

DECRETO Nº 27.231, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.

Aprova o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde do Distrito Federal, GDFSAÚDE-DF.

A GOVERNADORA DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 100, incisos VII e XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal, DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde, GDFSAÚDE-DF, instituído pela [Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006](#), na forma do Anexo deste e constante da Resolução nº 01, de 06 de setembro de 2006, do Conselho de Administração do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 11 de setembro de 2006.

118º da República e 47º de Brasília

MARIA DE LOURDES ABADIA

ANEXO
REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR
À SAÚDE – GDF-SAÚDE-DF

Capítulo I
DA FINALIDADE

Art. 1º. O presente Regulamento destina-se a disciplinar a organização, implantação e funcionamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF-SAÚDE-DF, administrado pelo Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS criado pela Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006.

Capítulo II
DA MODALIDADE

Art. 2º. A assistência à saúde de que trata o presente Regulamento será prestada em regime de autogestão, compreendendo o atendimento ambulatorial e internações hospitalares com obstetrícia nos termos do Capítulo IV.

Art. 3º. As coberturas constantes no Capítulo IV serão prestadas pela rede credenciada composta por médicos, clínicas especializadas, hospitais e laboratórios localizados no Distrito Federal e no Entorno credenciados pelo INAS.

CAPÍTULO III
DOS BENEFICIÁRIOS

Seção I
Dos Beneficiários Titulares

Art. 4º. Serão beneficiários titulares do GDF-SAÚDE-DF no âmbito dos órgãos do Poder Executivo do Distrito Federal, inclusive suas autarquias e fundações:

I – os servidores ativos;

II – os servidores aposentados;

- III – os beneficiários de pensão;
- IV – os ocupantes de cargo em comissão sem vínculo efetivo;
- V – os contratados temporariamente; e
- VI – os empregados públicos.

Parágrafo único. Excetua-se do disposto neste artigo os servidores e beneficiários de pensão vinculados ao Departamento de Estradas de Rodagem - DER.

Art. 5º. Poderão aderir ao GDF-SAÚDE-DF, na qualidade de beneficiários titulares, os integrantes da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, bem como os servidores ativos e inativos da Câmara Legislativa do Distrito Federal, do Tribunal de Contas do Distrito Federal e os das Carreiras Policiais Cíveis do Distrito Federal, desde que essas instituições ou as entidades representativas de seus servidores firmem convênio ou contrato com o INAS.

Parágrafo único. A adesão institucional de que trata o caput far-se-á nos termos a serem estabelecidos em resolução do Conselho de Administração, observados os parâmetros estabelecidos nos arts. 26 a 28.

Seção II

Dos Beneficiários Dependentes

Art. 6º. Poderão ser inscritos no GDF-SAÚDE-DF na qualidade de dependentes dos beneficiários titulares de que trata o Art. 4º:

- I – cônjuge ou companheiro (a), reconhecidos na forma de Lei Civil;
- II – filhos menores de 21 (vinte e um) anos;
- III – filhos inválidos; e
- IV – filhos estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos.

§ 1º. Para os fins deste Regulamento, consideram-se os filhos de qualquer condição, inclusive os legalmente adotados.

§ 2º. Equiparam-se aos filhos do beneficiário titular os enteados e os menores que, por determinação ou autorização judicial, vivam sob sua guarda e sustento.

§ 3º. Para a inclusão como beneficiário dependente, a condição de companheiro ou companheira será comprovada mediante declaração expressa firmada por duas testemunhas, que atestem o pleno atendimento aos requisitos estabelecidos em Lei, ou, ainda, mediante decisão judicial transitada em julgado.

Art. 7º. Os beneficiários de pensão serão automaticamente filiados ao GDF-SAÚDE-DF na condição de beneficiários sucessores, não podendo, porém, designar beneficiários dependentes para inclusão no Plano. Seção III Da Inscrição

Art. 8º. Os beneficiários titulares do GDF-SAÚDE-DF relacionados no Art. 4º adquirem automaticamente esta condição a partir da data de estabelecimento de vínculo com órgão do Poder Executivo do Distrito Federal.

Art. 9º. A inscrição de dependente no GDF-SAÚDE-DF deverá ser formalizada pelo beneficiário titular, mediante o preenchimento de TERMO DE ADESÃO de que trata o Anexo I, que será disponibilizado por meio dos órgãos setoriais e seccionais de Recursos Humanos ou no Portal do Servidor na Internet.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos setoriais e seccionais de Recursos Humanos o recebimento do TERMO DE ADESÃO e posterior encaminhamento ao INAS.

Art. 10. No espaço próprio do TERMO DE ADESÃO, o servidor anotará os dados dos dependentes, apresentando, de acordo com a condição de dependência de cada um, a documentação constante do ANEXO II deste Regulamento.

Parágrafo único. Os dependentes devem estar cadastrados no mesmo plano e modalidade do titular, sendo vedada a inscrição isolada e individual de dependente.

Art. 11. Ao beneficiário titular ou dependente será fornecida uma CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO que deverá ser obrigatoriamente apresentada juntamente com a CARTEIRA DE IDENTIDADE para a utilização dos serviços do GDF-SAÚDE-DF.

§ 1º. A CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO do beneficiário é condição essencial para o exercício dos direitos previstos neste Regulamento.

§ 2º. No caso de perda ou extravio da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, o beneficiário deverá comunicar o fato imediatamente ao INAS para que seja providenciada uma segunda via.

Seção IV **Da Perda da Qualidade de Beneficiário**

Art. 12. A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá:

I – para o cônjuge, pela anulação do casamento, pela separação judicial ou pelo divórcio;

II – pelo casamento ou emancipação no caso de filhos;

III – pela manifestação de vontade do beneficiário titular;

IV – pelo falecimento do beneficiário;

V – para os filhos estudantes, que se enquadrem no disposto no inciso IV do art. 6º deste Regulamento, que não comprovarem matrícula regular em curso superior; e

VI – para os tutelados e curatelados, quando não comprovarem ou renovarem as respectivas documentações judiciais.

§ 1º. Perde ainda a condição de beneficiário titular do GDF-SAÚDE-DF aquele que, por qualquer forma, perder a condição de servidor público ou empregado público, exceto se houver manifestação do desejo de continuidade da assistência à saúde, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da perda do vínculo funcional, pagando a contribuição integral, cuja vinculação permanecerá durante o período de, no máximo, 01 (um) ano.

§ 2º. A perda da condição de beneficiário, em qualquer hipótese, implicará a perda dos benefícios após 30 (trinta) dias do último recolhimento, observados os mecanismos de controle de entrada e saída na assistência à saúde.

§ 3º. A perda da qualidade de beneficiário não implica o direito à restituição das contribuições.

Art. 13. O beneficiário que, por qualquer motivo previsto em Lei, sem perda da sua condição de servidor público, interromper o exercício de suas atividades funcionais sem direito à remuneração, inclusive nos casos de cessão sem ônus, poderá manter-se como segurado, desde que se manifeste no prazo de 30 (trinta) dias do afastamento e pague integralmente as contribuições previstas para esta condição de servidor afastado, sob pena de suspensão ou perda dos benefícios na forma disposta em resolução do Conselho de Administração.

Seção V **Da Desfiliação**

Art. 14. O direito de desfiliação do beneficiário dar-se-á a qualquer tempo, desde que formalizada mediante requerimento junto ao Instituto.

§ 1º. Os beneficiários titulares que não quiserem manter-se nessa condição deverão manifestar-se, por escrito, por meio de TERMO DE DESFILIAÇÃO de que trata o Anexo III, que será disponibilizado por meio dos órgãos setoriais e seccionais de Recursos Humanos ou no Portal do Servidor na Internet .

§ 2º. Caberá aos órgãos setoriais e seccionais de Recursos Humanos o recebimento do TERMO DE DESFILIAÇÃO e posterior encaminhamento ao INAS.

§ 3º. Em caso de desfiliação, o beneficiário titular ou dependente só poderá voltar a integrá-lo após 03 (três) meses de seu afastamento, observados os seguintes períodos de carência:

I – para atendimento de urgência e emergência, 24 (vinte e quatro) horas;

II – para consultas, 60 (sessenta) dias;

III - para exames complementares, 90 (noventa) dias;

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

V – para os demais casos, 180 (cento e oitenta) dias.

§ 4º. No caso de solicitação de desfiliação do GDF-SAÚDE-DF, o beneficiário titular deverá formalizar comunicação prévia com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, não estando eximido da responsabilidade pelo pagamento de mensalidades e co-participações ainda não quitadas.

Seção VI Dos Desligamentos

Art. 15. Serão desligados do GDF-SAÚDE-DF, juntamente com seus dependentes, os beneficiários titulares que:

I - comprovadamente tiverem propiciado a utilização da assistência médica, hospitalar e laboratorial prestada pelo Plano a pessoas estranhas ao seu quadro de beneficiários, através de cessão de sua Carteira de Identificação e Carteira de Identidade; ou

II - tiverem comprovadamente burlado as determinações contidas neste Regulamento e em normas e instruções outras que forem baixadas com a finalidade de disciplinar o funcionamento do Plano, visando obter vantagens para si, seus dependentes ou outras pessoas.

Capítulo IV DAS COBERTURAS

Art. 16. O grupo de coberturas é considerado como sendo os eventos médicos e hospitalares reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, órgão que regulamenta a atividade de medicina no Brasil.

Art. 17. Procedimentos sujeitos a cobertura ambulatorial:

I - consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;

IV - remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

V - psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil, não cumulativas;

VI – fonoaudiologia, sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil, não cumulativas; e

VII - procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal;

- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) hemoterapia ambulatorial; e
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, para vícios de refração corretiva com grau igual ou maior que 7(sete).

Art. 18. São procedimentos sujeitos a cobertura de internação hospitalar:

I) cobertura de internações hospitalares, sem a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV) cobertura de 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;

V) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar;

VI) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos;

VII) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; e

VIII) internações em regime domiciliar desde que indicado pelo médico assistente e aprovado pelo INAS;

Art. 19. Os procedimentos relativos às coberturas de que tratam os Arts. 17 e 18 são aqueles previstos na Resolução Normativa nº 82, de 29/09/2004, da Agência Nacional de Saúde - ANS, que estabelece o Rol de Procedimentos que constituem referência básica para cobertura assistencial à saúde.

Art. 20. É assegurada a cobertura hospitalar de transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

§ 1º. Entende-se como despesas com procedimentos vinculados de que dispõe o caput, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

§ 2º. Os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 3º. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

Art. 21. As coberturas a que se referem os Arts. 17, 18 e 20, poderão ser revistas, semestralmente, de acordo com cálculos atuariais, por resolução do Conselho de Administração.

Capítulo V DAS EXCLUSÕES

Art. 22. Não estão cobertos pelo GDF-SAÚDE-DF os eventos médicos relacionados no Anexo IV.

Capítulo VI DOS PROCEDIMENTOS SUJEITOS A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 23. A área técnica do INAS exigirá do prestador de serviço credenciado um pedido de autorização antes da realização do procedimento onde serão avaliados os aspectos técnicos envolvidos:

I - Atendimentos ambulatoriais – Exames:

- 1 - angiografias;
- 2 - angiografia digital;
- 3 - arteriografia;
- 4 - cirurgias;
- 5 - densitometria óssea;
- 6 - eco;
- 7 - eco Doppler;
- 8 - eletrocardiografia dinâmica (holter);
- 9 - eletrococleografia;
- 10 - endoscopias diagnósticas (digestiva, ginecológica, respiratória, ortopédica e urológica);
- 11 - endoscopias terapêuticas (digestiva, ginecológica, respiratória e urológica);
- 12 - fisioterapias;
- 13 - fluoresceinografia;
- 14 - hemodiálise;
- 15 - hemodinâmica (cineangiocoronariografia, cateterismo cardíaco);
- 16 - hemoterapia;
- 17 - internações;
- 18 - laparoscopia diagnóstica e terapêutica;
- 19 - litotripsia;
- 20 - monitoração;
- 21 - ambulatorial de pressão arterial (MAPA);
- 22 - medicina nuclear;
- 23 - neuro-radiologia;

- 24 - oxigenoterapia hiperbárica;
 - 25 – quimioterapia;
 - 26 – radiologia;
 - 27 - radiologia intervencionista;
 - 28 – radioterapia;
 - 29 – remoções;
 - 30 - ressonância magnética;
 - 31 - tomografia computadorizada;
 - 32 - ultra-sonografia;
 - 33 - video-laparoscopia; e
 - 34 - pequenos procedimentos cirúrgicos em consultório ou ambulatório.
- II – Internações:
- 1 - eletivas;
 - 2 – de urgência - o prestador deve solicitar a autorização até 24 horas após a internação; e
 - 3 - para transplante de rins e córneas.

Capítulo VII DA REDE CREDENCIADA

Art. 24. Ficam definidos 03 (três) níveis de rede credenciada:

- I) primeiro nível, composto por hospitais e clínicas especializadas, denominados de Centros de Captação e Orientação, que deverão atender o beneficiário, e quando for necessário, deverá orientá-lo e encaminhá-lo a outros prestadores de rede credenciada.
- II) segundo nível, denominado Rede Tipo "1", composto por hospitais, clínicas especializadas, centros médicos e laboratórios.
- III) terceiro nível, denominado Rede Tipo "2", composto por hospitais de grande porte, policlínicas, centros médicos e laboratórios.

Parágrafo único. O INAS poderá determinar outros níveis de rede credenciada, por meio de deliberação do Conselho de Administração.

Capítulo VIII DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 25. O custeio do GDF-SAÚDE-DF far-se-á mediante:

- I – contribuições dos beneficiários, inclusive co-participação;
- II – contribuições suplementares, complementares ou extraordinárias autorizadas em Lei;
- III – contribuição mensal do Governo do Distrito Federal;
- IV – doação, legados, subvenções e outras rendas eventuais;
- V – reversão de qualquer importância;

VI – juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Instituto; e

VII – rendas resultantes de aplicações financeiras, inclusive dos fundos de reserva. Seção I Da Contribuição Mensal dos Beneficiários

Art. 26. O valor da contribuição mensal do beneficiário será de 4% (quatro por cento) calculado sobre a remuneração bruta do servidor.

§ 1º. A cada beneficiário dependente incluído no GDF-SAÚDE-DF será cobrado acréscimo de 1% (um por cento) incidente sobre a remuneração bruta do servidor.

§ 2º. Ato do Poder Executivo poderá fixar valores mínimos ou máximos de contribuição por beneficiário titular, com base em deliberação do Conselho de Administração.

§ 3º. Os percentuais a que se refere o caput e o § 1º poderão ser revistos, semestralmente, de acordo com cálculos atuariais, por meio de ato do Poder Executivo, de acordo com proposta do Conselho de Administração.

Art. 27. Para efeito do cálculo da contribuição de que trata o Art. 26, não integram a remuneração bruta as parcelas relativas à gratificação natalícia, ao adicional de férias e àquelas de caráter indenizatório. Parágrafo único. Entendem-se como parcelas de caráter indenizatório de que dispõe o caput:

I – as diárias para viagens;

II – a ajuda de custo em razão de mudança de sede;

III – a indenização de transporte;

IV – o auxílio-alimentação;

V - o auxílio-creche;

VI - o auxílio-transporte; e

VII - o auxílio-fardamento.

Seção II Da Contribuição Mensal do GDF

Art. 28. A contribuição mensal do Governo do Distrito Federal em favor do GDF-SAÚDE-DF corresponde a, no mínimo, 1,5% (um e meio por cento) calculado sobre o valor mensal total da folha de pagamento de seus servidores. Parágrafo único. Para o cálculo a que se refere o caput serão excluídas as parcelas de que trata o Art. 27.

Seção III Da Contribuição Sobre os Eventos Médicos

Art. 29. O beneficiário pagará co-participações diferenciadas, pela utilização do mesmo evento nos diferentes níveis de rede credenciada.

Art. 30. Os eventos médico-hospitalares são agrupados de acordo com as seguintes características:

I - o grupo de eventos denominado de Consulta em Consultório, compreende todos as consultas das diferentes especialidades reconhecidas pelo CFM – Conselho Federal de Medicina; e

II - o grupo denominado de Atendimento de Urgência Clínica ou Cirúrgica em Pronto Socorro, compreende todos os eventos ambulatoriais prestados em Pronto Socorro.

III - o grupo denominado de Exames Básicos de Apoio Diagnóstico é composto pelos seguintes exames:

1 - Colposcopia e colpocitologia;

- 2 - Eletrocardiograma e eletroencefalograma;
- 3 - Exames de análise clínica;
- 4 - Exames de anatomia patológica e citopatologia;
- 5 - Exames radiológicos simples e exames contrastados de aparelho digestivo e urinário;
- 6 - Radioimunoensaio (medicina nuclear);e
- 7 - Testes alérgicos e provas imunoalérgicas, otorrinolaringologia e oftalmologia.

IV - o grupo denominado de Exames Especiais de Apoio Diagnóstico é composto pelos seguintes exames:

- 1 - Dopplerfluxometria em obstetria;
- 2 - Ergometria;
- 3 - Ecocardiograma;
- 4 - Exames de doppler (angiológicos e cardiológicos), fluxometria e investigação vascular ultrasônica;
- 5 - Exames de ultra-sonografia;
- 6 - Exames diagnósticos de endoscopia digestiva, respiratória e urológica realizados em regime ambulatorial;
- 7 - Exames especiais em oftalmologia: ceratoscopia, retinografia fluorescente, biometria e paquimetria ultra-sônica, microscopia especular de córnea, ultra-sonografia diagnóstica ocular e campimetria computadorizada;
- 8 - Exames especiais em otorrinolaringologia: audiometria cortical, eletrococleografia, eletroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (BERA), testes vestibulares, registro de nistagmo e teste de glicerol;
- 9 - Histeroscopia diagnóstica;e
- 10 - Holter.

V - o grupo denominado de Procedimentos Terapêuticos Ambulatoriais Básicos é composto pelos seguintes eventos:

- 1 - Cirurgias de porte zero em dermatologia;
- 2 - Inaloterapia;
- 3 - Procedimentos ambulatoriais em ortopedia e traumatologia;
- 4 - Procedimentos ambulatoriais não-cirúrgicos em oftalmologia;
- 5 - Procedimentos ambulatoriais não-cirúrgicos em otorrinolaringologia;e
- 6 - Procedimentos ambulatoriais não-cirúrgicos em urologia.

VI - o grupo denominado de Procedimentos Terapêuticos Ambulatoriais Especiais é composto pelos seguintes eventos:

- 1 - Fisioterapia;
- 2 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em oftalmologia;
- 3 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em otorrinolaringologia;
- 4 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em urologia;e
- 5 - Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos.

§ 1º. Entende-se por casos de URGÊNCIA CLÍNICA OU CIRÚRGICA aqueles casos que comprometem a saúde do beneficiário, e que exigem tratamento médico imediato, sob risco de em não o receber, o beneficiário sofrer seqüelas irreversíveis, porém sem risco de morte.

§ 2º. Entende-se por casos de EMERGÊNCIA CLÍNICA OU CIRÚRGICA aqueles casos que comprometem a saúde do beneficiário, de forma súbita, que exigem tratamento médico imediato, sob risco de morte caso não o receber.

Art. 31. O beneficiário pagará a co-participação, de acordo com cada grupo de eventos de que trata o Art. 30, e mediante a aplicação da tabela de que trata o Anexo V.

Art. 32. Os valores de co-participação a que se refere o Art. 31 poderão ser revistos, de acordo com os resultados dos cálculos atuariais, por meio de ato do Poder Executivo, de acordo com proposta do Conselho de Administração.

Capítulo IX DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 33. As normas, limites, condições e carências da assistência à saúde de que trata o presente Regulamento serão revistas e alteradas sempre que necessárias à manutenção do equilíbrio econômico, financeiro e atuarial do sistema, observadas as disposições da Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006.

Art. 34. A contratação de empresa especializada para administração e atendimento do plano de autogestão deverá observar os dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com alterações posteriores.

Art. 35. À empresa de que trata o Art. 34 caberá acompanhar e avaliar a prestação de serviço pela rede credenciada apresentando periodicamente parâmetros gerenciais e financeiros com vistas à adoção de medidas preventivas que assegurem a otimização dos recursos e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Art. 36. Os casos omissos neste Regulamento serão objeto de nova regulação complementar.

Art. 37. Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO IV DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

1. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;
4. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com a finalidade estética;
5. Enfermagem particular, seja em hospital ou em residência, assistência médica domiciliar, consulta domiciliar, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;
6. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Terapia Ocupacional, Psicologia, exceto psicomotricidade;
7. Aparelhos ortopédicos;
8. Cirurgias plásticas e tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;
9. Tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, SPAs, ou similares;

10. Curativos e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do regime de Internação hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;
11. Materiais e medicamentos importados;
12. Vacinas e autovacinas;
13. Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; vasectomia com finalidade de anticoncepção e suas reversões; laqueadura e suas reversões, dispositivos anticonceptivos e provas de paternidade;
14. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;
15. Check-up, ou seja, solicitação de exames sem que o Beneficiário apresente doença ou sintoma;
16. Aluguel de equipamentos e aparelhos não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a Internação Hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade;
17. Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico hospitalar, durante a Internação Hospitalar tais como: jornais, TV, telefone, frigobar e estacionamento;
18. Quaisquer despesas com acompanhante exceto aquela estabelecida no Capítulo III, item II , alínea "f";
19. Remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Plano e remoções por via aérea ou marítima;
20. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
21. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal;
22. Procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário ainda esteja em período de Carência;
23. Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos para transplante;
24. Despesas com a internação ou permanência da beneficiária parturiente após sua alta hospitalar;
25. Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais;

Os Anexos Constam no DODF.

Este texto não substitui o publicado no DODF nº 174 de 11/09/2006