



SINJ-DF

SISTEMA INTEGRADO DE NORMAS JURÍDICAS DO DF

PORTARIA Nº 127, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2024 (*)

Dispõe sobre o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF SAÚDE, gerido pelo Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS.

A DIRETORA-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições previstas na Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006, e nos arts. 7º e 21 da Portaria nº 262, de 9 de novembro de 2006, considerando, ainda, o que estabelece o art. 6º do Decreto nº 46.632, de 12 de dezembro de 2024, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF SAÚDE, conforme disposto no anexo desta portaria, elaborado pelo Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, e aprovado por seu Conselho de Administração, nos termos da [Resolução nº 02, de 11 de março de 2024](#).

Art. 2º Revogam-se:

I - a [Portaria nº 17, de 29 de outubro de 2021](#), publicada no DODF nº 205, de 3 de novembro de 2021;

II - a [Portaria nº 128, de 16 de dezembro de 2022](#), publicada no DODF nº 239, de 27 de dezembro de 2022;

III - a [Portaria nº 64, de 23 de maio de 2023](#), publicada no DODF nº 97, de 24 de maio de 2023;

IV - a [Portaria nº 102, de 11 agosto de 2023](#), publicada no DODF nº 154, de 15 de agosto de 2023; e

V - a [Portaria nº 106, de 13 de setembro de 2023](#), publicada no DODF nº 174, de 15 de setembro de 2023.

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

ANA PAULA CARDOSO DA SILVA

ANEXO

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE– GDF SAÚDE

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade definir normas e critérios gerais do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF SAÚDE, administrado pelo Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, na modalidade de autogestão, nos termos da [Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006](#), em conformidade com a Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde – TABGDFSAÚDE e suas Diretrizes de Utilização – DUT.

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I - ACIDENTE PESSOAL: todo evento súbito, externo, involuntário e violento causador de lesão física, não definida pela legislação em vigor como acidente em serviço, incluindo eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde;

II - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: categorização do tipo de extensão territorial em que o Plano possui cobertura;

III - ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA: é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente e comprovado pela área médica do INAS;

IV - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;

V - ATUAÇÃO DO PLANO: área definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos;

VI - AUTOGESTÃO: modalidade de administração de planos de saúde na qual a própria organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o Plano de Assistência à Saúde de seus beneficiários;

VII - AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: mecanismo de regulação que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde;

VIII - CARÊNCIA: período ininterrupto estabelecido pelo plano de saúde durante o qual os beneficiários não têm acesso imediato às coberturas pactuadas, permitindo que se faça uma reserva financeira para garantir o equilíbrio econômico-financeiro ao administrar custos e riscos associados aos novos beneficiários;

IX - CARTÃO ELETRÔNICO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO – CIB-e: documento pessoal e intransferível, emitido pelo GDF SAÚDE, que, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido, permite que o beneficiário usufrua da assistência oferecida pelo Plano;

X - CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

XI - COBERTURA: conjunto de serviços, procedimentos, tratamentos e atendimentos médicos que estão incluídos e que o plano se compromete a oferecer aos seus beneficiários;

XII - COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, diabetes e abortamento;

XIII - CUSTOS ASSISTENCIAIS: valores despendidos com as despesas de assistência à saúde;

XIV - DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO – DUT: são critérios inerentes ao quadro clínico do paciente, pré-definidos pelo INAS, em que o beneficiário deverá se enquadrar para que a cobertura do procedimento seja obrigatória pelo Plano;

XV - HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

XVI - OFF LABEL: O medicamento chamado off label é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta prevista em bula e o material off label é aquele cuja indicação de profissional assistente diverge do que consta no manual de uso do material;

XVII - ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME): são dispositivos médicos, permanentes ou transitórios, aplicados ao corpo humano para modificar aspectos funcionais ou estruturais do sistema neuromusculoesquelético, substituir membros ou estruturas corporais, ou auxiliar em tratamentos, diagnósticos ou prevenção durante procedimentos médicos ou cirúrgico;

XVIII - PROCEDIMENTO ELETIVO: procedimentos médicos que são programados, ou seja, não são considerados de urgência e emergência;

XIX - REDE DE ATENDIMENTO DO GDF SAÚDE: rede composta por prestadores de serviços em saúde contratados, credenciados ou referenciados, no Distrito Federal e sua Região Metropolitana, na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, para atendimento aos beneficiários do Plano; e

XX - TABELA DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE – TABGDFSAÚDE: lista na qual constam os procedimentos que obrigatoriamente serão cobertos pelo plano GDF SAÚDE.

CAPÍTULO II DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO

Art. 3º O plano tratado neste instrumento é denominado GDF SAÚDE e possui as seguintes características gerais:

I - segmentação assistencial: assistência médica e serviços suplementares, compreendendo:

a) Assistência Ambulatorial; e

b) Assistência Hospitalar com Obstetrícia.

II - abrangência geográfica e de atuação: Distrital e Região Metropolitana do Entorno do Distrito Federal; e

III - padrão de acomodação: Enfermaria.

CAPÍTULO III DAS COBERTURAS

Seção I

Das Assistências Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Art. 4º As assistências ambulatorial e hospitalar com obstetrícia compreenderão os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares, gerais e especializados, inclusive de urgência ou emergência, definidos e listados na Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde – TABGDFSAÚDE, amparados pelas Diretrizes de Utilização – DUT, realizados na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada, dentro da área de abrangência e atuação, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, à exceção dos casos definidos neste Regulamento.

§1º As assistências de que trata o caput compreenderão especialidades que sejam reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, assim como as demais que venham a ser previstas ou não vedadas pela legislação vigente, observado o disposto no art. 14 deste Regulamento.

§2º Para fins da assistência prevista no caput, considera-se acidente pessoal todo evento súbito, externo, involuntário e violento causador de lesão física, não definida pela legislação em vigor como acidente em serviço, incluindo eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde.

Art. 5º Somente serão cobertas as despesas que tenham sido realizadas com observância, cumulativamente, das seguintes condições:

I - a partir da data da efetivação da adesão;

II - com a utilização dos serviços definidos e listados na Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde – TABGDFSAÚDE, amparados pelas Diretrizes de Utilização – DUT, quando assim requererem, e respeitados os mecanismos de regulação; e

III - com prestadores de serviços contratados, credenciados ou referenciados do INAS.

Subseção I

Da Assistência Ambulatorial

Art. 6º A assistência ambulatorial será prestada em caráter eletivo e de urgência ou emergência, compreendendo os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados na TABGDFSAÚDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização - DUT, e incluirá as seguintes coberturas:

I - consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas e centros de especialidades, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - consultas/sessões não cumulativas, exclusivamente quando preenchidos os critérios e quantidades descritos na DUT, com:

a) fisioterapeuta;

b) fonoaudiólogo;

c) nutricionista;

d) psicólogo; e

e) terapeuta ocupacional.

III - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

IV - hemodiálise e diálise peritoneal;

V - hemoterapia ambulatorial;

VI - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

VII - procedimentos de radioterapia;

VIII - quimioterapia oncológica ambulatorial, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

IX - medicamentos antineoplásicos orais e para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, desde que preenchidas as

Diretrizes de Utilização - DUT; e

X - serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo:

a) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação; e

b) exames especializados reconhecidos pelo CFM.

Parágrafo único. A cobertura de que trata o caput não inclui 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.

Art. 7º A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, a conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando, assim, um ato médico completo, concluído ou não em um único período de tempo e, quando necessário, retorno para apreciação dos exames e tomada de decisão da conduta médica.

Parágrafo único. A consulta médica terá retorno, sem pagamento, quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados na primeira consulta, caso em que o ato terá continuidade para sua finalização, de acordo com os prazos definidos em edital de credenciamento.

Subseção II

Da Assistência Hospitalar com Obstetrícia

Art. 8º A assistência hospitalar com obstetrícia será prestada em caráter eletivo e de urgência, compreendendo os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, prestados em caráter eletivo e de urgência ou emergência, definidos e listados na TABGDFSAÚDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização – DUT, e incluirá as seguintes coberturas:

I - internações hospitalares no padrão de acomodação enfermagem em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

- II - internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- III - despesas referentes a honorários médicos, equipe multidisciplinar e serviços gerais de enfermagem;
- IV - despesas com a acomodação e alimentação do paciente;
- V - despesas de alimentação do acompanhante para os casos previstos em lei, salvo em caso de contraindicação do médico assistente;
- VI - exames complementares indispensáveis para elucidação diagnóstica e controle da evolução da doença, realizados durante o período de internação hospitalar;
- VII - fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente;
- VIII - taxas hospitalares e materiais utilizados em procedimentos;
- IX - atendimento de outros profissionais de saúde durante o período de internação, na forma de parecer, quando indicado pelo médico assistente;
- X - cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, decorrente de grande perda ponderal clínica ou cirúrgica, desde que atendidos os critérios da DUT;
- XI - cirurgia plástica reconstrutiva de mama para pacientes após mastectomia total ou parcial em virtude de câncer de mama comprovado ou profiláticas redutoras de risco, quando diagnosticadas mutações genéticas, desde que atendidos os critérios da DUT;
- XII - órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos que constarem da TABGDFSAÚDE, assegurada a cobertura de procedimento cirúrgico para a sua remoção ou retirada;
- XIII - procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo plano GDF SAÚDE, se constarem da TABGDFSAÚDE;
- XIV - procedimentos considerados especiais, realizados em regime de internação, como:

a) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes.

b) embolizações;

c) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

d) fisioterapia;

e) hemodiálise e diálise peritoneal;

f) hemoterapia;

g) nutrição parenteral ou enteral;

h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

i) procedimentos radioterápicos;

j) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral; e

k) radiologia intervencionista.

XV - remoção do paciente para outro estabelecimento de saúde, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento, quando comprovadamente necessária e por indicação do médico assistente;

XVI - transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente; e

XVII - transplantes listados na TABGDFSAÚDE.

§1º Em caso de indisponibilidade dos serviços cobertos pelo Plano no estabelecimento de origem, a remoção ficará a cargo do prestador.

§2º Os procedimentos de internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamentos de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte do INAS.

Art. 9º A assistência hospitalar com obstetrícia, compreende, além dos dispostos na subseção I deste capítulo, os atendimentos relativos ao pré-natal, parto e ao puerpério, em regime ambulatorial ou hospitalar, definidos e listados na TABGDFSÁUDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização – DUT, em estabelecimentos de saúde integrantes da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, abrangendo as seguintes coberturas:

I - assistência ao parto:

a) nas internações obstétricas é permitida a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la; e

b) o parto normal também poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

II - procedimentos relativos ao pré-natal e puerpério; e

III - ações de planejamento familiar, que incluem atividades de educação, planejamento, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico, se previstos na TABGDFSÁUDE, exceto procedimentos relacionados à reprodução assistida.

Seção II

Da Assistência à Saúde Mental

Art. 10. A assistência à saúde mental compreende a cobertura para o tratamento dos transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento, em regime ambulatorial e de internação, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde como CID 10, ou aquele que vier a substituí-lo ou atualizá-lo, definidos e listados na TABGDFSÁUDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização – DUT, abrangendo a assistência:

I - ambulatorial: consultas ou sessões de psicologia, terapia ocupacional e psicoterapia e atendimento realizado por médico psiquiatra, compreendendo:

a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros

(incluídas as ameaças e tentativas de autoextermínio e autoagressão) ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) a psicoterapia de crise, entendida como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental; e

c) o tratamento básico prestado por médico ou psicólogo, serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

II - hospitalar: internação em hospital-dia psiquiátrico (recurso intermediário entre o ambulatório e a internação), hospital ou clínica psiquiátrica.

Art. 11. A assistência hospitalar em saúde mental compreende a internação em enfermaria de hospital, hospital-dia ou clínica psiquiátrica, para os diagnósticos relacionados no CID-10 e também para indivíduos com transtornos psiquiátricos em situação de crise, limitada inicialmente a 30 (trinta) dias.

§1º Em casos de permanência após 30 (trinta) dias, o INAS pode autorizar o atendimento em internação psiquiátrica, pelo período que se faça necessário, com base em relatório do médico assistente e parecer da área médica.

§2º Nos casos previstos no §1º, a autorização deverá ser renovada mensalmente.

§3º Nos casos das internações superiores a 1 (um) ano, contínuos ou não, será cobrada coparticipação de 50% (cinquenta por cento), precedida de notificação com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 12. Os serviços e procedimentos abrangidos pela assistência em saúde mental estão sujeitos à autorização prévia do GDF SAÚDE, salvo os de caráter de urgência ou emergência.

Art. 13. A assistência no tratamento de transtornos mentais e comportamentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

CAPÍTULO IV

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Art. 14. Estão excluídos da cobertura do plano GDF SAÚDE os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento, na TABGDFSAÚDE e suas Diretrizes de Utilização - DUT, além dos seguintes eventos:

I - 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;

II - aparelhos ortopédicos;

III - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

IV - check-up, ou seja, solicitação de exames sem que o beneficiário apresente doença ou sintoma;

V - cirurgia e tratamentos específicos para redesignação ou readequação sexual e de afirmação de gênero e suas complicações;

VI - cirurgias plásticas e tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética, cosmética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;

VII - cirurgia refrativa de correção visual, exceto nos casos previstos na TABGDFSAÚDE e DUT;

VIII - consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de:

a) acupuntura;

b) equoterapia;

c) gameterapia;

d) hidroterapia;

e) homeopatia;

f) medicina ortomolecular;

g) musicoterapia;

h) pilates; e

i) Reeducação Postural Global – RPG.

IX - curativos e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, exceto nos casos de medicamento oncológicos de uso oral;

X - despesas com a internação ou permanência da beneficiária parturiente após sua alta hospitalar;

XI - despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos paratransplante;

XII - exames Admissionais, Periódicos e Demissionais;

XIII - inseminação artificial e outros métodos de tratamento de infertilidade não listados na TABGDFSAÚDE;

XIV - internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de urgência e emergência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XV - internação ou assistência médica domiciliar, enfermagem particular, seja em hospital ou em residência, consulta domiciliar, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;

XVI - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com a finalidade estética;

XVII - fornecimento de materiais, órteses, próteses, produtos, tecnologias ou medicamentos importados não nacionalizados;

XVIII - materiais e medicamentos do tipo edulcorantes, suplementos alimentares, objetos e produtos de higiene, óculos e lentes, inclusive para correção de deficiência visual;

XIX - permanência hospitalar após alta médica;

XX - procedimentos solicitados pelo Departamento Nacional de Trânsito para emissão de Carteira Nacional de Habilitação - CNH;

XXI - procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas;

XXII - provas de paternidade;

XXIII - quaisquer despesas com acompanhante, salvo nas hipóteses legais;

XXIV - remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Plano;

XXV - remoções por via aérea, fluvial ou marítima;

XXVI - reversão de vasectomia ou laqueadura;

XXVII - terapias alternativas, tais como:

a) apiterapia;

b) aromaterapia;

c) bioenergética;

d) constelação familiar;

e) cromoterapia;

f) geoterapia;

g) hipnoterapia;

h) imposição de mãos;

i) ozonioterapia;

j) reflexologia (psicotron, psicorelax, pulsotron, neurotron, hipnotron, etc.);

k) terapia de florais; e

l) outros não listados.

XXVIII - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

XXIX - tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, massagens, SPAs ou similares;

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

XXXI - tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, bem como cirurgias bucomaxilofaciais;

XXXII - vacinas e autovacinas; e

XXXIII - extraordinários em contas hospitalares, tais como frutas, refrigerantes, frigobar, cigarros, jornais, revistas, telefonemas, aluguel de aparelho de TV, lavagem de roupas, estacionamento e/ou indenização por dano ou destruição de objetos.

CAPÍTULO V DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 15. As coberturas previstas do Plano GDF SAÚDE estão submetidas aos seguintes mecanismos assistenciais de regulação:

I - autorização prévia registrada em sistema informatizado de gestão;

II - auditoria ou perícia, documental ou presencial; e

III - encaminhamento para Segunda Opinião.

Parágrafo único. Serão observados critérios técnicos para liberação de procedimentos, tais como faixa etária, sexo, período intervalar, número de dias de internação, regime e tipo de atendimento, incidências se procedimento é bilateral ou se é único.

Art. 16. Todas as solicitações de procedimentos que necessitem de autorização prévia deverão vir acompanhado de pedido médico correspondente, datado e assinado pelo profissional assistente e com a descrição dos procedimentos e/ou exames a serem realizados, bem como sua indicação clínica.

§1º Os pedidos médicos terão a validade de 60 (sessenta) dias e os pedidos de tratamentos seriados 180 (cento e oitenta) dias.

§2º A utilização de órteses e próteses e de materiais especiais (OPME) dependerá de autorização prévia do GDF SAÚDE, à exceção dos casos de urgência/emergência.

§3º Caso o beneficiário opte por utilizar item diverso daquele autorizado, deverá fazê-lo mediante negociação direta com o prestador, sem qualquer envolvimento ou ônus para o GDF SAÚDE.

§4º Os procedimentos realizados e os OPMEs utilizados em situação de urgência ou emergência não necessitam de autorização prévia, cabendo ao prestador de serviços providenciar junto ao GDF SAÚDE a regularização do atendimento no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas corridas, juntamente com o envio da documentação que justifique a caracterização de urgência/emergência.

Art. 17. Não serão cobertas as despesas decorrentes de tratamento médicos ou serviços assistenciais que não cumprirem os mecanismos assistenciais de regulação descritos neste regulamento.

Art. 18. A autorização dos procedimentos deverá ocorrer conforme normativos internos e legislação vigente, sendo facultada ao INAS a solicitação de exames complementares e documentos que justifiquem o procedimento.

CAPÍTULO VI DOS PRAZOS DE AUTORIZAÇÃO

Art. 19. O INAS adota os seguintes prazos de autorização:

- I - urgência e emergência: imediato;
- II - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- III - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- V - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII - consulta/sessão com enfermeiro obstetra ou obstetriz: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII - serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- IX - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- X - procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XI - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII - tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes: em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo; e
- XIV - tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento oncológico e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar: em até 10 (dez) úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo.

Parágrafo Único. Os prazos estabelecidos neste artigo terão início na data da solicitação pelo prestador de serviços, desde que a documentação esteja completa, até a sua efetiva autorização.

Art. 20. Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste capítulo, será considerado o acesso a qualquer prestador da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

CAPÍTULO VII

DA REDE DE ATENDIMENTO DO GDF SAÚDE

Art. 21. A assistência à saúde será prestada pela Rede de Atendimento do GDF SAÚDE composta por prestadores de serviços contratados, credenciados ou referenciados, no Distrito Federal e sua Região Metropolitana, na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Parágrafo único. O Plano não oferece a modalidade livre escolha, de modo que os atendimentos serão prestados exclusivamente pela Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, ou seja, o beneficiário não faz jus a reembolso de despesas quando atendido em caráter particular por profissionais não contratados, credenciados ou referenciados.

Art. 22. No uso da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, o beneficiário deve:

I - participar no custeio das despesas, na forma prevista neste Regulamento; e

II - requerer autorização prévia para os procedimentos que assim o exijam.

Parágrafo único. A falta de autorização prévia para realização de procedimentos ou serviços implicará o não pagamento, pelo Plano, das despesas realizadas.

Art. 23. A assistência pela Rede de Atendimento credenciada se divide em direta e indireta, assim definidas:

I - direta: realizada por profissionais ou instituições de saúde credenciados diretamente ao INAS por intermédio de Edital de Credenciamento; e

II - indireta: prestada por profissionais ou instituições de saúde vinculados a cooperativas e/ou associações credenciadas ao INAS por intermédio de edital de credenciamento.

Art. 24. A responsabilidade pelos atendimentos médicos, hospitalares, laboratoriais, clínicos e outros é dos prestadores de serviços que mantêm contrato ou credenciamento com o INAS.

Parágrafo único. O INAS exercerá a fiscalização contínua dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, cabendo também ao beneficiário reportar quaisquer irregularidades ou abusos nos serviços prestados.

Art. 25. Para a assistência pela Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, o beneficiário deverá apresentar-se à instituição contratada ou credenciada, munido do Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário – CIB-e, acompanhado de documento de identificação oficial com foto.

Art. 26. A relação da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE será divulgada nos canais oficiais do INAS e do Plano.

CAPÍTULO VIII DO TIPO DE ACOMODAÇÃO

Art. 27. O Plano GDF SAÚDE adotará para acomodação hospitalar de seus beneficiários, o padrão Enfermaria (acomodação coletiva com dois ou mais leitos), tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

Art. 28. Poderá ser utilizada a acomodação individual caso o beneficiário opte por acomodação em apartamento, sendo de sua inteira responsabilidade, junto ao prestador de serviços contratado ou credenciado, toda e qualquer despesa excedente à acomodação coletiva.

Art. 29. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Art. 30. Em caso de necessidade de internação em isolamento, será garantido o pagamento de taxa de isolamento, não cabendo, entretanto, a cobertura de internação em apartamento.

TÍTULO II DOS ASSISTIDOS PELO PLANO

Art. 31. Poderão aderir ao GDF SAÚDE os servidores e empregados públicos no âmbito dos órgãos do Poder Executivo do Distrito Federal, inclusive suas autarquias, fundações e empresas públicas e seus respectivos dependentes.

CAPÍTULO I DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 32. Os assistidos pelo GDF SAÚDE classificam-se em:

- I - beneficiários titulares;
- II - beneficiários dependentes; e
- III - beneficiários optantes.

Seção I Dos Beneficiários Titulares

Art. 33. Poderão ser beneficiários titulares:

- I - os servidores efetivos ativos e inativos;
- II - os beneficiários de pensão de servidores efetivos ativos e inativos, enquanto mantida esta condição;
- III - os servidores comissionados sem vínculo efetivo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício;
- IV - os contratados temporariamente sem vínculo efetivo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício; e
- V - os empregados públicos, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício.

§1º A contribuição mensal dos beneficiários titulares corresponderá aos valores definidos no art. 74 deste Regulamento.

§2º O beneficiário titular é responsável financeiro pelas despesas dos beneficiários a ele vinculados junto ao GDF SAÚDE.

Art. 34. Em caso de falecimento de beneficiário titular:

I - o beneficiário dependente que passar à condição de pensionista deverá manifestar sua intenção de permanecer no Plano no prazo de 60 (sessenta) dias do óbito do beneficiário titular com o protocolo de pedido da pensão junto ao respectivo órgão de previdência, assumindo a titularidade; e

II - não poderá o pensionista fazer inclusões de novos dependentes, mantendo-se para efeito de cobertura por parte do Plano os cadastrados pelo titular e o filho nascido até 9 (nove) meses após o falecimento do beneficiário titular.

Seção II

Dos Beneficiários Dependentes

Art. 35. Poderão ser beneficiários, na qualidade de dependentes dos beneficiários titulares:

I - cônjuge ou companheiro (a), reconhecidos na forma de Lei Civil;

II - filhos menores de 21 (vinte e um) anos;

III - filhos estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos;

IV - filhos inválidos;

V - enteados menores de 21 (vinte e um);

VI - enteados estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos; e

VII - menores de 21 (vinte e um) e estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos, sob guarda, por determinação ou autorização judicial.

§1º Para a comprovação da relação de dependência com o beneficiário titular deverão ser apresentados os documentos relacionados na Tabela II deste Regulamento.

§2º A contribuição mensal dos beneficiários dependentes corresponderá aos valores definidos no art. 77 deste Regulamento.

Seção III

Dos Beneficiários Optantes

Art. 36. Podem permanecer no GDF SAÚDE, na condição de titular optante, os beneficiários que perderem a condição de servidor ou empregado público ou interromperem o exercício de suas atividades funcionais, inclusive nos casos de cessão sem ônus, sem perda da condição de servidor público, desde que formalizem sua opção dentro do prazo estabelecido na forma disposta nos artigos 60 e 61.

Art. 37. Podem permanecer no GDF SAÚDE, na condição de dependente optante, os beneficiários que já forem dependentes até a data da formalização da opção pelo titular.

Parágrafo único. Não será admitida a inclusão de novos beneficiários vinculados a titulares optantes, salvo no caso de filho(a) nascido(a) após a data da formalização da opção.

Art. 38. A contribuição mensal do titular optante e de cada dependente, a partir da data da opção, deve observar os valores previstos nos artigos 81 e 82, sendo devida a coparticipação prevista no art. 78.

CAPÍTULO II

DO CADASTRO E ADESÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 39. A adesão dos beneficiários é voluntária e facultativa, observados os critérios de elegibilidade dispostos nos artigos 33 e 35, mediante realização de cadastro.

Art. 40. O INAS realizará monitoramento constante do cadastro de beneficiários e poderá cancelar, a qualquer momento, aqueles que não se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos nos artigos 33 e 35.

Art. 41. A adesão dos dependentes ao GDF SAÚDE dependerá, obrigatoriamente, da participação do beneficiário titular.

Seção I

Do Cadastro

Art. 42. O cadastro dos beneficiários deverá ser realizado em plataforma informatizada disponível no site do INAS, mediante o preenchimento de Termo de Adesão e apresentação da documentação obrigatória relacionada nas Tabelas I e II.

§1º O Termo de Adesão conterá autorização para desconto sobre a sua remuneração ou, no caso de desligamento, sobre os seus acertos financeiros.

§2º Apenas o beneficiário titular poderá fazer o cadastro de seus dependentes.

Art. 43. O beneficiário titular deverá cadastrar, obrigatoriamente, todas as suas matrículas de servidor efetivo ou empregado público, quando possuir mais de uma, sendo de sua responsabilidade informar ao INAS as eventuais mudanças.

Art. 44. O INAS terá até 10 (dez) dias úteis a contar do cadastro para análise da documentação e efetivação da adesão no GDF SAÚDE.

§1º Constatada a necessidade de complementação ou substituição de documentação, o INAS notificará o beneficiário por meio eletrônico.

§2º Em caso de documentação incompleta o beneficiário terá até 5 (cinco) dias úteis para complementação, a contar do envio da notificação.

§3º Caso a pendência não seja resolvida no prazo disposto no caput, a solicitação de adesão será indeferida, podendo ser refeita a qualquer momento.

Seção II Da Adesão

Art. 45. A adesão ao GDF SAÚDE implicará na aceitação das condições estabelecidas neste Regulamento e em normas complementares.

Art. 46. Efetivada a adesão, ao beneficiário será disponibilizado, por meio eletrônico, o Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário – CIB-e, que deverá ser obrigatoriamente apresentado juntamente com documento oficial de identificação com foto, para a utilização dos serviços do GDF SAÚDE.

§1º Não será fornecida via física do Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário – CIB-e;

§2º É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização do Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário – CIB-e, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

§3º A utilização indevida do Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário – CIB-e poderá acarretar aplicação das penalidades previstas neste regulamento.

Art. 47. Para a identificação do beneficiário, poderá ser solicitada a biometria facial e/ou digital.

Seção III Da Atualização Cadastral

Art. 48. É dever do titular do Plano comunicar ao INAS as eventuais alterações de dados cadastrais ou que impactem na qualidade de beneficiário junto ao GDF SAÚDE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Art. 49. A omissão do titular em relação à atualização cadastral ou documental, poderá acarretar:

I - suspensão e cancelamento do Plano;

II - ressarcimento integral ao Plano, em caso de utilização indevida; e

III - responsabilidade civil e administrativa.

Art. 50. O beneficiário dependente universitário deverá atualizar seu cadastro, semestralmente, mediante a entrega do comprovante de frequência do semestre anterior e a declaração de matrícula em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação.

Parágrafo único. A exigência estabelecida no caput aplica-se igualmente ao dependente optante.

Art. 51. A qualquer tempo, o INAS poderá promover campanhas de atualização cadastral de participação obrigatória de seus beneficiários.

CAPÍTULO III DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO: DA SUSPENSÃO, EXCLUSÃO E CANCELAMENTO

Art. 52. A perda da qualidade de beneficiário no GDF SAÚDE ensejará na:

I - suspensão: interrupção temporária dos serviços e benefícios oferecidos pelo GDF SAÚDE ao beneficiário, durante a qual não terá acesso aos serviços de saúde cobertos pelo plano;

II - exclusão: retirada definitiva do beneficiário do GDF SAÚDE, cessando totalmente o vínculo contratual e, conseqüentemente, todos os direitos a serviços e benefícios do Plano; e

III - cancelamento: extinção do contrato de plano de saúde, seja por perda de elegibilidade, iniciativa do beneficiário ou do INAS, resultando na cessação da cobertura e no encerramento das obrigações contratuais entre ambas as partes.

§1º Qualquer que seja a hipótese de perda da condição da qualidade de beneficiário, terá eficácia imediata.

§2º A perda da condição de titular pelas hipóteses previstas nos incisos II e III acarretará o cancelamento de seus respectivos dependentes.

Art. 53. A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá:

I - quando o beneficiário deixar de atender aos critérios de elegibilidade estabelecidos nos artigos 33 e 35;

II - a pedido do beneficiário titular ou titular optante;

III - por inadimplemento;

IV - por óbito do titular ou dependente;

V - quando os dados cadastrais do beneficiário estiverem desatualizados;

VI - para os filhos e enteados que atingirem os limites de idade de 21 (vinte e um) anos;

VII - para os estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos que não comprovarem matrícula e frequência em curso superior semestralmente;

VIII - por fraude ou uso indevido do Plano, mediante apuração em processo interno, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis;

IX - quando não for comprovada a relação de dependência com o beneficiário titular ou titular optante;

X - quando não for apresentada a determinação judicial de guarda provisória e, após o trânsito em julgado, o da guarda definitiva, dos menores sob guarda.

Parágrafo único. Quando deixar de atender aos critérios de elegibilidade, na hipótese do inciso I, o beneficiário deverá comunicar ao INAS, pelos canais oficiais, sob pena da responsabilidade integral pelos eventuais custos de utilização do GDF SAÚDE, retroativamente à data do evento, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste Regulamento.

Art. 54. A perda da qualidade de beneficiário não o isenta do pagamento das contribuições devidas e não liquidadas.

§1º Durante o período de permanência no Plano, enquanto não houver manifestação formal do titular para o cancelamento, haverá cobrança de mensalidade, incluindo o valor proporcional ao período em que o Plano estiver ativo, até o efetivo cancelamento.

§2º Caso a perda da qualidade de beneficiário seja efetivada após a geração da cobrança mensal, será calculado o pro rata temporis compreendendo o período coberto até a data da exclusão ou cancelamento, não cabendo o acréscimo de correção monetária nas situações em que haja devolução de valor ao beneficiário.

Seção I Da Suspensão

Art. 55. O beneficiário terá seu plano suspenso nas seguintes hipóteses:

I - inadimplemento das contribuições superiores a 30 (trinta), a contar da data de vencimento;

II - não atualização dos dados cadastrais;

III - não apresentação de declarações de matrícula e frequência emitidas por instituição de ensino de curso superior, semestralmente, relativos aos estudantes universitários maiores de 21 (vinte e um) e menores de 24 (vinte e quatro) anos;

IV - por fraude ou uso indevido do Plano, durante a apuração em processo interno;

V - quando não for comprovada a relação de dependência com o beneficiário titular ou titular optante; e

VI - quando não for apresentada a determinação judicial de guarda provisória e, após o trânsito em julgado, o da guarda definitiva, dos menores sob guarda.

Parágrafo único. A suspensão terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, quando então ensejará o cancelamento do Plano GDF SAÚDE e a consequente perda da condição de beneficiário.

Seção II Da Exclusão

Art. 56. O beneficiário será excluído do GDF SAÚDE, quando constatada fraude ou uso indevido do Plano, após apuração em processo interno.

§1º Os beneficiários excluídos do GDF SAÚDE de que trata o caput só poderão ser readmitidos desde que cumprido período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses de afastamento do Plano, estando submetidos ao cumprimento dos períodos de carência estabelecidos no art. 62.

§2º A exclusão será precedida de notificação do INAS ao titular do Plano, por qualquer meio de comunicação, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos.

Seção III Do Cancelamento

Art. 57. O Plano será cancelado nas seguintes hipóteses:

I - quando o beneficiário deixar de atender os critérios de elegibilidade definidos nos artigos 33 e 35;

II - a pedido do beneficiário titular ou titular optante;

III - por inadimplemento das contribuições após o prazo de suspensão;

IV - por óbito do titular ou dependente;

V - quando os estudantes universitários maiores de 21 (vinte e um) e menores de 24 (vinte e quatro) anos não apresentarem declarações de

matrícula e frequência emitidas por instituição de ensino de curso superior, após o prazo de suspensão;

VI - quando não for comprovada a relação de dependência com o beneficiário titular ou titular optante, após o prazo de suspensão; e

VII - quando não for apresentada a determinação judicial de guarda provisória e, após o trânsito em julgado, o da guarda definitiva, dos menores sob guarda, após o prazo de suspensão.

§1º O beneficiário que tiver seu plano cancelado, no caso de retorno ao GDF SAÚDE, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carência.

§2º Nos casos previstos no inciso I do caput, se o beneficiário adquirir um novo vínculo ou condição de elegível em até 90 (noventa) dias, a nova inclusão aproveitará as carências já cumpridas

§3º Para fins do inciso II, será considerada a data da solicitação do cancelamento pelo beneficiário titular ou titular optante.

§4º Para fins do inciso IV, será considerada a data do óbito quando informada ao INAS pelos familiares ou responsáveis.

Art. 58. Caso o beneficiário esteja em tratamento ambulatorial e tenha seu plano cancelado, os procedimentos autorizados até a data do cancelamento poderão ser realizados.

Art. 59. O cancelamento será precedido de notificação do INAS ao titular do Plano, por qualquer meio de comunicação, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos, exceto nos casos dispostos nos incisos II e IV.

CAPÍTULO IV DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

Art. 60. É assegurado o direito de permanência no Plano, na condição de titular optante, aos seguintes grupos, desde que o interessado formalize sua opção dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da data da perda da condição de servidor ou empregado público ou interrupção do exercício de suas atividades funcionais:

I - ex-servidores comissionados;

II - ex-contratados temporariamente;

III - ex-empregados públicos; e

IV - servidores efetivos que interromperem o exercício de suas atividades funcionais sem direito a remuneração, inclusive nos casos de cessão sem ônus, mantendo sua condição de servidor público.

§1º O direito de permanência será de até 1 (um) ano para os casos previstos nos incisos I, II e III, contado a partir da data de perda do vínculo funcional.

§2º O servidor efetivo, referido no inciso IV, que não formalizar a opção de permanência no prazo estabelecido, terá seu plano cancelado e, caso retorne ao exercício de suas atividades funcionais e deseje reintegrar-se ao GDF SAÚDE, estará sujeito aos prazos de carência aplicáveis.

§3º Para os dependentes dos titulares optantes, a permanência no Plano seguirá as mesmas condições aplicáveis aos titulares.

Art. 61. O direito de permanência será exercido mediante a assinatura de Termo de Permanência, pelo titular do Plano, que conterá:

I - as regras previstas neste Regulamento;

II - o valor atualizado do custeio integral, conforme estabelecido nos artigos 81 e 82; e

III - data final de vigência do plano de saúde.

CAPÍTULO V DAS CARÊNCIAS

Seção I Dos Períodos de Carência

Art. 62. Os beneficiários do GDF SAÚDE estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes períodos de carência, a partir da efetivação da adesão:

I - atendimento de urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

II - consultas: 60 (sessenta) dias;

III - exames diagnósticos: 90 (noventa) dias;

IV - parto a termo, excluídos partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional: 300 (trezentos) dias; e

V - nos demais casos: 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 63. O GDF SAÚDE não admite o aproveitamento de carência (portabilidade) já cumpridas pelo beneficiário em outro plano de saúde, mas será garantida a emissão de declaração pelo INAS, com as informações relativas à sua vinculação no Plano.

Art. 64. As carências poderão ser revistas a qualquer momento, conforme critérios técnicos, desde que essa revisão não comprometa o equilíbrio financeiro do GDF SAÚDE.

Seção II

Das Garantias de Atendimento no Períodos de Carência

Art. 65. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, desde que constatado o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

§1º Persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, será garantida a cobertura enquanto perdurar a condição de urgência e emergência.

§2º A cobertura, para efeitos do §1º, será restrita ao evento que originou a condição de urgência e emergência.

§3º Quando não for comprovada a urgência ou emergência do caso, a cobertura cessará, ficando o beneficiário responsável pelos custos da internação ou remoção para outra unidade de saúde.

Seção III

Das Isenções de Cumprimento de Carência

Art. 66. Será isento de carência:

I - o recém-nascido, filho natural, desde que o cadastro ocorra mediante solicitação do beneficiário titular em até 30 (trinta) dias do nascimento;

II - o filho adotivo que adquiriu tal condição por sentença de adoção, desde que o cadastro ocorra mediante solicitação do beneficiário titular em até 30 (trinta) dias do pronunciamento definitivo do juízo;

III - o beneficiário dependente que passou à condição de pensionista no prazo de 60 (sessenta) dias do óbito do beneficiário titular com o protocolo de pedido da pensão junto ao respectivo órgão de previdência, assumindo a titularidade do Plano; e

IV - o beneficiário que adquirir um novo vínculo ou condição de elegível em até 90 (noventa) dias da perda da condição.

§1º Os efeitos do inciso IV, não se aplicarão para os casos em que o beneficiário tiver solicitado o cancelamento do Plano.

§2º O beneficiário que não observar os prazos previstos neste artigo, estará sujeito aos períodos de carência previstos no art. 62 deste Regulamento, a partir da efetivação de sua adesão ao Plano.

§3º Para as isenções a que se referem este artigo, o beneficiário titular deverá ter cumprido os prazos de carência.

TÍTULO III DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 67. Para efeitos deste Regulamento, consideram-se:

I - contribuição do Governo do Distrito Federal: repasse de aporte mensal dos órgãos, instituições ou entidades representativas, calculado sobre a totalidade do valor mensal da folha de pagamento de seus empregados e servidores, conforme previsão legal;

II - remuneração bruta do beneficiário titular: as espécies remuneratórias provenientes de todos os vínculos do servidor ou empregado público com o Governo do Distrito Federal, inclusive como aposentado, excluídas as vantagens periódicas e as de caráter indenizatório previstas na [Lei Complementar nº 840, de 2011](#);

III - contribuições dos beneficiários:

a) mensalidade do beneficiário titular: pagamento regular e periódico, calculado sobre a remuneração do servidor ou empregado público;

b) mensalidade do beneficiário dependente: pagamento regular e periódico, correspondente à sua faixa etária; e

c) coparticipação: pagamento que incide em percentual sobre a utilização dos serviços de saúde realizados, como fator moderador.

IV - custeio integral: contribuição mensal dos beneficiários optantes que corresponde à soma da mensalidade do Plano e da contribuição do Governo do Distrito Federal.

CAPÍTULO I DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 68. As contribuições dos beneficiários titulares e dependentes serão descontadas mensalmente da folha de pagamento do beneficiário titular.

Parágrafo único. Na impossibilidade de efetuar o desconto em folha de pagamento devido à ausência de margem consignável, perda de vínculo com o GDF ou outro motivo impeditivo, a cobrança poderá ser realizada por débito em conta, Título de Cobrança Bancária – TCB (boleto bancário) ou outro meio de cobrança determinado pelo INAS.

Art. 69. A cobrança das contribuições dos beneficiários que são servidores efetivos ou empregados públicos será efetuada diretamente no contracheque do respectivo cargo, sendo de responsabilidade do beneficiário informar ao INAS sobre qualquer alteração no órgão pagador.

Parágrafo único. Nos casos identificados de mudança de situação funcional ou órgão pagador, o INAS poderá, a qualquer tempo, proceder os ajustes das cobranças de contribuições, independentemente da manifestação do beneficiário.

Art. 70. As contribuições dos beneficiários optantes serão pagas mensalmente por meio de cobrança via Título de Cobrança Bancária (boleto bancário) ou outro método de cobrança estabelecido pelo INAS.

Parágrafo único. O titular optante é responsável pelo pagamento das contribuições dos seus dependentes, sendo que o boleto, emitido em nome do titular, abrangerá o valor total das contribuições a serem pagas.

Art. 71. É responsabilidade do titular manter em dia os pagamentos próprios e dos dependentes, verificando periodicamente as cobranças

geradas através dos canais disponíveis, como site, aplicativo, central de atendimento ou outros disponíveis.

Parágrafo único. As contribuições dos beneficiários recolhidas em atraso, serão acrescidas de correção monetária pelo IPCA e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, bem como multa de 2% (dois por cento).

Art. 72. Em caso de manutenção da inadimplência, o nome do beneficiário será inscrito em dívida ativa.

Parágrafo único. O INAS poderá adotar outras formas de protesto contra os beneficiários inadimplentes.

Art. 73. Os valores e percentuais das contribuições dos beneficiários poderão ser revistos a qualquer tempo, visando o equilíbrio econômico-financeiro do Plano.

Seção I

Da Mensalidade do Beneficiário Titular

Art. 74. O valor da mensalidade do beneficiário titular será de 4% (quatro por cento) calculado sobre a remuneração bruta do servidor ou empregado público, nos termos da Lei Complementar nº 840, de 2011, observados:

I - o valor mínimo de R\$ 535,00 (quinhentos e trinta e cinco reais); e

II - o valor máximo de R\$ 1.430,00 (um mil, quatrocentos e trinta reais).

Parágrafo único. A mensalidade será cobrada de forma antecipada proporcionalmente ao número de dias em que o beneficiário estiver inscrito no Plano.

Art. 75. Para fins de cálculo da mensalidade do beneficiário titular, a remuneração bruta é composta pelos seguintes itens:

I - vencimentos: salário-base do servidor ou empregado público;

II - vantagens permanentes relativas ao cargo: gratificações e adicionais vinculados aos cargos de carreira ou ao seu exercício, inclusive decorrentes de substituições;

III - vantagens relativas às peculiaridades de trabalho: gratificação de função de confiança e dos vencimentos de cargo em comissão, adicionais de insalubridade e de periculosidade, adicional por serviço extraordinário e adicional noturno;

IV - as vantagens pessoais: adicional por tempo de serviço, adicional de qualificação e vantagens pessoais nominalmente identificáveis; e

V - as vantagens eventuais: auxílio-natalidade, auxílio-funeral e gratificação por encargo de curso ou concurso.

Art. 76. Para efeito do cálculo da mensalidade, não integram a remuneração bruta do beneficiário titular:

I - vantagens periódicas: adicional de férias e décimo terceiro salário; e

II - vantagens de caráter indenizatório: abono de permanência, alimentação, conversão de férias ou de parte delas em pecúnia, creche ou escola, créditos decorrentes de demissão, exoneração e aposentadoria relativos a férias ou adicional de férias ou conversão de licença-servidor em pecúnia, diárias e passagens para viagens, fardamento e transporte.

Seção II

Da Mensalidade do Beneficiário Dependente

Art. 77. O valor da mensalidade para cada beneficiário dependente inscrito no GDF SAÚDE será de:

I - R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) para beneficiários com idade até 24 anos;

II - R\$ 370,00 (trezentos e setenta reais) para beneficiários com idade entre 25 e 38 anos;

III - R\$ 490,00 (quatrocentos e noventa reais) para beneficiários com idade entre 39 e 48 anos;

IV - R\$ 590,00 (quinhentos e noventa reais) para beneficiários com idade entre 49 e 53 anos;

V - R\$ 670,00 (seiscentos e setenta reais) para beneficiários com idade entre 54 e 58 anos; e

VI - R\$ 710,00 (setecentos e dez reais) para beneficiários com idade a partir de 59 anos.

Seção III Das Coparticipações

Art. 78. Os titulares pagarão, a título de coparticipação, os seguintes percentuais sobre todas as despesas assistenciais, inclusive de seus dependentes, com o objetivo de manter a integridade do sistema:

I - assistência médica:

a) 30% (trinta por cento) para atendimento ambulatorial em geral;

b) 5% (cinco por cento) para atendimento ambulatorial de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva;

c) 5% (cinco por cento) para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, internações, cirurgias, home care (internação domiciliar) e assistência em hospital-dia; e

d) 50% (cinquenta por cento) para as internações psiquiátricas superiores a 1 (um) ano.

II - assistência multidisciplinar: 50% (cinquenta por cento) para assistência em fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional; e

III - telemedicina: 30% (trinta por cento) para teleconsulta.

§1º A coparticipação para todos os atendimentos realizados em regime de internação clínica e cirúrgica e hospital-dia será limitada a R\$ 5.600,00 (cinco mil e seiscentos reais) por evento.

§2º A coparticipação para os atendimentos realizados em regime de home care (internação domiciliar) que excederem 30 (trinta) dias será calculada sobre o custo assistencial mensal, respeitado o limite de R\$ 5.600,00 (cinco mil e seiscentos reais).

§3º A coparticipação para procedimentos, medicamentos e eventos em saúde não previstos neste artigo será de 30% (trinta por cento), observado o teto previsto nos §§1º e 2º.

§4º Os percentuais e limites de que tratam o artigo serão corrigidos anualmente, por ato normativo aprovado pelo Conselho de Administração do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal.

Art. 79. O pagamento da coparticipação dos beneficiários com desconto em folha do GDF, dar-se-á em parcelas não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração bruta do servidor ou empregado público, até a quitação integral do débito.

§1º A base de cálculo da remuneração de que trata o caput será, preferencialmente, a folha do mês em que ocorrerá o débito.

§2º A cobrança poderá incidir sobre a folha do mês anterior, caso a base salarial não seja atualizada tempestivamente pelo Órgão Central de Recursos Humanos.

Art. 80. A cobrança das coparticipações ocorrerá à medida do processamento do faturamento das contas médicas assistenciais pelos prestadores de serviços contratados ou credenciados, nos prazos estabelecidos em edital de credenciamento.

CAPÍTULO II DO CUSTEIO INTEGRAL

Art. 81. Para fins de cálculo do custeio integral para o titular optante, os valores corresponderão à:

I - mensalidade: calculada com base na última remuneração; e

II - contribuição do Governo do Distrito Federal: o valor mínimo de mensalidade, nos termos do art. 74.

Art. 82. Para fins de cálculo do custeio integral para dependente optante o valor corresponderá à somatória da mensalidade e ao seu equivalente, conforme classificação etária disposta no art. 77.

Parágrafo único. Os valores deverão ser recalculados caso haja mudança de faixa etária.

TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 83. Este Regulamento, bem como a Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde – TABGDFSAÚDE e as Diretrizes de Utilização – DUT poderão ser consultados no sítio eletrônico do INAS ou do GDF SAÚDE.

Art. 84. As regras estabelecidas neste Regulamento, serão revistas e alteradas sempre que necessário para a manutenção do equilíbrio econômico, financeiro e atuarial.

Art. 85. Os casos omissos neste Regulamento serão tratados por meio de regulamentação complementar específica.

TABELA I
DOCUMENTOS PARA ADESÃO DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES

BENEFICIÁRIOS	DOCUMENTOS
Servidores Efetivos ativos Empregados Públicos ativos Servidores Comissionados ativos Contratados Temporariamente	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF 3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento 4. Comprovante de residência 5. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
Pensionistas (beneficiários de pensão de servidores efetivos ativos e inativos)	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF 3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Comprovante de residência 5. Certidão de óbito do servidor ou empregado público 6. Pedido de concessão da pensão 7. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
Servidores Inativos (IPREV)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF 3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento 4. Comprovante de residência 5. Deferimento da Aposentadoria pelo órgão de previdência 6. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
<p>É obrigatório para todos os beneficiários titulares o fornecimento de endereço de e-mail válido.</p>	

TABELA II
DOCUMENTOS PARA ADESÃO DOS BENEFICIÁRIOS
DEPENDENTES

BENEFICIÁRIOS	DOCUMENTOS

<p>Cônjuge ou Companheiro</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF 3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento 4. Comprovante de residência 5. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável 6. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
<p>Filhos menores de 21 (vinte e um) anos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF 3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento 4. Comprovante de residência 5. Sentença judicial para os casos de reconhecimento de paternidade ou adoção 6. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
<p>Enteados menores de 21 (vinte e um) anos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF

	<ol style="list-style-type: none">3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento4. Comprovante de residência5. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável do beneficiário titular6. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda7. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
Filhos estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos	<ol style="list-style-type: none">1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal2. Cadastro de Pessoa Física - CPF3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento4. Comprovante de residência5. Declaração de matrícula do semestre em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação6. Declaração de frequência do semestre anterior em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação7. Sentença judicial para os casos de reconhecimento de paternidade ou adoção

	8. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
Enteados universitários até 24 (vinte e quatro) anos estudantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF 3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento 4. Comprovante de residência 5. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável do beneficiário titular 6. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda 7. Declaração de matrícula do semestre em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação 8. Declaração de frequência do semestre anterior em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação 9. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
Filhos inválidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Cadastro de Pessoa Física - CPF

3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento

4. Comprovante de residência

5. Interdição civil judicial ou documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde

6. Sentença judicial para os casos de reconhecimento de paternidade ou adoção

7. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)

Enteados inválidos	<ol style="list-style-type: none">1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal2. Cadastro de Pessoa Física - CPF3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento4. Comprovante de residência5. Interdição civil judicial ou documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde6. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável do beneficiário titular7. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda8. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)
Menores sob guarda	<ol style="list-style-type: none">1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal2. Cadastro de Pessoa Física - CPF3. Carteira de Identidade - RG, Carteira de Identidade Nacional - CIN ou Certidão de Nascimento4. Comprovante de residência5. Documento de determinação judicial de guarda provisória e, após o trânsito em

	<p>julgado, o da guarda definitiva</p> <p>6. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda</p> <p>7. Cartão Nacional de Saúde - CNS (desejável)</p>
<p>É obrigatório para todos os dependentes maiores de 18 (dezoito) anos o fornecimento de endereço de e-mail válido.</p>	

TABELA III
CUSTEIO DO PLANO

Contribuição do Governo do Distrito Federal	Repasse de aporte mensal: dos órgãos, instituições ou entidades representativas, calculado sobre a totalidade do valor mensal da folha de pagamento de seus empregados e servidores, nos termos do art. 21 da Lei nº 3.831, de 14/03/2006.
Contribuições dos beneficiários	Mensalidades: com base na remuneração de todos os vínculos do servidor ou empregado público
	Coparticipações: percentuais sobre a utilização de serviços de saúde
Custeio integral	Soma da mensalidade correspondente à contribuição do GDF, nos termos nos artigos 81 e 82.

TABELA IV
REMUNERAÇÃO DO SERVIDOR OU EMPREGADO PÚBLICO

Espécies remuneratórias provenientes de todos os vínculos do servidor ou empregado público com o Governo do Distrito Federal, inclusive como aposentado, excluídas as vantagens periódicas e as de caráter indenizatório previstas na Lei Complementar nº 840, de 2011

COMPÕEM A REMUNERAÇÃO
BRUTA

NÃO INTEGRAM A REMUNERAÇÃO
BRUTA

Vencimentos: salário-base do servidor ou empregado público

Vantagens permanentes relativas ao cargo: gratificações e adicionais vinculados aos cargos de carreira ou ao seu exercício, inclusive decorrentes de substituições

Vantagens periódicas: adicional de férias e décimo terceiro salário

Vantagens relativas às peculiaridades de trabalho: gratificação de função de confiança e dos vencimentos de cargo em comissão, adicionais de insalubridade e de periculosidade, adicional por serviço extraordinário e adicional noturno

Vantagens indenizatórias: alimentação, creche ou escola, conversão de férias ou parte delas em pecúnia, abono de permanência, créditos decorrentes de demissão, exoneração e aposentadoria relativos a férias ou adicional de férias ou conversão de licença-servidor em pecúnia, diária e passagem para viagem, fardamento e transporte

Vantagens pessoais: adicional por tempo de serviço, adicional de qualificação e vantagens pessoais nominalmente identificáveis

Vantagens eventuais: auxílio-natalidade, auxílio-funeral e gratificação por encargo de curso ou concurso.

TABELA V
MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES

Servidores e empregados públicos no âmbito dos órgãos do Poder Executivo do Distrito Federal, inclusive suas autarquias, fundações e empresas públicas

ATIVOS	MENSALIDADE
Servidores Efetivos	<p>4% (quatro por cento) calculado sobre a remuneração bruta, proveniente de todos os vínculos do servidor ou empregado público, observados:</p> <p>I – valor mínimo de R\$ 535,00 (quinhentos e trinta e cinco reais)</p> <p>II – valor máximo de R\$ 1.430,00 (um mil, quatrocentos e trinta reais)</p> <p>Obs.: não integram a remuneração bruta as parcelas relativas ao adicional de férias, décimo terceiro salário e vantagens de caráter indenizatório.</p>
Empregados Públicos	
Servidores Comissionados sem vínculo efetivo	
Contratados Temporariamente sem vínculo efetivo	
PENSIONISTAS	
Beneficiários de pensão de servidores efetivos ativos e inativos	

INATIVOS	
Servidores inativos (Iprev)	

**TABELA VI
MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

Dependentes dos beneficiários titulares – valor para cada dependente	
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE	MENSALIDADE
Com idade até 24 anos	R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais)
Com idade entre 25 e 38 anos	R\$ 370,00 (trezentos e setenta reais)
Com idade entre 39 e 48 anos	R\$ 490,00 (quatrocentos e noventa reais)
Com idade entre 49 e 53 anos	R\$ 590,00 (quinhentos e noventa reais)
Com idade entre 54 e 58 anos	R\$ 670,00 (seiscentos e setenta reais)
Com idade a partir de 59 anos	R\$ 710,00 (setecentos e dez reais)

**TABELA VII
PERMANÊNCIA E MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS OPTANTES**

TITULAR	DIREITO DE PERMANÊNCIA	MENSALIDADE
Ex-servidores comissionados	Por até 1 (um) ano, desde que o interessado formalize sua opção no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de seu desligamento.	Custeio integral: mensalidade calculada com base na última remuneração o valor mínimo de mensalidade
Ex-contratados temporários		
Ex-empregados públicos		
Servidor efetivo: licença sem vencimento, afastamento temporário e cessão sem ônus	Direito de permanência, desde que o interessado formalize sua opção no prazo de 30 (trinta) dias a contar do afastamento.	Custeio integral: mensalidade calculada com base na última remuneração o valor mínimo de mensalidade
<p>O servidor efetivo que não formalizar a opção de permanência no prazo estabelecido terá seu plano cancelado e, caso retorne ao exercício de suas atividades funcionais e deseje reintegrar-se ao GDF SAÚDE, estará sujeito aos prazos de carência aplicáveis.</p>		
DEPENDENTE	DIREITO DE PERMANÊNCIA	MENSALIDADE

<p>Podem permanecer no GDF SAÚDE, na condição de dependente optante, os beneficiários que já forem dependentes até a data da formalização da opção pelo titular.</p>	<p>Para os dependentes dos titulares optantes, a permanência no Plano seguirá as mesmas condições aplicáveis aos titulares.</p>	<p>Custeio integral: somatória da mensalidade e ao seu equivalente, conforme classificação etária.</p>
<p>Não será admitida a inclusão de novos beneficiários vinculados a titulares optantes, salvo no caso de filho(a) nascido(a) após a data da formalização da opção.</p>		

**TABELA VIII
PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO**

TIPO DE ATENDIMENTO	PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO ¹
Assistência Médica	
atendimento ambulatorial em geral (consultas, procedimentos e tratamentos, serviços de apoio ao diagnóstico)	30%
internações clínicas	5%
internações cirúrgicas	
procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	

quimioterapia ambulatorial	
radioterapia ambulatorial	
terapia renal substitutiva	
assistência em hospital-dia	
home care (internação domiciliar)	
internações psiquiátricas superiores a 1 (um) ano	50%
Assistência Multidisciplinar	
assistência em fisioterapia	50%
assistência em fonoaudiologia	
assistência em psicologia	
assistência em terapia ocupacional	
Telemedicina	
teleconsulta de pronto atendimento	30%

¹Os percentuais de coparticipação serão aplicados sobre todas as despesas assistenciais que compreendem os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde – TABGDFSAÚDE, materiais, medicamentos, diárias, taxas, gases e OPMEs.

A coparticipação para procedimentos, medicamentos e eventos em saúde não previstos será de 30% (trinta por cento), conforme §3º do art. 78.

TABELA IX PRAZOS DE CARÊNCIA

A PARTIR DA EFETIVAÇÃO DA ADESÃO	CARÊNCIA
atendimento de urgência e emergência ¹	24 horas
consultas eletivas	60 dias
exames diagnósticos	90 dias
parto a termo (excluídos partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional)	300 dias
demais casos (cirurgias, internações, tratamento oncológico, etc)	180 dias

¹ Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, desde que constatado o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, conforme regras estabelecidas no art. 62.

Isenção de carência de dependentes²

Filho natural recém-nascido: desde que o cadastro ocorra mediante solicitação do beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias do nascimento.

Filho adotivo que adquiriu tal condição por sentença de adoção: desde que o cadastro ocorra mediante solicitação do beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias do pronunciamento definitivo do juízo.

Beneficiário dependente que passou à condição de pensionista: no prazo de 60 (sessenta) dias do óbito do beneficiário titular com o protocolo de pedido da pensão junto ao respectivo órgão de previdência, assumindo a titularidade do Plano.

Beneficiário que adquirir um novo vínculo ou condição de elegível em até 90 (noventa) dias da perda da condição de beneficiário.

² Somente se o titular já tiver cumprido os prazos de carência. O beneficiário que não observar os prazos para adesão, estará sujeito aos períodos de carência previstos no Regulamento.

(*) Republicado por ter sido encaminhado com incorreção no original, publicado no DODF nº 239, de 16 de dezembro de 2024, página 8.

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 239, seção 1, 2 e 3 de 16/12/2024 p. 8, col. 1](#)

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 240, seção 1, 2 e 3 de 17/12/2024 p. 49, col. 1](#)