação artificial;

VIII. Atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade referentes às doenças e lesões preexistentes, dentro do período da cobertura parcial temporária (CPT);

IX. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

X. Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XI. Fornecimento de materiais, medicamentos e insumos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XII. Consultas domiciliares;

XIII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

XIV. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XV. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

XVI. Aparelhos ortopédicos;

XVII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIX. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados

pela autoridade competente;

XX. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XXI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XXIII. Remoção domiciliar;

XXIV. Remoção de pacientes por via aérea;

XXV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência e área de atuação do PLANO, bem como despesas decorrentes de serviços realizados por prestadores não credenciados ao PLANO, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores de serviços não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento;

XXVIII. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas e/ou odontológicas não reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe profissional;

XXIX. Despesas relativas ao acompanhante do Beneficiário, exceto para aquelas previstas neste Regulamento;

XXX. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXXI. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXXII. Avaliação pedagógica;

XXXIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXIV. Cirurgia para mudança de sexo;

XXXV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXVI. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);

XXXVII. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;

XXXVIII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIX. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XL. Transplantes ósseos;

XLI. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

XLII. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XLIII. Enxertos com biomateriais;

XLIV. Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XLV. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

XLVI. Cirurgias odontológicas a laser;

XLVII. Clareamento dentário; e

XLVIII. Procedimentos, exames e tratamentos médicos e odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento.

CAPÍTULO IX

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO.

Art. 28. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento dos prazos de carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente na época do evento:

Quadro de Prazos de Carências	
Procedimentos	Prazo
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e Exames Simples	30 dias
Assistência Odontológica Preventiva	60 dias
Exames de Alta Complexidade e Procedimentos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Obstétricas e Psiquiátricas	180 dias
Transplantes cobertos pelo Regulamento	180 dias
Demais procedimentos, médicos ou odontológicos, não especificados nesta tabela	180 dias
Parto a termo	300 dias

§1º. A eventual antecipação das contribuições mensais pelos Beneficiários não poderá abreviar os prazos de carências estabelecidos neste Regulamento.

§2º. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO, e também será observado na hipótese de reingresso de Beneficiários.

Art. 29. Não será exigido o cumprimento de prazos de carências do Beneficiário que se inscrever no PLANO, desde que o respectivo Convênio por Adesão possua 30 (trinta) beneficiários ou mais, e ocorra uma das seguintes hipóteses:

I. a adesão do novo Beneficiário seja formalizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do Convênio ou de sua vinculação ao PATROCINADOR;

II. a inscrição do Beneficiário elegível seja formalizada no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de aniversário do Convênio de Adesão.

Art. 30. Será ainda isento do cumprimento dos períodos de carência:

I. o recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, desde que seja elegível para o PLANO e a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de realização do parto ou da adoção; e

II. o Beneficiário que se inscrever no PLANO no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o PLANO.

Parágrafo único. Entende-se por data que se tornar elegível, para fins do disposto neste artigo, exemplificativamente, a data da concessão da aposentadoria para a inscrição de servidor inativo, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento ou da adoção para a inscrição de filho

recém-nascido, dentre outras.

Art. 31. Para o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, haverá o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, **desde que sua inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da adoção, observadas as disposições contidas na regulamentação da ANS.**

Art. 32. Nos casos de reingresso, as carências já cumpridas pelo Beneficiário serão aproveitadas no PLANO, **desde que a nova solicitação de inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após o cancelamento do plano anterior.**

Art. 33. **Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.**

CAPÍTULO X

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao PLANO.

Art. 35. **No momento da adesão ao PLANO, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, e ainda, ao pagamento de indenização pelos danos causados pelo ilícito praticado.**

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada sob a orientação de um médico pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do **PLANO**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§3º. **Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do PLANO, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.**

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde serão declaradas as doenças ou lesões (DLP) que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao **PLANO** privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. **A inscrição do Beneficiário somente será efetivada após apresentação**

da Declaração de Saúde, ao Ipasgo Saúde, que poderá aplicar a cobertura parcial temporária (CPT) às doenças ou lesões preexistentes (DLP) constantes na Declaração de Saúde do Beneficiário.

§6º. A contagem do período da cobertura parcial temporária (CPT) iniciará a partir da inclusão do Beneficiário no PLANO.

Art. 36. É vedada a alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou a aplicação de cobertura parcial temporária (CPT), nos seguintes casos:

I. ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;**

II. quando o Convênio por Adesão possuir 30 (trinta) Beneficiários inscritos ou mais na data da inscrição do novo Beneficiário, desde que:

a) a adesão do novo Beneficiário ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do Convênio ou de sua vinculação ao PATROCINADOR; ou

b) a inscrição dos Beneficiários elegíveis ao PLANO ocorra no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de aniversário do Convênio por Adesão.

Art. 37. Não poderá ser alegada a omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pelo **Ipasgo Saúde**, com vistas à sua admissão no **PLANO** privado de assistência à saúde.

Art. 38. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão (DLP) que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o Ipasgo Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 39. A cobertura parcial temporária (CPT) consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

§1º. Vincula-se o conceito de leito de alta tecnologia à internação em qualquer dos tipos de unidade de tratamento intensivo definidos na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde, ou norma substituta.

§2º. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <https://www.gov.br/ans/pt-br>.

Art. 40. O período de cobertura parcial temporária (CPT) não se confunde com as carências para cobertura assistencial, que estão definidas em cláusula própria neste Regulamento, sendo institutos diversos e, portanto, a exclusão de um não afasta a obrigatoriedade do cumprimento de outro.

Art. 41. Exercendo prerrogativa legal, o Ipasgo Saúde não optará pelo ofere-

cimento do Agravo.

Art. 42. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP) por ocasião da adesão ao PLANO privado de assistência à saúde, o Ipasgo Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária (CPT).

§1º. Caso o Beneficiário não concorde com a alegação, o **Ipasgo Saúde** poderá encaminhar a documentação pertinente à ANS, solicitando abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência.

§2º. O **Ipasgo Saúde** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão dos serviços ou exclusão do Beneficiário, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

§4º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§5º. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo administrativo.

§6º. Após julgamento, e acolhida a alegação do Ipasgo Saúde, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência à saúde prestada pelo PLANO que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação do Beneficiário quanto a constatação da doença e lesão preexistente (DLP), pelo Ipasgo Saúde, bem como será excluído do PLANO.

CAPÍTULO XI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 43. Os eventos caracterizados como de urgência e emergência são assim definidos:

I. Urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no pro-

cesso da gestação; e

II. Emergência: evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 44. O Atendimento de urgência/emergência odontológico abrange:

- a) Consulta odontológica de urgência;**
- b) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;**
- c) Tratamento de odontalgia aguda;**
- d) Imobilização dentária;**
- e) Recimentação de peça/trabalho protético;**
- f) Tratamento de alveolite;**
- g) Colagem de fragmentos dentários;**
- h) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;**
- i) Reimplante de dente avulsionado com contenção.**

Art. 45. Entende-se por acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico.

Parágrafo único. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do Beneficiário no plano, os atendimentos decorrentes de acidente pessoal estarão garantidos, observada a área de atuação do PLANO e a cobertura contratada.

Art. 46. Terão garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, em ambiente ambulatorial ou até que ocorra a necessidade de estrutura hospitalar, os seguintes casos de urgência e emergência:

I. Atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

II. Atendimentos que evoluírem para internação, durante o período de carência para internação; e

III. Atendimento que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP), durante o período de cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 47. Ultrapassadas as primeiras 12(doze) horas de atendimento ou havendo a necessidade de continuidade de tratamento em regime hospitalar, a responsabilidade financeira passa a ser do Beneficiário, não cabendo ônus ao

Ipasgo Saúde.

Art. 48. Cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária (CPT), os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura contratada, sem restrições, no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

Seção II **Da Remoção**

Art. 49. Fica assegurada a remoção, por via terrestre, inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino) do Beneficiário regularmente inscrito, mediante comprovada necessidade e indicação médica, observada a cobertura garantida e a área de abrangência geográfica do **PLANO**.

Parágrafo único. Depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, sendo caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao Beneficiário, o **Ipasgo Saúde** assegura a remoção terrestre para outro estabelecimento pertencente à rede assistencial do **PLANO**.

Art. 50. Haverá remoção do Beneficiário para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre que o Beneficiário estiver nas seguintes situações:

- I.** Em período de carências para internação e/ou parto; e
- II.** Em período de cobertura parcial temporária (CPT) para as doenças e lesões preexistentes (DLP).

Art. 51. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I.** Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário ou seu Responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o **Ipasgo Saúde**, desse ônus;
- II.** Caberá ao **Ipasgo Saúde** o ônus e a responsabilidade da remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III.** Na remoção, o **Ipasgo Saúde** deverá disponibilizar ambulância, por via terrestre, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV.** Quando o Beneficiário ou seu Responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, o **Ipasgo Saúde** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III

Do Reembolso

Art. 52. Nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial do **PLANO**, dentro da área de atuação prevista neste Regulamento, será assegurado o reembolso das despesas efetuadas pelo Beneficiário, no limite das coberturas previstas neste **PLANO**.

§1º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso praticada junto à rede assistencial do **Ipasgo Saúde**, disponível no site da operadora, deduzidos os montantes devidos pelo Beneficiário a título de coparticipação.

§2º. O **Ipasgo Saúde** efetuará o reembolso no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa apresentada pelo interessado. Havendo a necessidade de complemento de documentos pelo Beneficiário, o prazo de reembolso será reiniciado.

§3º. O reembolso de despesas deverá ser requerido ao **Ipasgo Saúde** com toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, incluindo, os seguintes documentos:

I. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- a) Nome completo do beneficiário;
- b) Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
- c) Especialidade, se profissional médico;
- d) Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
- e) Data de quitação do serviço.

II. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

- a) Nome completo do beneficiário;
- b) Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- c) Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- d) Especialidade, se profissional médico; e
- e) Data de quitação do serviço.

III. Quaisquer outros documentos solicitados pelo Ipasgo Saúde.

§4º. O pagamento do reembolso será feito somente ao Beneficiário Titular ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

§5º. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário e que estejam contempladas na cobertura prevista no **PLANO**.

§6º. Os procedimentos realizados em ocasiões de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

§7º. O prazo de prescrição para o Beneficiário solicitar o reembolso e apresentar a documentação necessária é de 12 (doze) meses, a contar da data do atendimento que deu causa ao pedido de reembolso.

CAPÍTULO XII

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Cartão De Identificação

Art. 53. Os Beneficiários do **PLANO** deverão identificar-se, perante a rede assistencial do **PLANO**, através da apresentação de cartão de identificação válido, físico ou eletrônico, disponibilizado pelo **Ipasgo Saúde**, acompanhada de documento oficial de identidade.

§1º. O cartão de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o Beneficiário por sua utilização indevida.

§2º. É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de exclusão do **PLANO**, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo **Ipasgo Saúde**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, o **Ipasgo Saúde**, a partir da exclusão do Beneficiário.

§3º. Os cartões de identificação recepcionados pelo **Ipasgo Saúde**, na hipótese de exclusão do Beneficiário, serão eliminados de forma segura, da mesma forma que todos os demais dados pessoais, à exceção dos casos ressaltados na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

§4º. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

§5º. O uso indevido do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo **Ipasgo Saúde**, por qualquer Beneficiário, ensejará indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Titular, e suas consequências.

§6º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderem essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

§7º. Ocorrendo roubo, furto, perda ou extravio do cartão de identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato ao **Ipasgo Saúde**, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pelo **Ipasgo Saúde**.

Seção II

Do Padrão De Acomodação

Art. 54. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, conhecida como enfermaria.

Parágrafo único. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **Ipasgo Saúde**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede assistencial do **PLANO**, **até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.**

Seção III

Das Condições De Atendimento E Autorização Prévia

Art. 55. Para realização das coberturas assistenciais deste **PLANO**, o Beneficiário deverá assinar as solicitações de procedimentos e observar os mecanismos de regulação adotados pelo **Ipasgo Saúde** para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados pelo **PLANO**.

Art. 56. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede assistencial do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 57. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede assistencial do **PLANO**, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 58. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas ou Odontológicas: Os Beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos/odontólogos credenciados ao **Ipasgo Saúde**, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede assistencial do **PLANO** serão prestadas pelo médico/odontólogo que estiver de plantão;

II. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétri-

cas: serão realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora; e

III. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação o pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora.

§1º. Na hipótese de **INDISPONIBILIDADE** de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço no município em que o beneficiário o demandar, **APÓS PRÉVIO CONTATO DO BENEFICIÁRIO COM A OPERADORA**, o **Ipasgo Saúde** se obriga a autorizar o serviço solicitado em prestador não integrante da rede assistencial do **PLANO**, no município demandado ou no prestador integrante ou não da rede assistencial do **PLANO** nos municípios limítrofes, observada a área de abrangência geográfica do plano, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la.

§2º. Na hipótese de **INEXISTÊNCIA** de prestador integrante ou não da rede assistencial do **PLANO** que ofereça o serviço no município em que o Beneficiário o demandar, **APÓS PRÉVIO CONTATO DO BENEFICIÁRIO COM A OPERADORA**, o **Ipasgo Saúde** se obriga a autorizar em prestador integrante ou não da rede assistencial, nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual faz parte o município, observada a área de abrangência geográfica do plano, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la.

§3º. Na impossibilidade de agendamento do serviço demandado no prazo estabelecido pela regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS, no mesmo município, em município limítrofe ou na região de saúde, o **Ipasgo Saúde** se obriga a garantir o transporte do Beneficiário até um prestador mais próximo, apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, observada a área de abrangência geográfica do plano.

§4º. A escolha do meio de transporte fica a critério do **Ipasgo Saúde**, de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário.

Art. 59. É permitido ao **Ipasgo Saúde** o referenciamento a determinados prestadores da rede assistencial do **PLANO**, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria do **Ipasgo Saúde** recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Parágrafo único. O referenciamento de estrutura de saúde própria ou indicada pelo **Ipasgo Saúde** tem por finalidade proporcionar a resolutividade da assistência, conforme a necessidades apresentada no caso.

Art. 60. O prazo de internação autorizado constará na senha autorizada e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o prestador credenciado deverá solicitar ao **Ipasgo Saúde**, conforme fluxo

existente, a prorrogação conforme pedido do médico assistente.

Art. 61. Para realização de procedimentos que necessitem de avaliação/autorização prévia da auditoria médica da operadora, o Beneficiário deverá:

I. Contatar a Central de Atendimento ou a algum posto de atendimento do **Ipasgo Saúde** para informação caso tenha dúvidas quanto ao fluxo de solicitação de autorização;

II. Apresentar ao prestador de serviços credenciado que realizará o procedimento, documento de identificação com foto, cartão de identificação do **Ipasgo Saúde** e Pedido Médico/Odontológico emitido pelo profissional solicitante, o próprio prestador solicitará a autorização prévia ao **Ipasgo Saúde**;

III. Apresentar ao prestador de serviços credenciado sempre que solicitado pelo **Ipasgo Saúde**, laudo, relatório, exames e quaisquer outros documentos que possua e comprovem a necessidade do procedimento; e

IV. Caso o **Ipasgo Saúde** necessite da presença do Beneficiário para perícia com profissional avaliador, este deverá comparecer no local indicado pela operadora munido dos documentos necessários e indicados por ela.

§1º. O **Ipasgo Saúde** garantirá a análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia nos prazos estabelecidos pela ANS, contados a partir do momento do recebimento da solicitação.

§2º. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, quando obrigatória, desobriga o **Ipasgo Saúde** de seu pagamento.

§3º. O **Ipasgo Saúde** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

§4º. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do **Ipasgo Saúde**.

Seção IV

Da Junta Médica

Art. 62. Em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde coberto/solicitado, a Operadora garante a realização de Junta Médica ou Odontológica, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la, com vistas a solucionar a referida divergência.

§1º. A Junta Médica será constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos dois primeiros.

§2º. Em se tratando das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME), cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimen-

sões), necessárias à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; entretanto, o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atendam às características especificadas.

§3º. A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

§4º. A conclusão do médico desempatador será acatada pelas partes - operadora, Beneficiário e médico assistente, para fins de cobertura e autorização da solicitação que deu causa à divergência.

§5º. Caso o médico solicitante se recuse a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta, a operadora deverá garantir o profissional apto a realizá-lo.

Seção V

Da Rede Assistencial Hospitalar

Art. 63. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas estabelecidas na Lei 9.656/98, e na regulamentação editada pela ANS, a seguir descritas:

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência do Beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário; e

IV. O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários.

Art. 64. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico do **Ipasgo Saúde**, disponível em seu site eletrônico ou no aplicativo Ipasgo, de acordo com a área de atuação do plano contratado, sendo que as informações poderão ser confirmadas através do telefone 0800 62 1919.

Art. 65. O **Ipasgo Saúde** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com médicos, odontólogos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.

Seção VI

Da Coparticipação

Art. 66. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ao Ipasgo Saúde, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e por seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais, e constará do Termo de Adesão.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular, será cobrada coparticipação de 30,00% (trinta por cento) do custo final dos eventos ambulatoriais e odontológicos, quando da utilização pelos Beneficiários dos procedimentos previstos no presente Regulamento, limitada a R\$ 150,00 (cento e cinquenta) reais, por procedimento realizado.

§2º. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

§3º. A coparticipação terá por base a Tabela de Remuneração aos Prestadores da rede assistencial do **PLANO**, divulgada em seu site eletrônico.

§4º. Não incidirá coparticipação sobre os seguintes procedimentos:

- I. Quimioterapia;**
- II. Radioterapia;**
- III. Diálise;**
- IV. Hemodiálise; e**
- V. Internações.**

Art. 67. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do **PLANO**,

considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

CAPÍTULO XIII

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 68. O **PLANO** será custeado em regime de preço preestabelecido e será composto pelas seguintes fontes de receita:

- I.** Contribuições mensais devidas pelos Beneficiários Titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes;
- II.** Coparticipação dos Beneficiários, em razão da utilização dos serviços;
- III.** Valores repassados pelos **PATROCINADORES** e destinados aos Beneficiários que façam jus ao patrocínio, conforme estabelecido no respectivo Convênio.

Art. 69. As contribuições e eventuais coparticipações relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, serão descontadas em folha de pagamento, ficando o respectivo **PATROCINADOR** responsável pelo processamento dos referidos descontos, bem como pela transferência do montante ao **Ipasgo Saúde**, acrescido dos valores de patrocínio de sua responsabilidade, até o 5º (quinto) dia útil após a data de pagamento dos Beneficiários Titulares.

Art. 70. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições e coparticipações em despesas assistenciais, inclusive na situação dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, licenciados ou afastados, o Beneficiário deverá providenciar o recolhimento dos valores devidos ao **PLANO** junto ao **Ipasgo Saúde**, por meio de débito automático ou emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizado pelo **Ipasgo Saúde**, até o dia 10 (dez) do mês.

Seção I

Das Consequências Da Inadimplência

Art. 71. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e/ou coparticipações, incluindo a dos seus Dependentes inscritos no PLANO, o Beneficiário Titular será notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, como pré-requisito para a suspensão/bloqueio ou exclusão de beneficiários no PLANO, motivado por inadimplência.

Art. 72. A contar da notificação válida, o Beneficiário Titular terá o prazo de 10 (dez) dias para efetuar o pagamento do débito, mesmo que a notificação ocorra após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

Art. 73. Se, embora notificado, o Beneficiário Titular permanecer inadimplente, poderão ser aplicadas as seguintes medidas:

I. a inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a suspensão/bloqueio dos serviços assistenciais. Se o débito não for regularizado e atingir 90 (noventa) dias de inadimplência, os beneficiários inadimplentes serão excluídos do PLANO;

II. a reincidência na inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a exclusão imediata dos beneficiários inadimplentes.

Art. 74. Os períodos de inadimplência referentes às mensalidades e/ou coparticipações já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão/bloqueio ou exclusão do PLANO.

Art. 75. Para que haja a suspensão/bloqueio ou exclusão do PLANO por inadimplência, deve haver, no mínimo, 2 (duas) mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos últimos 12 (doze) meses.

Art. 76. Em caso de atraso no pagamento dos valores devidos ao Ipasgo Saúde, o PATROCINADOR estará sujeito ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, acrescidos de juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, apurado por dia de atraso, sem prejuízo da correção monetária pelo IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, calculado pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV IBRE), ou por outro que venha a substituí-lo.

Art. 77. Todos os valores devidos pelos Beneficiários inadimplentes constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após sua exclusão do PLANO.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 78. Os valores previstos no Convênio de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos Beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, o valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de autogestão, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da ANS poderá ensejar a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente aprovado pelo Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou outro órgão que venha substituí-lo.

Art. 79. O reajuste será aplicado ao Convênio na forma estabelecida neste Capítulo.

Seção I

Do Reajuste Anual

Art. 80. A **recomposição inflacionária** será aplicada sobre as contribuições mensais e as coparticipações de forma automática e anualmente no mês de aniversário do Convênio, pela variação positiva do **IPCA/Serviços de Saúde**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses e divulgado pelo **IBGE**. Na falta da divulgação do **IPCA/Serviços de Saúde**, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente ou outro que seja equivalente.

Art. 81. Caso o Estudo Técnico Atuarial, elaborado por profissional habilitado, aponte a necessidade de aplicação de **reajuste técnico**, este será aplicado cumulativamente **à recomposição inflacionária**, no mês de aniversário do Convênio, incidindo sobre as contribuições mensais e as coparticipações, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico-atuarial.

§1º. Caberá ao Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou a outro órgão que vier a substituí-lo, aprovar o reajuste anual a ser aplicado sobre o valor das contribuições mensais e coparticipações, tendo por base Estudo Técnico Atuarial, cuja aplicação será automática pelo **Ipasgo Saúde** ao Convênio, não sendo necessário firmar Termo Aditivo para esta finalidade.

§2º. O **PATROCINADOR** será comunicado pelo **Ipasgo Saúde**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, quanto à aplicação do reajuste anual, com a apresentação de Estudo Técnico Atuarial contendo os critérios e parâmetros para a definição do percentual de reajuste, bem como a memória de cálculo e período de apuração.

§3º. A tabela de preços para novas adesões de Beneficiários ao Convênio será aquela em vigor na data da adesão, observados os valores das contribuições mensais e coparticipações.

§4º. Independentemente da data de adesão do Beneficiário ao Convênio, as contribuições mensais e as coparticipações terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do Convênio, entendendo esta como data base única.

§5º. O Convênio não poderá sofrer reajuste (variação positiva) sobre o valor das contribuições mensais em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação à Lei 9.656/98.

§6º. Os percentuais de reajuste aplicados ao Convênio deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§7º. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados aos Beneficiários inscritos no mesmo **PLANO** e Convênio.

Seção II

Do Reajuste Por Agrupamento

Art. 82. O agrupamento de Convênios tem por finalidade a distribuição do risco inerente à operação dos planos de saúde para todo o grupo de Convênios com menos de 30 (trinta) Beneficiários, observada a legislação vigente.

§1º. A apuração da quantidade de Beneficiários para integrar o agrupamento de Convênios será realizada na data de assinatura do Convênio, e anualmente reavaliada, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, incluí-lo, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento de Convênios para fins de Reajuste por Agrupamento.

§2º. Para fins desta apuração, serão considerados todos os Beneficiários vinculados ao mesmo **PATROCINADOR**, ainda que inscritos em **PLANOS** diferentes que integram o mesmo Convênio.

§3º. Se, na respectiva apuração for constatado que o Convênio possui menos 30 (trinta) Beneficiários inscritos, este passará a integrar o agrupamento de Convênios em situação similar, conforme preconizado em legislação vigente, **e o reajuste por agrupamento ser-lhe-á aplicado no mês de aniversário subsequente à apuração.**

§4º. O Convênio deixará de ser agregado ao agrupamento de Convênios caso, na apuração, a quantidade de Beneficiários inscritos seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, **situação em que o reajuste a ser aplicado no mês de aniversário subsequente ao da apuração deverá obedecer às diretrizes fixadas na Seção I, Reajuste Anual, deste Capítulo.**

§5º. A carteira de agrupamento de Convênios do **Ipasgo Saúde** é tratada de forma unificada, sendo adotados os mesmos critérios de apuração do Reajuste por Agrupamento para todos os Convênios agregados.

§6º. O percentual de reajuste será único para todos os Beneficiários vinculados aos Convênios submetidos ao Reajuste por Agrupamento na forma definida nesta Seção.

Art. 83. O **Reajuste por Agrupamento** será composto pelo reajuste financeiro e reajuste técnico, não sendo necessário firmar Termo Aditivo para sua aplicação aos Convênios agregados ao agrupamento de Convênios.

§1º. A **recomposição inflacionária** será aplicada sobre as contribuições mensais e as coparticipações de forma automática e anualmente no mês de aniversário do Convênio que estiver agregado ao agrupamento de Convênios, pela variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, acumulada nos últimos 12 (doze) meses e divulgado pelo IBGE. Na falta da divulgação do IPCA/Serviços de Saúde, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente ou outro que seja equivalente.

§2º. Caso o Estudo Técnico Atuarial, elaborado por profissional habilitado, aponte a necessi-

dade de aplicação de **reajuste técnico** ao agrupamento de Convênios, este será aplicado cumulativamente à **recomposição inflacionária**, no mês de aniversário de cada Convênio, incidindo sobre as contribuições mensais e as coparticipações, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico-atuarial.

§3º. Caberá ao Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou a outro órgão que vier a substituí-lo, **APROVAR O REAJUSTE POR AGRUPAMENTO (recomposição inflacionária e/ou técnico)**, tendo por base o Estudo Técnico Atuarial, a ser aplicado sobre o valor das contribuições mensais e coparticipações, **NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DE CADA CONVÊNIO** integrante da carteira de agrupamento de Convênios, **COMPREENDIDO NO PERÍODO A PARTIR DO MÊS DE MAIO DO ANO DO CÁLCULO DO REAJUSTE, ATÉ ABRIL IMEDIATAMENTE POSTERIOR AO PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE POR AGRUPAMENTO.**

§4º. O **Ipasgo Saúde** deverá comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS o reajuste aplicado ao agrupamento de Convênios, bem como deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu portal corporativo na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de Convênios, o período de aplicação, identificando os Convênios que receberão o reajuste, com o código informado no aplicativo RPC (reajuste de planos coletivos), e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.

§5º. O percentual de reajuste aplicado será informado também no boleto e na fatura de cobrança.

CAPÍTULO XV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 84. As contribuições mensais ao PLANO foram fixadas conforme a idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias abaixo discriminadas e percentuais de reajuste constante no Convênio de Adesão:

1ª	0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
2ª	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3ª	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
4ª	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5ª	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6ª	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7ª	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8ª	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9ª	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
10ª	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

§1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I.** o valor fixado para a 10ª (décima) faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária;
- II.** a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a (7ª sétima) faixas; e
- III.** as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§2º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido no Convênio para a faixa etária subsequente.

§3º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com os demais reajustes previstos neste Regulamento.

CAPÍTULO XVI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 85. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 86. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 87. O **Ipasgo Saúde** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 88. O encerramento da operação do **PLANO** se dará de acordo com o Estatuto Social da **Ipasgo Saúde**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 89. Integram o presente Regulamento quaisquer documentos entregues ao Beneficiário relativos ao plano de saúde, incluindo: declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do Beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

Art. 90. Este Regulamento entrará em vigor, por prazo indeterminado, a partir da sua aprovação pelo Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou outro órgão que vier a substituí-lo.

Art. 91. Fica eleito o foro da comarca do **PATROCINADOR** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



Regulamento Plano
Ipasgo Saúde Família

Registro ANS nº 500.642/24-2

Vigência: 15/10/2024

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	02
CAPÍTULO II - CARACTERÍSTICAS GERAIS	04
CAPÍTULO III - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	05
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	06
CAPÍTULO V - REGRAS PARA MANUTENÇÃO DO GRUPO FAMILIAR	07
Seção I - Da Manutenção do Plano	07
Seção II - Do Licenciado ou Afastado	08
CAPÍTULO VI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	09
CAPÍTULO VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	10
Seção I - Das Coberturas Ambulatoriais	11
Seção II - Das Coberturas Hospitalares com Obstetrícia	13
Seção III - Das Coberturas Odontológicas	17
CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	21
CAPÍTULO IX - PERÍODOS DE CARÊNCIA	24
CAPÍTULO X - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	26
CAPÍTULO XI - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
Seção I - Do Atendimento	28
Seção II - Da Remoção	30
Seção III - Do Reembolso	31
CAPÍTULO XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	32
Seção I - Do Cartão de Identificação	32
Seção II - Do Padrão de Acomodação	33
Seção III - Das Condições de Atendimento e Autorização Prévia	33
Seção IV - Da Junta Médica	35
Seção V - Da Rede Assistencial Hospitalar	36
Seção VI - Da Coparticipação	37
CAPÍTULO XIII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	37
Seção I - Das Consequências da Inadimplência	38
CAPÍTULO XIV - REAJUSTE	39
Seção I - Do Reajuste Anual	39
Seção II - Do Reajuste por Agrupamento	40
CAPÍTULO XV - FAIXAS ETÁRIAS	42
CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS	43

REGULAMENTO DO PLANO IPASGO SAÚDE FAMÍLIA

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

Art. 1º. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

III. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e atuação em todo o território nacional, com a finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados;

IV. AGRAVO: acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária;

V. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS/CONVÊNIOS: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos/convênios, do risco inerente à operação de cada um deles;

VI. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos;

VII. ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

VIII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

IX. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA: evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

X. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: pessoa física cujo vínculo contratual/convenial com a operadora de planos de saúde depende da existência de relação de dependência a um benefi-

ciário titular;

XI. BENEFICIÁRIO TITULAR: pessoa física cujo contrato/convênio o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora;

XII. BENEFICIÁRIOS DO GRUPO FAMILIAR: pessoa física que mantém relação de parentesco com o Beneficiário Titular, não qualificado como Dependente, nos limites definidos neste Regulamento;

XIII. CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas;

XIV. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.^a revisão;

XV. COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços com cobertura assistencial médico ambulatorial, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVI. COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVII. COBERTURA ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA: segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato/convênio;

XVIII. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses de suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes;

XIX. COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, dentre outras;

XX. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;

XXI. COPARTICIPAÇÃO: mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

XXII. ESTUDO TÉCNICO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do Beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do **PLANO** e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contribuição mensal e coparticipação;

XXIII. HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

XXIV. MECANISMO DE REGULAÇÃO: meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras com a finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde;

XXV. PATROCINADOR: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração;

XXVI. RECOMPOSIÇÃO INFLACIONÁRIA: é o aumento da contribuição mensal do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em Regulamento;

XXVII. REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do Convênio, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado;

XXVIII. REDE ASSISTENCIAL: conjunto de estabelecimentos e profissionais de saúde, próprios, credenciados ou contratados, para a prestação de assistência aos beneficiários, dentro da área de atuação do **PLANO**;

XXIX. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento, que se constitui no rol exaustivo de coberturas contratadas; e

XXX. SINISTRALIDADE: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários durante o período analisado.

Parágrafo único. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 2º. O **SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO SAÚDE**, neste ato designado simplesmente como **Ipasgo Saúde**, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar

– ANS sob o nº 424188 e classificada como autogestão, multipatrocinada, inscrita no CNPJ sob o nº 50.565.317/0001-43, localizado na Avenida Primeira Radial, nº 586, Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP 74.820-300, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 3º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **Ipasgo Saúde Família** e está registrado na ANS sob o nº 500.642/24-2, possuindo como Características Gerais:

- I. Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial;
- II. Segmentação Assistencial:** Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico;
- III. Área Geográfica de Abrangência:** Grupo de Estados;
- IV. Área de Atuação:** Estado de Goiás e Distrito Federal;
- V. Padrão de Acomodação em Internação:** Enfermaria;
- VI. Formação do Preço:** Preestabelecido;
- VII. Fator Moderador:** Coparticipação, e
- VIII. Tipo de Plano:** Plano Regulamentado.

CAPÍTULO III

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º. O presente Regulamento tem por objeto disciplinar a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), exclusivamente de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 5º. Este **PLANO** é destinado exclusivamente às pessoas naturais pertencentes ao Grupo Familiar do Beneficiário Titular que mantenha vínculo com um dos **PATROCINADORES** do **Ipasgo Saúde**.

Art. 6º. Para efeitos deste Regulamento deverão ser observadas as regras/requisitos previstos no Convênio por Adesão ao qual o Beneficiário Titular estiver vinculado, bem como o Estatuto Social do **Ipasgo Saúde**, e ainda, a regulamentação da ANS em vigor aplicável às entidades de autogestão.

Art. 7º. Poderão ser inscritos no presente **PLANO**, na condição de Beneficiários do Grupo Familiar, as seguintes pessoas vinculadas ao Beneficiário Titular:

a) parentes consanguíneos com limitação ao terceiro grau de parentesco em linha reta (pai/mãe, avôs/avós, bisavôs/bisavós, netos/netas e bisnetos/bisnetas) ou colateral (irmãos/irmãs, tios/tias, sobrinhos/sobrinhas);

b) parentes por afinidade até o segundo grau de parentesco (sogros/sogras, padrasto/madrasta, genros/noras e cunhados/cunhadas);

c) filhos, naturais ou adotivos, e enteados, com idade igual ou superior a 21 (vinte e um) anos, que perderam a condição de dependente do Beneficiário Titular da adesão; e

d) curatelados.

Art. 8º. São considerados Beneficiários Titulares, para os fins deste Regulamento, as seguintes pessoas vinculadas ao **PATROCINADOR**:

a) servidores públicos e militares, ativos, inativos, ex-servidores e pensionistas, vinculados ao **PATROCINADOR**;

b) servidores públicos de outros entes da Federação que estiverem cedidos ao Estado de Goiás, com ônus para o órgão requisitante;

c) detentores de mandato eletivo do Executivo e do Legislativo estadual ou municipal, durante o seu exercício; e

d) empregados, aposentados e administradores do próprio **Ipasgo Saúde**.

Art. 9º. A inscrição de Beneficiários no Grupo Familiar fica condicionada à participação do Titular em um dos **PLANOS** disponibilizados pelo **Ipasgo Saúde** através do Convênio de Adesão celebrado com o **PATROCINADOR**.

Art. 10. A inscrição de Beneficiários se dará mediante preenchimento de Termo de Adesão, que deverá ser apresentado ao **Ipasgo Saúde**, no qual o Titular manifesta a sua concordância com os termos deste Regulamento, as disposições do Convênio por Adesão firmado com o **PATROCINADOR** ao qual está vinculado e com a inscrição do seu Grupo Familiar, responsa-

bilizando-se, solidariamente com o Beneficiário, pelo pagamento das respectivas mensalidades e coparticipações.

Parágrafo único. Ao Termo de Adesão deverão ser obrigatoriamente anexados, todos os documentos comprobatórios dos dados cadastrais definidos pelo **Ipasgo Saúde**, inclusive o CPF, consoante listagem disponível no endereço eletrônico da operadora, que pode ser consultada por telefone ou diretamente na sede do **Ipasgo Saúde**.

Art. 11. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os Beneficiários inscritos no Grupo Familiar, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e sua regulamentação, e o previsto neste Regulamento.

Art. 12. O **PATROCINADOR** se obriga a solicitar, por escrito, conforme datas limites previstas no Convênio de Adesão, as movimentações para inclusões, alterações e exclusões de beneficiários para os efeitos deste **PLANO**, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema do **Ipasgo Saúde**.

Art. 13. É dever do Beneficiário manter atualizadas as informações cadastrais perante o **Ipasgo Saúde**, que possui o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V

REGRAS PARA MANUTENÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

Seção I

Da Manutenção do Plano

Art. 14. É assegurado ao Beneficiário Titular o direito de manter seu Grupo Familiar inscrito no PLANO, nas mesmas condições de cobertura assistencial, nas seguintes situações:

- I. no caso de aposentadoria, exoneração ou demissão sem justa causa do Titular;
- II. quando do término do mandato eletivo do Titular.

§1º. Para o exercício do direito descrito no caput, o Beneficiário Titular, deverá fazer opção pela manutenção do Grupo Familiar no PLANO, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da respectiva situação descrita acima.

§2º. Quando da opção pela manutenção do PLANO, deverá ser indicado o responsável pelo pagamento das mensalidades e/ou coparticipações do Grupo Familiar, ficando o Titular na condição de responsável solidário.

§3º. As garantias previstas neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados/servidores em decorrência de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

Art. 15. Em caso de óbito do Beneficiário Titular, o Beneficiário inscrito no Grupo Familiar poderá se manter no PLANO, desde que:

- I.** formalize expressamente junto ao Ipasgo Saúde a opção de permanência em até 90 (noventa) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do PLANO;
- II.** informe a relação dos Beneficiários do Grupo Familiar que permanecerão no PLANO, observados os limites de elegibilidade do PLANO; e
- III.** assuma integralmente o pagamento das mensalidades e/ou coparticipações dos Beneficiários inscritos no Grupo Familiar.

Art. 16. O direito de manutenção no PLANO previsto neste Seção deixará de existir quando:

- I.** do cancelamento do plano privado ou do Convênio por Adesão pelo PATROCINADOR que concede este benefício aos Beneficiários a ele vinculados;
- II.** pela solicitação de exclusão do Beneficiário.

§1º. Aos Beneficiários mantidos no PLANO na forma descrita nesta Seção é assegurado o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

§2º. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

§3º. O pagamento integral das despesas assumidas pelo Beneficiário, na forma deste artigo, será cobrado mensalmente mediante débito automático em conta, emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizada pelo **Ipasgo Saúde**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

Seção II

Do Licenciado Ou Afastado

Art. 17. O Beneficiário Titular em situação de licença ou afastamento legal, poderá manter o seu Grupo Familiar no **PLANO**, desde que o Titular:

- I.** esteja sem remuneração por qualquer motivo previsto em lei;
- II.** formalize a opção de se manter no **PLANO** destinado aos Titulares, autorizando a continuidade do **PLANO** ao seu Grupo Familiar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação inequívoca do **PATROCINADOR** ao **Ipasgo Saúde** quanto ao início da licença não remunerada ou afastamento legal;
- III.** seja, solidariamente responsável com o Beneficiário, pelo pagamento integral das despesas do Grupo Familiar, incluída a contribuição mensal e coparticipações; e
- IV.** mantenha seu vínculo com o **PATROCINADOR**.

Art. 18. O período de manutenção do Grupo Familiar descrito nesta Seção será pelo tempo

correspondente à licença ou afastamento legal do Beneficiário Titular da adesão, durante o qual o poderão ser realizadas novas inscrições no **PLANO**, observadas as regras descritas neste Regulamento, inclusive quanto à elegibilidade.

Art. 19. O valor para pagamento integral das despesas será cobrado mensalmente do Beneficiário mediante débito automático em conta, emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizada pelo **Ipasgo Saúde**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

CAPÍTULO VI

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 20. Caberá ao **PATROCINADOR** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I.** por fraude ou uso indevido do **PLANO** mediante devida apuração e comprovação;
- II.** perda da qualidade de Titular, que implicará, por consequência, na perda da qualidade de Beneficiário de todo o seu Grupo Familiar, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III.** perda da qualidade de Beneficiário, caso deixe de atender às condições de elegibilidade exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção no **PLANO**;
- IV.** encerramento ou rescisão do Convênio por Adesão com o **PATROCINADOR** ao qual beneficiário titular estiver vinculado;
- V.** solicitação de exclusão apresentada pelo Beneficiário.

Art. 21. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário do Grupo Familiar vinculado ao Titular do **PLANO**, caberá ao **PATROCINADOR**, obrigatória e expressamente, informar ao **Ipasgo Saúde**:

- I.** se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II.** se o Beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando no **PATROCINADOR** após a aposentadoria;
- III.** se o Beneficiário contribuía para o pagamento do **PLANO** em virtude do vínculo mantido com o **PATROCINADOR**;
- IV.** por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do **PLANO**;
- V.** se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo Único. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações

de exclusão dos Beneficiários do **PLANO**, mediante comprovação de que o Beneficiário foi comunicado do direito de manutenção previsto na Lei nº 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 22. O **Ipasgo Saúde** poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do **PATROCINADOR**, nas seguintes hipóteses:

I. em caso de fraude ao **PLANO** ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

II. perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;

III. perda da qualidade de Beneficiário, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário;

IV. interrupção do pagamento das contribuições e eventuais coparticipações pelo Beneficiário, após prévia notificação para pagamento, nos termos deste regulamento;

V. a pedido do Beneficiário, quando excedido o prazo para o **PATROCINADOR** providenciar a comunicação de exclusão requerida.

Art. 23. A exclusão do Beneficiário Titular implicará a automática exclusão de todo o seu Grupo Familiar, exceto no caso de falecimento, nos termos dispostos no Regulamento.

Art. 24. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário Titular de quitar eventuais débitos com o **Ipasgo Saúde**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO VII

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 25. O **PLANO** garante ao beneficiário regularmente inscrito os atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e odontológicos, exclusivamente de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) em vigor na data do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), a ser prestado na área de atuação do **PLANO**, através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede assistencial do **PLANO**.

§1º. Havendo indicação do profissional assistente, fica assegurada a cobertura para os serviços de anestesia e sedação, bem como a equipe necessária à realização dos procedimentos previstos e listados neste capítulo e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS

vigente, respeitados os critérios de credenciamento entre o **Ipasgo Saúde** e os prestadores de serviços de saúde.

§2º. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, compreendendo o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§3º. O atendimento aos beneficiários inscritos nesse **PLANO** está garantido independentemente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento que os ensejar, respeitadas a área de atuação do **PLANO**, a rede assistencial do **PLANO**, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária (CPT), quando houver.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 26. A cobertura ambulatorial abrange os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei 9.656/98 e normativo infralegal vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, devendo garantir as seguintes coberturas:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM:

a) Para efeito de cobertura assistencial, as áreas de atuação não são consideradas especialidades médicas, ainda que reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

III. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**

IV. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento

e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, **desde que solicitadas pelo médico assistente**;

V. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente**;

VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VII. Ações de planejamento familiar, que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações;

VIII. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

IX. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

X. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde:

a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XI. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e, respeitando-se**, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento que contém o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, apresentando eficácia e segurança equivalentes à do medicamento de referência e podendo, com este, ser intercambiável, e é designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme Lei n.º 9.787/1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente (atualmente, a ANVISA).

XII. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIV. Hemoterapia ambulatorial;

XV. Assistência odontológica de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT); e

XVI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais na forma definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares Com Obstetrícia

Art. 27. A cobertura hospitalar com obstetrícia definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observada a área de atuação e a rede assistencial do **PLANO**, compreende os seguintes serviços:

I. Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

II. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III. Cobertura da atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, sendo observado:

a) o atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;

b) haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, praticadas por portadores de doenças mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;

c) para fins de cobertura, prazos de carência e cobertura parcial temporária (CPT), as lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal;

d) haverá cobertura de hospital-dia (como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento; e

e) nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação na forma definida neste Regulamento;

IV. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

V. Procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério;

VI. Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, sendo esse último entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

VII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário, pai ou mãe do recém-nascido;

VIII. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento;

X. Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observado o disposto na regulamentação;

XI. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XII. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

XIII. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, observadas as seguintes disposições:

a) cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-

-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

b) o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) a operadora poderá/deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

XIV. Despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos de idade;

b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas com deficiência.

XV. Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

XVI. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

XVII. Procedimentos ambulatoriais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, quando houver:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações;

d) procedimentos radioterápicos;

e) hemoterapia;

f) nutrição parenteral ou enteral;

g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.

XVIII. Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do profissional assistente;

XIX. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XX. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;

XXI. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XXII. Transplantes e procedimentos a eles vinculados, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia) exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

e) os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente;

- f)** os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;
- g)** as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT;
- h)** são competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada, e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor; e
- i)** os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de emergência, nos termos da regulamentação vigente.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 28. O **PLANO** garante a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica e suas atualizações, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), observadas a área geográfica de abrangência e a rede assistencial do **PLANO**, credenciada ou referenciada do **Ipasgo Saúde** vinculada ao plano de saúde, conforme relação a seguir:

I. Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

- a)** Consulta odontológica;
- b)** Consulta odontológica inicial;
- c)** Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- d)** Condicionamento em odontologia;
- e)** Teste de fluxo salivar;
- f)** Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- g)** Teste de PH salivar (acidez salivar);
- h)** Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

II. Procedimentos de RADIOLOGIA:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

III. Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) Atividade Educativa em Saúde Bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação Tópica de Flúor;
- d) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- e) Profilaxia – polimento coronário;
- f) Aplicação de selante;
- g) Dessensibilização dentária;
- h) Remineralização dentária;
- i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

IV. Procedimentos de DENTÍSTICA:

- a) Aplicação de cariostático;
- b) Adequação do meio bucal;
- c) Restauração em amálgama;
- d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- e) Núcleo de preenchimento;
- f) Ajuste oclusal;
- g) Restauração em ionômero de vidro;
- h) Restauração em resina fotopolimerizável;
- i) Restauração temporária /tratamento expectante;
- j) Tratamento restaurador atraumático;
- k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

V. Procedimentos de PERIODONTIA:

- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;

- b)** Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
- c)** Imobilização dentária;
- d)** Gengivectomia/gengivoplastia;
- e)** Aumento de coroa clínica;
- f)** Cunha proximal;
- g)** Cirurgia periodontal a retalho;
- h)** Tratamento de abscesso periodontal;
- i)** Enxerto gengival livre;
- j)** Enxerto pediculado.

VI. Procedimentos de ENDODONTIA:

- a)** Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b)** Pulpotomia;
- c)** Remoção de corpo estranho intracanal;
- d)** Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e)** Retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- f)** Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- g)** Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- h)** Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i)** Remoção de núcleo intra-canal;
- j)** Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Procedimentos de CIRURGIA:

- a)** Alveoloplastia;
- b)** Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c)** Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d)** Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e)** Cirurgia para tórus/exostose;
- f)** Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
- g)** Exodontia a retalho;
- h)** Exodontia de raiz residual;
- i)** Exodontia simples de permanente;
- j)** Exodontia simples de decíduo;

- k)** Redução de fratura alvéolo dentária;
- l)** Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia labial;
- m)** Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia lingual;
- n)** Remoção de dentes (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o)** Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial;
- q)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s)** Ulectomia/Ulotomia;
- t)** Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u)** Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v)** Punção aspirativa / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w)** Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
- x)** Bridectomia/ bridotomia;
- y)** Odonto-secção;
- z)** Redução de luxação da ATM;
- aa)** Tunelização;
- bb)** Remoção de odontoma;
- cc)** Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
- dd)** Reconstrução de sulco gengivo-labial;
- ee)** Remoção de dreno extra-oral;
- ff)** Remoção de dreno intra-oral;
- gg)** Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
- hh)** Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânulo salivar.

VIII. Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

- a)** Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b)** Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c)** Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d)** Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;

- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética;
- g) Reembasamento de coroa provisória.

Art. 29. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 30. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9.656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias garantidas neste Regulamento, **ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO OS EVENTOS E DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO E OS PROVENIENTES DE:**

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do Ipasgo Saúde sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II. atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências e/ ou sob cobertura parcial temporária (CPT), respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, ou, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvadas as exceções estabelecidas pela ANS;

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, es-

tâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII. Inseminação artificial;

VIII. Atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade referentes às doenças e lesões preexistentes, dentro do período da cobertura parcial temporária (CPT);

IX. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

X. Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XI. Fornecimento de materiais, medicamentos e insumos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XII. Consultas domiciliares;

XIII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

XIV. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XV. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

XVI. Aparelhos ortopédicos;

XVII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIX. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- XX. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
- XXI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- XXII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
- XXIII. Remoção domiciliar;**
- XXIV. Remoção de pacientes por via aérea;**
- XXV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- XXVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;**
- XXVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência e área de atuação do PLANO, bem como despesas decorrentes de serviços realizados por prestadores não credenciados ao PLANO, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores de serviços não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento;**
- XXVIII. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas e/ou odontológicas não reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe profissional;**
- XXIX. Despesas relativas ao acompanhante do Beneficiário, exceto para aquelas previstas neste Regulamento;**
- XXX. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- XXXI. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXXII. Avaliação pedagógica;**
- XXXIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- XXXIV. Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXXV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;**
- XXXVI. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);**
- XXXVII. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;**

XXXVIII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIX. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XL. Transplantes ósseos;

XLI. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

XLII. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XLIII. Enxertos com biomateriais;

XLIV. Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XLV. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

XLVI. Cirurgias odontológicas a laser;

XLVII. Clareamento dentário; e

XLVIII. Procedimentos, exames e tratamentos médicos e odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento.

CAPÍTULO IX

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 31. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO.

Art. 32. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento dos prazos de carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente na época do evento:

Quadro de Prazos de Carências	
Procedimentos	Prazo
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e Exames Simples	30 dias
Assistência Odontológica Preventiva	60 dias
Exames de Alta Complexidade e Procedimentos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Obstétricas e Psiquiátricas	180 dias
Transplantes cobertos pelo Regulamento	180 dias
Demais procedimentos, médicos ou odontológicos, não especificados nesta tabela	180 dias
Parto a termo	300 dias

§1º. A eventual antecipação das contribuições mensais pelos Beneficiários não poderá abreviar os prazos de carências estabelecidos neste Regulamento.

§2º. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO, e também será observado na hipótese de reingresso de Beneficiários.

Art. 33. Não será exigido o cumprimento de prazos de carências do Beneficiário que se inscrever no **PLANO**, desde que o respectivo Convênio por Adesão possua 30 (trinta) beneficiários ou mais, e ocorra uma das seguintes hipóteses:

- I.** a adesão do novo Beneficiário seja formalizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do Convênio ou de sua vinculação ao **PATROCINADOR**;
- II.** a inscrição do Beneficiário elegível seja formalizada no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de aniversário do Convênio de Adesão.

Art. 34. Será ainda isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. o recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, desde que seja elegível para o PLANO e a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de realização do parto ou da adoção; e**
- II. o Beneficiário que se inscrever no PLANO no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o PLANO.**

Parágrafo único. Entende-se por data que se tornar elegível, para fins do disposto neste artigo, exemplificativamente, a data da concessão da aposentadoria para a inscrição de servidor inativo, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento ou da adoção para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outras.

Art. 35. Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, elegível a este **PLANO**,

mas que não se enquadrar nas regras do artigo anterior, será garantido o aproveitamento dos períodos de carências cumpridos pelo Beneficiário, pai ou mãe, quando de sua inclusão neste **PLANO**.

Art. 36. Nos casos de reingresso, as carências já cumpridas pelo Beneficiário serão aproveitadas no **PLANO**, desde que a nova solicitação de inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após o cancelamento do **PLANO** anterior.

Art. 37. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.

CAPÍTULO X

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 38. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao **PLANO**.

Art. 39. No momento da adesão ao **PLANO**, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do **PLANO**, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, e ainda, ao pagamento de indenização pelos danos causados pelo ilícito praticado.

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada sob a orientação de um médico pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do **PLANO**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§3º. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do **PLANO**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde serão declaradas as doenças ou lesões (DLP) que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. A inscrição do Beneficiário somente será efetivada após apresentação da Declaração de Saúde, ao Ipasgo Saúde, que poderá aplicar a cobertura parcial temporária (CPT) às doenças ou lesões preexistentes (DLP) constan-

tes na Declaração de Saúde do Beneficiário.

§6º. A contagem do período da cobertura parcial temporária (CPT) iniciará a partir da inclusão do Beneficiário no PLANO.

Art. 40. É vedada a alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou a aplicação de cobertura parcial temporária (CPT), nos seguintes casos:

I. ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;**

II. quando o Convênio por Adesão possuir 30 (trinta) Beneficiários inscritos ou mais na data da inscrição do novo Beneficiário, desde que:

a) a adesão do novo Beneficiário ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do Convênio ou de sua vinculação ao **PATROCINADOR**; ou

b) a inscrição dos Beneficiários elegíveis ao **PLANO** ocorra no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de aniversário do Convênio por Adesão.

Art. 41. Não poderá ser alegada a omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pelo **Ipasgo Saúde**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 42. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão (DLP) que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o Ipasgo Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 43. A cobertura parcial temporária (CPT) consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

§1º. Vincula-se o conceito de leito de alta tecnologia à internação em qualquer dos tipos de unidade de tratamento intensivo definidos na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde, ou norma substituta.

§2º. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <https://www.gov.br/ans/pt-br>.

Art. 44. O período de cobertura parcial temporária (CPT) não se confunde com as carências para cobertura assistencial, que estão definidas em cláusula própria neste Regulamento, sendo institutos diversos e, portanto, a exclusão de um não afasta a obrigatoriedade do cumprimento de outro.

Art. 45. Exercendo prerrogativa legal, o Ipasgo Saúde não optará pelo oferecimento do Agravo.

Art. 46. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP) por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o Ipasgo Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária (CPT).

§1º. Caso o Beneficiário não concorde com a alegação, o **Ipasgo Saúde** poderá encaminhar a documentação pertinente à ANS, solicitando abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência.

§2º. O **Ipasgo Saúde** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão dos serviços ou exclusão do Beneficiário, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

§4º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§5º. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo administrativo.

§6º. Após julgamento, e acolhida a alegação do Ipasgo Saúde, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência à saúde prestada pelo PLANO que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação do Beneficiário quanto a constatação da doença e lesão preexistente (DLP), pelo Ipasgo Saúde, bem como será excluído do PLANO.

CAPÍTULO XI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 47. Os eventos caracterizados como de urgência e emergência são assim definidos:

I. Urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação; e

II. Emergência: evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 48. O Atendimento de urgência/emergência odontológico abrange:

- a) Consulta odontológica de urgência;**
- b) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;**
- c) Tratamento de odontalgia aguda;**
- d) Imobilização dentária;**
- e) Recimentação de peça/trabalho protético;**
- f) Tratamento de alveolite;**
- g) Colagem de fragmentos dentários;**
- h) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;**
- i) Reimplante de dente avulsionado com contenção.**

Art. 49. Entende-se por acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico.

Parágrafo único. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no PLANO, os atendimentos decorrentes de acidente pessoal estarão garantidos, observada a área de atuação do PLANO e a cobertura contratada.

Art. 50. Terão garantia de atendimento limitado às primeiras 12(doze) horas, em ambiente ambulatorial ou até que ocorra a necessidade de estrutura hospitalar, os seguintes casos de urgência e emergência:

- I. Atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;**
- II. Atendimentos que evoluírem para internação, durante o período de carência para internação; e**
- III. Atendimento que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP), durante o período de cobertura parcial temporária (CPT).**

Art. 51. Ultrapassadas as primeiras 12(doze) horas de atendimento ou havendo a necessidade de continuidade de tratamento em regime hospitalar, a responsabilidade financeira passa a ser do Beneficiário, não cabendo ônus ao Ipasgo Saúde.

Art. 52. Cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária (CPT), os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura contratada, sem restrições, no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

Seção II

Da Remoção

Art. 53. Fica assegurada a remoção, por via terrestre, inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino) do Beneficiário regularmente inscrito, mediante comprovada necessidade e indicação médica, observada a cobertura garantida e a área de abrangência geográfica do **PLANO**.

Parágrafo único. Depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, sendo caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao Beneficiário, o **Ipasgo Saúde** assegura a remoção terrestre para outro estabelecimento pertencente à rede assistencial do **PLANO**.

Art. 54. Haverá remoção do Beneficiário para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre que o Beneficiário estiver nas seguintes situações:

- I.** Em período de carências para internação e/ou parto; e
- II.** Em período de cobertura parcial temporária (CPT) para as doenças e lesões preexistentes (DLP).

Art. 55. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I.** Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário ou seu Responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o **Ipasgo Saúde**, desse ônus;
- II.** Caberá ao **Ipasgo Saúde** o ônus e a responsabilidade da remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III.** Na remoção, o **Ipasgo Saúde** deverá disponibilizar ambulância, por via terrestre, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV.** Quando o Beneficiário ou seu Responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, o **Ipasgo Saúde** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III

Do Reembolso

Art. 56. Nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial do **PLANO**, dentro da área de atuação prevista neste Regulamento, será assegurado o reembolso das despesas efetuadas pelo Beneficiário, no limite das coberturas previstas neste **PLANO**.

§1º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso praticada junto à rede assistencial do **Ipasgo Saúde**, disponível no site da operadora, deduzidos os montantes devidos pelo Beneficiário a título de coparticipação.

§2º. O **Ipasgo Saúde** efetuará o reembolso no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa apresentada pelo interessado. Havendo a necessidade de complemento de documentos pelo Beneficiário, o prazo de reembolso será reiniciado.

§3º. O reembolso de despesas deverá ser requerido ao **Ipasgo Saúde** com toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, incluindo, os seguintes documentos:

I. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- a)** Nome completo do beneficiário;
- b)** Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante;
- c)** Especialidade, se profissional médico;
- d)** Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e
- e)** Data de quitação do serviço.

II. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

- a)** Nome completo do beneficiário;
- b)** Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;
- c)** Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;
- d)** Especialidade, se profissional médico; e
- e)** Data de quitação do serviço.

III. Quaisquer outros documentos solicitados pelo IPASGO SAÚDE.

§4º. O pagamento do reembolso será feito somente ao Beneficiário solicitante ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

§5º. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário e que estejam contempladas na cobertura prevista no **PLANO**.

§6º. Os procedimentos realizados em ocasiões de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

§7º. O prazo de prescrição para o Beneficiário solicitar o reembolso e apresentar a documentação necessária é de 12 (doze) meses, a contar da data do atendimento que deu causa ao pedido de reembolso.

CAPÍTULO XII

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Cartão de Identificação

Art. 57. Os Beneficiários do **PLANO** deverão identificar-se, perante a rede assistencial do **PLANO**, através da apresentação de cartão de identificação válido, físico ou eletrônico, disponibilizado pelo **IPASGO SAÚDE**, acompanhada de documento oficial de identidade.

§1º. O cartão de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o Beneficiário por sua utilização indevida.

§2º. É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de exclusão do **PLANO**, devolver os cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo **IPASGO SAÚDE**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, o **IPASGO SAÚDE**, a partir da exclusão do Beneficiário.

§3º. Os cartões de identificação recepcionados pelo **IPASGO SAÚDE**, na hipótese de exclusão do Beneficiário, serão eliminados de forma segura, da mesma forma que todos os demais dados pessoais, à exceção dos casos ressalvados na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

§4º. Nos casos em que os cartões não forem devolvidos na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

§5º. O uso indevido do cartão de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo **IPASGO SAÚDE**, por qualquer Beneficiário, ensejará indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Titular, e suas consequências.

§6º. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderem essa condição ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

§7º. Ocorrendo roubo, furto, perda ou extravio do cartão de identificação, o Beneficiário Titular

deverá comunicar o fato ao **IPASGO SAÚDE**, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pelo **IPASGO SAÚDE**.

Seção II

Do Padrão De Acomodação

Art. 58. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, conhecida como enfermaria.

Parágrafo único. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **IPASGO SAÚDE**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede assistencial do **PLANO**, **até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.**

Seção III

Das Condições De Atendimento E Autorização Prévia

Art. 59. Para realização das coberturas assistenciais deste **PLANO**, o Beneficiário deverá assinar as solicitações de procedimentos e observar os mecanismos de regulação adotados pelo **IPASGO SAÚDE** para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados pelo **PLANO**.

Art. 60. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede assistencial do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 61. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede assistencial do **PLANO**, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 62. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas ou Odontológicas: Os Beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos/odontólogos credenciados ao **IPASGO SAÚDE**, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede assistencial do **PLANO** serão prestadas pelo médico/odontólogo que estiver de plantão;

II. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram

a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora; e

III. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação o pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora.

§1º. Na hipótese de **INDISPONIBILIDADE** de prestador integrante da rede assistencial do **PLANO** que ofereça o serviço no município em que o beneficiário o demandar, **APÓS PRÉ-VIO CONTATO DO BENEFICIÁRIO COM A OPERADORA**, o **IPASGO SAÚDE** se obriga a autorizar o serviço solicitado em prestador não integrante da rede assistencial, no município demandado ou no prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes, observada a área de abrangência geográfica do **PLANO**, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la.

§2º. Na hipótese de **INEXISTÊNCIA** de prestador integrante ou não da rede assistencial do **PLANO** que ofereça o serviço no município em que o beneficiário o demandar, **APÓS PRÉ-VIO CONTATO DO BENEFICIÁRIO COM A OPERADORA**, o **IPASGO SAÚDE** se obriga a autorizar em prestador integrante ou não da rede assistencial, nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual faz parte o município, observada a área de abrangência geográfica do **PLANO**, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la.

§3º. Na impossibilidade de agendamento do serviço demandado no prazo estabelecido pela regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS, no mesmo município, em município limítrofe ou na região de saúde, o **IPASGO SAÚDE** se obriga a garantir o transporte do beneficiário até um prestador mais próximo, apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, observada a área de abrangência geográfica do **PLANO**.

§4º. A escolha do meio de transporte fica a critério do **IPASGO SAÚDE**, de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

Art. 63. É permitido ao **IPASGO SAÚDE** o referenciamento a determinados prestadores da rede assistencial do **PLANO**, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria do **IPASGO SAÚDE** recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Parágrafo único. O referenciamento de estrutura de saúde própria ou indicada pelo **IPASGO SAÚDE** tem por finalidade proporcionar a resolutividade da assistência, conforme a necessidades apresentada no caso.

Art. 64. O prazo de internação autorizado constará na senha autorizada e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o prestador credenciado deverá solicitar ao **IPASGO SAÚDE**, conforme fluxo existente, a prorrogação conforme pedido do médico assistente.

Art. 65. Para realização de procedimentos que necessitem de avaliação/autorização prévia da

auditoria médica da operadora, o beneficiário deverá:

I. Contatar a Central de Atendimento ou a algum posto de atendimento do **IPASGO SAÚDE** para informação caso tenha dúvidas quanto ao fluxo de solicitação de autorização;

II. Apresentar ao prestador de serviços credenciado que realizará o procedimento, documento de identificação com foto, cartão de identificação do **IPASGO SAÚDE** e Pedido Médico/Odontológico emitido pelo profissional solicitante, o próprio prestador solicitará a autorização prévia ao **IPASGO SAÚDE**;

III. Apresentar ao prestador de serviços credenciado sempre que solicitado pelo **IPASGO SAÚDE**, laudo, relatório, exames e quaisquer outros documentos que possua e comprovem a necessidade do procedimento; e

IV. Caso o **IPASGO SAÚDE** necessite da presença do beneficiário para perícia com profissional avaliador, este deverá comparecer no local indicado pela operadora munido dos documentos necessários e indicados por ela.

§1º. O **IPASGO SAÚDE** garantirá a análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia nos prazos estabelecidos pela ANS, contados a partir do momento do recebimento da solicitação.

§2º. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, quando obrigatória, desobriga o **IPASGO SAÚDE** de seu pagamento.

§3º. O **IPASGO SAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

§4º. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do **IPASGO SAÚDE**.

Seção IV

Da Junta Médica

Art. 66. Em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde coberto/solicitado, a Operadora garante a realização de Junta Médica ou Odontológica, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la, com vistas a solucionar a referida divergência.

§1º. A Junta Médica será constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos dois primeiros.

§2º. Em se tratando das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME), cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões), necessárias à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; entretanto, o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponí-

veis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atendam às características especificadas.

§3º. A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

§4º. A conclusão do médico desempatador será acatada pelas partes - operadora, beneficiário e médico assistente, para fins de cobertura e autorização da solicitação que deu causa à divergência.

§5º. Caso o médico solicitante se recuse a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta, a operadora deverá garantir o profissional apto a realizá-lo.

Seção V

Da Rede Assistencial Hospitalar

Art. 67. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os Beneficiários e devem observar as normas estabelecidas na Lei 9.656/98, e na regulamentação editada pela ANS, a seguir descritas:

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário; e

IV. O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários.

Art. 68. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico do **IPASGO SAÚDE**, disponível em seu site eletrônico ou no aplicativo Ipasgo, de acordo com a área de atuação do **PLANO** contratado, sendo que as informações poderão ser confirmadas através do telefone 0800 62 1919.

Art. 69. O **IPASGO SAÚDE** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com médicos, odontólogos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.

Seção VI

Da Coparticipação

Art. 70. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário ao IPASGO SAÚDE, referente à utilização dos serviços cobertos pelo Grupo Familiar, definida em termos fixos ou em percentuais, e constará do Termo de Adesão.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário, será cobrada coparticipação de 30,00% (trinta por cento) do custo final dos eventos ambulatoriais e odontológicos, quando da utilização pelos Beneficiários dos procedimentos previstos no presente Regulamento, limitada a R\$ 150,00 (cento e cinquenta) reais, por procedimento realizado.

§2º. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

§3º. A coparticipação terá por base a Tabela de Remuneração aos Prestadores da rede assistencial do PLANO, divulgada em seu site eletrônico.

§4º. Não incidirá coparticipação sobre os seguintes procedimentos:

- I. Quimioterapia;
- II. Radioterapia;
- III. Diálise;
- IV. Hemodiálise; e
- V. Internações.

Art. 71. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

CAPÍTULO XIII

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 72. O PLANO será custeado em regime de preço **preestabelecido** e será composto

pelas seguintes fontes de receita:

- I. Contribuição mensal por cada membro do Grupo Familiar inscrito;
- II. Coparticipação em razão da utilização dos serviços.

Art. 73. O pagamento das contribuições mensais e eventuais coparticipações relativas ao Grupo Familiar será de responsabilidade do Beneficiário, sendo solidário o Beneficiário Titular da adesão, e deverão ser pagas mensalmente, através de débito automático em conta, emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizado pelo **IPASGO SAÚDE**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

Seção I

Das Consequências da Inadimplência

Art. 74. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e/ou coparticipações, o Beneficiário responsável pelo pagamento será notificado até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência, como pré-requisito para a suspensão/bloqueio ou exclusão de beneficiários no **PLANO**, motivado por inadimplência.

Art. 75. A contar da notificação válida, o Beneficiário terá o prazo de 10 (dez) dias para efetuar o pagamento do débito, mesmo que a notificação ocorra após o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência.

Art. 76. Se, embora notificado, o Beneficiário permanecer inadimplente, poderão ser aplicadas as seguintes medidas:

I. a inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a suspensão/bloqueio dos serviços assistenciais. Se o débito não for regularizado e atingir 90 (noventa) dias de inadimplência, os beneficiários inadimplentes serão excluídos do **PLANO**;

II. a reincidência na inadimplência por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, provocará a exclusão imediata dos beneficiários inadimplentes.

Art. 77. Os períodos de inadimplência referentes às mensalidades e/ou coparticipações já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão/bloqueio ou exclusão do **PLANO**.

Art. 78. Para que haja a suspensão/bloqueio ou exclusão do **PLANO** por inadimplência, deve haver, no mínimo, 2 (duas) mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos últimos 12 (doze) meses.

Art. 79. Em caso de atraso no pagamento dos valores devidos ao Ipasgo Saúde, o Beneficiário estará sujeito ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, acres-

cidos de juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, apurado por dia de atraso, sem prejuízo da correção monetária pelo IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, calculado pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV IBRE), ou por outro que venha a substituí-lo.

Art. 80. Todos os valores devidos pelos Beneficiários inadimplentes constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após sua exclusão do **PLANO**.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 81. Os valores previstos no Convênio de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos Beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, o valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de autogestão, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da ANS poderá ensejar a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente aprovado pelo Conselho de Administração do **IPASGO SAÚDE**, ou outro órgão que venha substituí-lo.

Art. 82. O reajuste será aplicado ao Convênio na forma estabelecida neste Capítulo.

Seção I

Do Reajuste Anual

Art. 83. A **recomposição inflacionária** será aplicada sobre as contribuições mensais e as coparticipações de forma automática e anualmente no mês de aniversário do Convênio, pela variação positiva do **IPCA/Serviços de Saúde**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses e divulgado pelo **IBGE**. Na falta da divulgação do **IPCA/Serviços de Saúde**, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente ou outro que seja equivalente.

Art. 84. Caso o Estudo Técnico Atuarial, elaborado por profissional habilitado, aponte a necessidade de aplicação de **reajuste técnico**, este será aplicado cumulativamente à **recomposição inflacionária**, no mês de aniversário do Convênio, incidindo sobre as contribuições mensais e as coparticipações, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico-atuarial.

§1º. Caberá ao Conselho de Administração do **IPASGO SAÚDE**, ou a outro órgão que vier a substituí-lo, aprovar o reajuste anual a ser aplicado sobre o valor das contribuições mensais e coparticipações, tendo por base Estudo Técnico Atuarial, cuja aplicação será automática pelo **IPASGO SAÚDE** ao Convênio, não sendo necessário firmar Termo Aditivo para esta finalidade.

§2º. O **PATROCINADOR** será comunicado pelo **IPASGO SAÚDE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, quanto à aplicação do reajuste anual, com a apresentação de Estudo Técnico Atuarial contendo os critérios e parâmetros para a definição do percentual de reajuste, bem como a memória de cálculo e período de apuração.

§3º. A tabela de preços para novas adesões de Beneficiários ao Convênio será aquela em vigor na data da adesão, observados os valores das contribuições mensais e coparticipações.

§4º. Independentemente da data de adesão do Beneficiário ao Convênio, as contribuições mensais e as coparticipações terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do Convênio, entendendo esta como data base única.

§5º. O Convênio não poderá sofrer reajuste (variação positiva) sobre o valor das contribuições mensais em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação à Lei 9.656/98.

§6º. Os percentuais de reajuste aplicados ao Convênio deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§7º. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados aos Beneficiários inscritos no mesmo **PLANO** e Convênio.

Seção II

Do Reajuste Por Agrupamento

Art. 85. O agrupamento de Convênios tem por finalidade a distribuição do risco inerente à operação dos planos de saúde para todo o grupo de Convênios com menos de 30 (trinta) Beneficiários, observada a legislação vigente.

§1º. A apuração da quantidade de Beneficiários para integrar o agrupamento de Convênios será realizada na data de assinatura do Convênio, e anualmente reavaliada, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, incluí-lo, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento de Convênios para fins de Reajuste por Agrupamento.

§2º. Para fins desta apuração, serão considerados todos os Beneficiários vinculados ao mesmo **PATROCINADOR**, ainda que inscritos em **PLANOS** diferentes que integram o mesmo Convênio.

§3º. Se, na respectiva apuração for constatado que o Convênio possui menos 30 (trinta) Beneficiários inscritos, este passará a integrar o agrupamento de Convênios em situação similar, conforme preconizado em legislação vigente, **e o reajuste por agrupamento ser-lhe-á aplicado no mês de aniversário subsequente à apuração.**

§4º. O Convênio deixará de ser agregado ao agrupamento de Convênios caso, na apuração, a quantidade de Beneficiários inscritos seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, **situação em que o reajuste a ser aplicado no mês de aniversário subsequente ao da**

apuração deverá obedecer às diretrizes fixadas na Seção I, Reajuste Anual, deste Capítulo.

§5º. A carteira de agrupamento de Convênios do **IPASGO SAÚDE** é tratada de forma unificada, sendo adotados os mesmos critérios de apuração do Reajuste por Agrupamento para todos os Convênios agregados.

§6º. O percentual de reajuste será único para todos os Beneficiários vinculados aos Convênios submetidos ao Reajuste por Agrupamento na forma definida nesta Seção.

Art. 86. O **Reajuste por Agrupamento** será composto pelo reajuste financeiro e reajuste técnico, não sendo necessário firmar Termo Aditivo para sua aplicação aos Convênios agregados ao agrupamento de Convênios.

§1º. A **recomposição inflacionária** será aplicada sobre as contribuições mensais e as coparticipações de forma automática e anualmente no mês de aniversário do Convênio que estiver agregado ao agrupamento de Convênios, pela variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, acumulada nos últimos 12 (doze) meses e divulgado pelo IBGE. Na falta da divulgação do IPCA/Serviços de Saúde, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente ou outro que seja equivalente.

§2º. Caso o Estudo Técnico Atuarial, elaborado por profissional habilitado, aponte a necessidade de aplicação de **reajuste técnico** ao agrupamento de Convênios, este será aplicado cumulativamente à **recomposição inflacionária**, no mês de aniversário de cada Convênio, incidindo sobre as contribuições mensais e as coparticipações, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico-atuarial.

§3º. Caberá ao Conselho de Administração do **IPASGO SAÚDE**, ou a outro órgão que vier a substituí-lo, **APROVAR O REAJUSTE POR AGRUPAMENTO (recomposição inflacionária e/ou técnico)**, tendo por base o Estudo Técnico Atuarial, a ser aplicado sobre o valor das contribuições mensais e coparticipações, **NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DE CADA CONVÊNIO integrante da carteira de agrupamento de Convênios, COMPREENDIDO NO PERÍODO A PARTIR DO MÊS DE MAIO DO ANO DO CÁLCULO DO REAJUSTE, ATÉ ABRIL IMEDIATAMENTE POSTERIOR AO PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE POR AGRUPAMENTO.**

§4º. O **IPASGO SAÚDE** deverá comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS o reajuste aplicado ao agrupamento de Convênios, bem como deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu portal corporativo na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de Convênios, o período de aplicação, identificando os Convênios que receberão o reajuste, com o código informado no aplicativo RPC (reajuste de planos coletivos), e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.

§5º. O percentual de reajuste aplicado será informado também no boleto e na fatura de cobrança.

CAPÍTULO XV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 87. As contribuições mensais ao **PLANO** foram fixadas conforme a idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias abaixo discriminadas e percentuais de reajuste constante no Convênio de Adesão:

1ª	0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
2ª	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
3ª	24 (vinte e quatro) a (28 (vinte e oito) anos de idade;
4ª	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
5ª	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
6ª	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
7ª	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
8ª	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
9ª	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
10ª	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

§1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I.** o valor fixado para a 10ª (décima) faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária;
- II.** a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a (7ª sétima) faixas.
- III.** as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§2º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido no Convênio para a faixa etária subsequente.

§3º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com os demais reajustes previstos neste Regulamento.

CAPÍTULO XVI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 88. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 89. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 90. O **IPASGO SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 91. O encerramento da operação do **PLANO** se dará de acordo com o Estatuto Social da **IPASGO SAÚDE**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 92. Integram o presente Regulamento quaisquer documentos entregues ao Beneficiário relativos ao **PLANO** de saúde, incluindo: declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

Art. 93. Este Regulamento entrará em vigor, por prazo indeterminado, a partir da sua aprovação pelo Conselho de Administração do **IPASGO SAÚDE**, ou outro órgão que vier a substituí-lo.

Art. 94. Fica eleito o foro da comarca do **PATROCINADOR** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



ESTADO DE GOIÁS
SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS
COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS E PATROCINADORES

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS - IPASGO SAÚDE			
NOME EMPRESARIAL		CNPJ	
Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás - Ipasgo Saúde		50.565.317/0001-43	
RESPONSÁVEL LEGAL	CPF	REGISTRO DA OPERADORA NA ANS	
Bruno Magalhães D'Abadia	XXX.134.721-XX	424188	
ENDEREÇO		CIDADE /ESTAD O	CEP
Av. Primeira Radial, Nº 586, Qd. F, Lt. Área, Setor Pedro Ludovico.		Goiânia/GO	74.820-300
ENDEREÇO ELETRÔNICO		CONTATO TELEFÔNICO	
convenios@ipasgosaude.com.br		(62) 3238-2400	
2. DADOS CADASTRAIS - PATROCINADOR			
NOME EMPRESARIAL		CNPJ	
Câmara Municipal de Anápolis		02.756.070/0001-08	
RESPONSÁVEL LEGAL	CONTATO TEL. RESPONSÁVEL	CPF	
Andreia Rezende de Faria Paralovo	(62) 99314-0880	XXX.158.071-XX	
ENDEREÇO		CIDADE /ESTAD O	CEP
Avenida Jamel Cecilio, nº0, Quadra 50, Lote 14, Bairro Jundiáí		Anápolis -GO	75.110-330
ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)		CONTATO TELEFÔNICO DA ENTIDADE	
presidencia@camaraanapolis.go.gov.br		(62) 3099-9955	
3. GESTOR DO CONVÊNIO - PATROCINADOR			
NOME		CPF	
Juliene Gomes Ribeiro		XXX.101.121-XX	

VINCULO COM O PATROCINADOR (CARGO)		
Diretora de Recursos Humanos		
ENDEREÇO	CIDADE /ESTADO	CEP
Rua RC-10, SN, Residencial Cerejeiras, AP 102	Anápolis -GO	75.097-174
ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL)	TEL. CELULAR	
julienegomesribeiro01@gmail.com	(62) 99358-4620	
4. DADOS CONTRATUAIS		
OBJETO DO CONVÊNIO	INSTRUMENTO CONTRATUAL	
Disciplinar a prestação de assistência suplementar à saúde dos beneficiários inscritos pelo Patrocinador.	Convênio de Adesão	
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL		
Sujeita-se especialmente à Lei Federal nº 9.656/98 e, no que couber, à Lei Federal nº 14.133/21 . Demais aplicações, e que não conflitem com as leis federais, à Lei Estadual nº 21.880/23 .		
VIGÊNCIA		
A contar da data da última assinatura do Convênio de Adesão, com vigência de 5 (cinco) anos, podendo ser prorrogado sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, nos termos do art. 107, da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021 .		
5. TIPO DE PATROCÍNIO (MARCAR CONFORME TERMO DE PATROCÍNIO)		
PATROCÍNIO PER CAPITA (FIXO)	PATROCÍNIO PERCENTUAL	
SIM	NÃO	
6. CONVÊNIO		
OBJETIVO		
Celebrar o convênio para a prestação de serviços de assistência suplementar à saúde dos servidores ativos, inativos, pensionistas e ex-servidores do Patrocinador e seus respectivos dependentes. Respeitado os critérios de elegibilidade.		
JUSTIFICATIVA		
O Ipasgo Saúde, classificado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como uma Operadora de Saúde de Autogestão Multipatrocinada, pode disponibilizar seus serviços, mediante Convênio de Adesão, às entidades que guardem relação com o objeto do Estatuto da Autogestão e que guardem correlação entre si quanto ao seu ramo de atividade, portanto podendo disponibilizar seus serviços à entidade presente neste Plano de Trabalho.		
7. ETAPAS DE EXECUÇÃO		
AÇÕES PARA O CUMPRIMENTO DO OBJETO - PATROCINADOR		
a. Designar servidor que possua capacidade de decisão e de resolução de conflitos como gestor do Convênio com o Ipasgo Saúde;		

b. Publicar o extrato do Convênio de Adesão em canais de fácil acesso aos seus servidores;
c. Estabelecer e compartilhar com o Ipasgo Saúde canais de comunicação para orientar os beneficiários sobre a adesão aos planos ofertados, disponibilizando as informações necessárias em meios físicos ou eletrônicos.
d. Disponibilizar ao Ipasgo Saúde, quando solicitado, os dados necessários à devida fiscalização, respeitada as disposições do Convênio de Adesão, bem como a Lei Federal nº 13.709/18 ;
e. Apresentar ao Ipasgo Saúde informações relativas aos beneficiários titulares e dependentes inscritos no SSA, por meio de arquivo DPCW (Declaração Periódica de Contribuição Web), a ser entregue até o último dia útil do mês vigente, conforme a referência a ser enviada pelo Patrocinador;
f. Respeitar os atos normativos pertinentes ao gerenciamento e regulamentação da prestação dos serviços de assistência à saúde prestada pelo Ipasgo Saúde, objeto deste convênio;
g. Fica o Patrocinador responsável pelo cumprimento de todas as cláusulas presentes no Convênio de Adesão e dos Termos Aditivos dele decorrentes, sob pena de rescisão contratual.
AÇÕES PARA O CUMPRIMENTO DO OBJETO - IPASGO SAÚDE
a. Designar área responsável pelas tratativas de execução contratual entre o Patrocinador e o Ipasgo Saúde;
b. Publicar o extrato do Convênio de Adesão em seu sítio institucional;
c. Na data de aniversário do convênio, realizar a Análise de Viabilidade Econômica, baseada em metodologias atuariais, com o objetivo de avaliar a condição econômico-financeira, populacional e a sinistralidade do convênio;
d. Prestar assistência à saúde, nos termos previstos no convênio, e na Lei Estadual nº 21.880/23 , aos servidores públicos com vínculo empregatício com o patrocinador e seus dependentes, regularmente inscritos, com observância à legislação aplicável;
e. Orientar o Patrocinador sobre as normas e procedimentos aplicáveis à gestão e administração do presente Convênio;
f. Orientar e aconselhar seus colaboradores acerca de suas obrigações legais e promover ações para o andamento regular das atividades de proteção de dados pessoais, acerca da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) Lei Federal nº 13.709/18 ;
g. Iniciar o processo de renovação do Convênios, no prazo mínimo de 06 (seis) meses anteriores ao encerramento da sua vigência, aplicando-se a análise de viabilidade econômica.
8. PEDE-SE APROVAÇÃO

PATROCINADOR:

(documento assinado eletronicamente)

ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO

PATROCINADO:

(documento assinado eletronicamente)

BRUNO MAGALHÃES D'ABADIA
PRESIDENTE DO IPASGO SAÚDE

Goiânia, data da assinatura eletrônica.



Documento assinado eletronicamente por **ANDREIA REZENDE DE FARIA PARALOVO, Usuário Externo**, em 22/08/2025, às 09:20, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **BRUNO MAGALHAES DABADIA, Presidente**, em 27/08/2025, às 14:03, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **78395778** e o código CRC **8B40EE82**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS E PATROCINADORES
AVENIDA PRIMEIRA RADIAL 586, BLOCO 3, 4º ANDAR - Bairro SETOR PEDRO
LUDOVICO - GOIANIA - GO - CEP 74820-300 - (62)3238-2593.



Referência: Processo nº 202521477008282



SEI 78395778