

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, bem como definir critérios gerais do Plano em favor dos beneficiários titulares e dependentes.

§ 1º As alterações deste Regulamento serão objeto de proposta da Diretoria Executiva ou de membros do Conselho de Administração do INAS - CONAD, ou seu sucessor, somente sendo realizadas com a aprovação deste último.

§ 2º As propostas de alteração deste Regulamento obrigatoriamente serão norteadas por:

I - parecer Atuarial evidenciando os seus efeitos sobre o custeio e equilíbrio econômico-atuarial do Plano GDF-SAÚDE-DF; e

II - parecer Jurídico indicando a sua viabilidade e a inexistência de conflitos com a legislação pertinente. § 3º As alterações deste Regulamento não poderão:

I - causar desequilíbrio econômico-atuarial do Plano GDF-SAÚDE-DF; ou

II - conflitar com a legislação vigente e com os objetivos do INAS.

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 hospitalar com obstetrícia nos termos do Capítulo V - COBERTURAS.

Art. 3º. As coberturas constantes no Capítulo V - COBERTURAS serão prestadas preferencialmente mediante serviços próprios e, na impossibilidade de atendimento por estes, através de encaminhamento para a rede credenciada pelo INAS composta por médicos, clínicas especializadas, hospitais e laboratórios localizados no Distrito Federal.

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, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício;

II – os servidores aposentados;

III – os beneficiários de pensão, enquanto mantida esta condição;

IV – os ocupantes de cargo em comissão sem vínculo efetivo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício;

V – os contratados temporariamente sem vínculo efetivo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício; e

VI – os empregados públicos sem vínculo efetivo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício.

§ 1º Excetuam-se do disposto neste artigo os servidores e beneficiários de pensão vinculados ao Departamento de Estradas de Rodagem - DER.

§ 2º Em caso de falecimento do beneficiário titular, 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 seu falecimento.

§ 3º O beneficiário dependente que passar à condição de pensionista deverá manifestar sua intenção de permanecer no Plano no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência inequívoca efetivada por meio de comunicação do deferimento da pensão por parte da unidade de recurso humanos a que estava vinculada o beneficiário titular, assumindo o custeio integral do Plano.

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. 30 a 33.

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 sob sua guarda judicial em processo de adoção, com comprovação de dependência econômica, para os enteados, por meio de Declaração de Imposto de Renda, observados os parâmetros definidos no art. 6º, II, III e IV.

§ 3º Para a inclusão como beneficiário dependente, a condição de companheiro(a) será comprovada mediante escritura pública ou decisão judicial transitada em julgado.

§ 4º A adesão dos dependentes ao Plano de Saúde dependerá, obrigatoriamente, da participação do beneficiário titular.

§ 5º Para fins de inclusão no Plano, deverá ser informado para todos os dependentes, independentemente de idade, o número de inscrição no CPF – Cadastro de Pessoa Física.

Seção III

Da Inscrição

Art. 7º. Os beneficiários titulares do GDF-SAÚDE-DF relacionados no Art. 4º adquirem o direito de participar do Plano a partir da data de estabelecimento de vínculo com órgão do Poder Executivo do Distrito Federal, observado o Capítulo IV - DAS CARÊNCIAS.

Art. 8º. A inscrição do beneficiário titular no GDF-SAÚDE-DF deverá ser formalizada mediante o preenchimento de TERMO DE ADESÃO disponibilizado exclusivamente por meio eletrônico.

Art. 9º. No espaço próprio do TERMO DE ADESÃO, o beneficiário titular anotará os dados dos dependentes, apresentando, de acordo com a condição de dependência de cada um, a documentação constante do Anexo I deste

Regulamento. Parágrafo único. É vedada a inscrição isolada e individual de dependente.

Art. 10. Ao beneficiário titular ou dependente será fornecido CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO online que deverá ser obrigatoriamente apresentado juntamente com documento oficial de identificação, com foto, para a utilização dos serviços do GDF-SAÚDE-DF.

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

§ 2º Excepcionalmente o INAS poderá fornecer CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO em meio físico, mediante solicitação expressa e justificada do beneficiário titular.

§ 3º No caso de perda, inutilização do CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO em meio físico ou reingresso ao Plano, a segunda via será fornecida integralmente às expensas do beneficiário titular.

§ 4º No caso de furto ou roubo, não haverá ônus para o fornecimento de segunda via do CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO em meio físico, desde que seja apresentado o boletim de ocorrência expedido pelo órgão competente.

Seção IV

Da Perda da Qualidade de Beneficiário

Art. 11. A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá:

I – para o cônjuge, pela anulação do casamento, pela separação judicial ou pelo divórcio, e para o(a) companheiro(a) pela dissolução da união estável;

II – para os filhos, pelo casamento ou emancipação;

III – pela manifestação de vontade do beneficiário titular;

IV – pelo falecimento do beneficiário;

V – para os filhos que atingirem os limites de idade previstos no inciso II do art. 6º e para os estudantes, que se enquadrarem no disposto no inciso IV do art. 6º deste Regulamento, que não comprovarem matrícula regular em curso superior semestralmente;

VI – por inadimplemento;

VII - por fraude ou uso indevido do plano GDF-SAÚDE-DF, mediante apuração em processo interno do INAS, assegurando-se a ampla defesa e o contraditório, sem prejuízo das sanções cíveis e penais cabíveis, sendo vedado o retorno a qualquer tempo.

VIII - decisão administrativa ou judicial;

IX – pelo cancelamento da inscrição do beneficiário titular, salvo por falecimento, observado o § 2º, do art. 4º, deste Regulamento; e

X –pela perda da condição de pensionista.

§ 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, com ou sem vínculo efetivo, 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, desde que assuma o custeio integral, mantendo-se o vínculo durante o período de, no máximo, 1 (um) ano.

§ 2º Considera-se como termo inicial para contagem do prazo de que trata o parágrafo anterior a data da comunicação inequívoca da dispensa, ou comunicação do desligamento do servidor/empregado.

§ 3º 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.

§ 4º A perda da qualidade de beneficiário não implica o direito à restituição das contribuições.

Art. 12. 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 a remuneração, inclusive nos casos de cessão sem ônus, poderá manter-se como beneficiário, desde que se manifeste no prazo de 30 (trinta) dias contados do efetivo afastamento e assuma o custeio integral, sob pena de suspensão ou perda dos benefícios.

Seção V

Da Desfiliação

Art. 13. O direito de desfiliação do beneficiário dar-se-á a qualquer tempo, desde que formalizada mediante requerimento junto ao INAS.

§ 1º Os beneficiários titulares que não quiserem manter-se nessa condição deverão manifestar-se, por escrito, por meio do TERMO DE DESFILIAÇÃO disponibilizado por meio eletrônico, não estando eximido da responsabilidade pelo pagamento de mensalidades e coparticipações ainda não quitadas.

§ 2º Em caso de desfiliação, o beneficiário titular ou dependente só poderá voltar a integrar o Plano GDF-SAÚDE-DF após 3 (três) meses de seu afastamento, estando sujeito ao cumprimento dos períodos de carência previstos no art. 18.

Seção VI

Dos Desligamentos

Art. 14. Serão desligados do GDF-SAÚDE-DF, juntamente com seus dependentes, os beneficiários titulares que:

I - comprovadamente tiverem propiciado a utilização da assistência prestada pelo Plano a pessoas estranhas ao seu quadro de beneficiários, através de cessão do seu CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO e documento oficial de identificação, com foto; 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.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição do beneficiário titular, salvo por motivo de morte, observados os §§ 2º e 3º, do art. 4º, deste Regulamento, resultará no cancelamento da inscrição dos respectivos beneficiários dependentes.

Seção VII

Do Atraso ou Não-Pagamento das Mensalidades e Coparticipações

Art. 15. O titular que deixar de pagar as mensalidades e/ou coparticipações devidas:

I - por mais de 60 (sessenta) dias consecutivos, terá suspensos ou bloqueados os serviços assistenciais;

II - por mais de 90 (noventa) dias consecutivos, será automaticamente excluído do GDF-SAÚDE-DF pelo não pagamento das mensalidades e/ou coparticipações devidas no período;

§ 1º O beneficiário que for excluído do Plano na forma estabelecida no inciso II, no caso de retorno ao GDF-SAÚDE-DF, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carência previstos no art. 18.

§ 2º O cancelamento da inscrição do beneficiário não o desobriga a honrar o pagamento das contribuições e coparticipações devidas e não liquidadas, oriundas da utilização do plano, se houver, até a data do cancelamento pelo INAS, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis.

§ 3º Caso o beneficiário que esteja em tratamento em regime ambulatorial ou de internação, tenha sua inscrição cancelada por rescisão unilateral (inadimplemento), os procedimentos autorizados antes do cancelamento referentes a esses tratamentos, serão cobertos até o limite já autorizado, perdendo automaticamente a cobertura para novas assistências ambulatoriais e hospitalares, inclusive renovações ou prorrogação de autorizações.

Art. 16. As mensalidades e/ou coparticipações 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. 17. O INAS pode permitir o pagamento parcelado dos valores em atraso, conforme dispuser ato normativo a ser proposto pelo Presidente do INAS ao Conselho Administrativo - CONAD.

Capítulo IV

DAS CARÊNCIAS

Seção I

Dos Prazos de Carência

Art. 18. A adesão ao Plano GDF-SAÚDE-DF sujeita os titulares e seus dependentes ao cumprimento dos seguintes prazos 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.

§ 1º Fica isento do cumprimento de prazos de carência o servidor ou empregado ocupante de cargo disposto no artigo 4º deste Regulamento e seus dependentes, se a adesão ao Plano GDF-SAÚDE-DF ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias contados do início do efetivo exercício.

§ 2º Não estará obrigado ao cumprimento de novos períodos de carência o beneficiário dependente que se tornar pensionista e que manifestar sua intenção de permanecer no Plano conforme previsto no art. 4º, §3º.

§ 3º O recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular poderá ser inscrito no Plano GDF-SAÚDE-DF na condição de dependente, estando isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu nascimento ou adoção.

§ 4º Fica garantida a isenção do cumprimento de carência aos filhos adotivos do titular, menores de 12 (doze) anos de idade, desde que sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo adotante.

§ 5º Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início da vigência do contrato ou convênio celebrado nos termos do art. 5º deste Regulamento.

Seção II

Das Garantias de Atendimento no Período de Carência

Art. 19. Será garantido o atendimento nos casos de emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao plano, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Art. 20. O atendimento de urgência será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao Plano.

§ 1º Urgência – assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

§ 2º Emergência – como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Capítulo V

DAS COBERTURAS

Art. 21. Estão cobertos pelo GDF-SAÚDE-DF os eventos médicos relacionados no Anexo II.

Art. 22. O grupo de coberturas previstas no Anexo II observará as recomendações e normativos relativos aos eventos médicos e hospitalares reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, bem como as Diretrizes de Utilização - DUT descritas no Anexo III.

Art. 23. 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, desde que não se caracterize como internação;

III - consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo de acordo com a indicação do médico assistente e o número de sessões estabelecido no Anexo III;

IV - cobertura de sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo III, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

V - cobertura de procedimentos de fisioterapia listados no Anexo III, em número ilimitado de sessões por ano;

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

VII – fonoaudiologia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo III; e

VIII - procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimentos de saúde;

c) radioterapia;

d) hemoterapia ambulatorial; e

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, para vícios de refração corretiva com grau igual ou maior que 7(sete). Parágrafo único. Para fins do previsto no inciso VIII, 'b', definem-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com finalidade de intensificar seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.

Art. 24. São procedimentos sujeitos a cobertura de internação hospitalar:

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

II - 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 atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo Médico assistente;

IV - 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 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VI - despesas de acomodação e alimentação de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como de pessoas com deficiência;

VII - despesas de paramentação, alimentação e acomodação de 1 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação médica, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

VIII - assistência ao parto e ao recém-nascido, abrangendo:

a) serviços de maternidade, compreendendo assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos, e tratamento das parturientes nas complicações surgidas pós parto;

b) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

c) cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;

d) honorários de médico-clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra e neonatologista;

§ 1º Esta assistência continuará a ser prestada desde que o beneficiário titular tenha incluído o recém-nato no Plano até o término do aludido prazo de 30 (trinta) dias, observado o § 3º do Art. 18 deste Regulamento.

§ 2º Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias, os prazos de carência previstos no presente Regulamento deverão ser cumpridos integralmente.

§ 3º Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Art. 25. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos. § 1º Para fins deste Regulamento conceituam-se:

I - prótese: qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

II - órtese: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

III – materiais especiais médico-odonto-hospitalares: recursos que complementam e auxiliam no desempenho e na recuperação de funções.

§ 2º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses encontram-se disponibilizados e atualizados periodicamente pela ANVISA.

§ 3º Para fins da cobertura de órteses, próteses e materiais especiais, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos;

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pelo INAS, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e o INAS, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

Art. 26. Os procedimentos relativos às coberturas de que tratam os Arts. 23 e 24 são aqueles previstos no Anexo III.

Capítulo VI

DAS EXCLUSÕES

Art. 27. Não estão cobertos pelo GDF-SAÚDE-DF os eventos médicos relacionados no Anexo IV.

Capítulo VII

DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 28. Será exigido do prestador de serviço credenciado que apresente pedido de autorização prévia para a realização de procedimentos, bem como o envio de documentos e/ou laudos de exames, quando necessários.

Parágrafo Único. No caso de procedimentos realizados em regime de urgência e/ou emergência o prestador deve solicitar a autorização até 24 horas após a internação ou finalização do atendimento.

Capítulo VIII

DA REDE CREDENCIADA

Art. 29. Ficam definidos 3 (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 IX

DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 30. O custeio do GDF-SAÚDE-DF far-se-á mediante:

I – contribuições dos beneficiários, inclusive coparticipação;

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. 31. O valor da contribuição mensal do beneficiário titular 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, 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.

§ 4º A contribuição será calculada sobre a maior remuneração bruta no caso de servidores públicos ou empregados públicos elegíveis para figurarem como beneficiários do GDF-SAÚDE-DF, e que sejam cônjuges ou que tenham mais de uma matrícula.

Art. 32. Para efeito do cálculo da contribuição de que trata o Art. 31, não integram a remuneração bruta as parcelas relativas à gratificação natalícia, ao adicional de férias e àquelas de caráter indenizatório.

§ 1º 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; Excluído: titular IV – o auxílio-alimentação; V - o auxílio-creche;

VI - o auxílio-transporte; e

VII - o auxílio-fardamento.

§ 2º As contribuições e coparticipações serão cobradas, prioritariamente, mediante desconto em folha de pagamento.

§ 3º Na impossibilidade da cobrança ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável, perda de vínculo com o GDF ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante débito em conta, Título de Cobrança Bancária – TCB ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança.

§4º A manutenção da inadimplência acarretará a inscrição do nome do beneficiário em dívida ativa.

§ 5º Em caso de não pagamento das contribuições ou coparticipação na data do vencimento, o valor devido será corrigido de acordo com o disposto no art. 16.

Seção II

Da Contribuição Mensal do GDF

Art. 33. 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.

Seção III

Da Contribuição Sobre os Eventos Médicos

Art. 34. O beneficiário titular pagará coparticipação sobre todas as suas despesas assistenciais, assim como as de seus dependentes, conforme Anexo V.

Art. 35. 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 realizadas nas 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, citopatologia;

2 – Eletrocardiograma convencional e eletroencefalograma convencional;

3 - Exames de análise clínica;

4 - Exames de anatomia patológica;

5 - Exames radiológicos simples e exames contrastados de aparelho digestivo e urinário;

6 - Exames e testes alergológicos;

7 - Exames e testes oftalmológicos;

8 - Exames e testes otorrinolaringológicos;

9 - Teste ergométrico;

10 - Esofagogastroduodenoscopia;

11 - Retossigmoidoscopia;

12 - Biopsia de pele;

13 - Hemoterapia;

14 – Tococardiografia.

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

1 – Dopplerfluxometria em obstetrícia;

2 – Ergometria;

3 – Ecocardiograma; com doppler convencional e colorido;

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;

10 – Holter (eletrocardiografia dinâmica);

11 - Tomografia computadorizada;

12 - Ressonância nuclear magnética;

13 - Medicina nuclear;

14 - Densitometria óssea.

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.

Art. 36. Os valores de coparticipação poderão ser revistos, de acordo com os resultados dos cálculos atuariais, mediante proposta do Conselho de Administração.

Capítulo X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 37. 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.

Art. 38. Os casos omissos neste Regulamento serão objeto de nova regulação complementar.

Art. 39. Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I

BENEFICIÁRIO DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

BENEFICIÁRIO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
1 – Titular	Documento de identificação oficial com foto e comprovante de residência.
2 – Cônjuge	Certidão de Casamento e documento de identificação oficial com foto.
3 – Companheiro(a)	Documento de identificação oficial com foto, escritura pública declaratória de união estável, ou decisão judicial transitada em julgado que reconheça a união estável.
4 – Filhos(as)	a) Menores de 21 (vinte e um) anos: Certidão de Nascimento ou documento de identificação oficial com foto. Documentação comprobatória de adoção; b) Inválidos: documentos do item 'a' e prova de invalidez total e permanente; c) Estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos: documentos do item 'a' e comprovação semestral de

	matrícula em curso de nível superior ou sempre que solicitado pelo INAS.
5 – Enteados(as)	a) Menores de 21 (vinte e um) anos: Certidão de Nascimento ou documento de identificação oficial com foto, comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda; b) Inválidos: documentos do item 'a' e prova de invalidez total e permanente; c) Estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos: documentos do item 'a' e comprovação semestral de matrícula em curso de nível superior ou sempre que solicitado pelo INAS.
6 – Menores sob guarda	Certidão de Nascimento ou documento de identificação oficial com foto, decisão judicial que concedeu a guarda em processo de adoção e respectivo termo.
7 - Pensionistas	Documentação comprobatória da condição de pensionista.
8 – Para todos os dependentes independentemente de idade	CPF – Cadastro de Pessoa Física

ANEXO II

COBERTURA (Disponível na barra lateral da página de credenciamento).

ANEXO III

DUT (Disponível na barra lateral da página de credenciamento).

ANEXO IV

DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 1º Estão excluídos da cobertura do plano GDF-SAÚDE-DF os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento ou nas tabelas de referência do INAS, bem como os provenientes dos seguintes casos:

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 fins estéticos;

3.1. 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 pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou

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

4. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com a finalidade estética;

4.1. Fornecimentos de órteses, próteses, produto, tecnologia ou medicamento importados não nacionalizados;

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;

7. Aparelhos ortopédicos;

8. Cirurgias plásticas e tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética, cosmética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;

9. 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, 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 não nacionalizados;

12. Vacinas e autovacinas;

13. Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; reversão de vasectomia ou laqueadura e provas de paternidade;
14. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;
15. Avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (check-up);
16. Aluguel de equipamentos e aparelhos não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, incluindo, mas não se limitando a: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador, fraldas e qualquer outro com a mesma finalidade para uso domiciliar;
17. Quaisquer despesas extraordinárias não incluídas na diária hospitalar, realizadas pelo paciente ou seu acompanhante, incluindo, mas não se limitando a: jornais e revistas, TV, ligações telefônicas, frigobar, artigos de higiene, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas, aluguel de aparelhos de som e imagem, estacionamento e outras despesas de caráter pessoal ou particular;
18. Quaisquer despesas com acompanhante exceto aquela estabelecida no art. 25, VI;
19. Remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Plano e remoções por via aérea ou marítima;
20. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, bem como cirurgias bucomaxilofaciais;
21. Procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário ainda esteja em período de Carência;
22. Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos paratransplante;
23. Despesas com a internação ou permanência da beneficiária parturiente após sua alta hospitalar;
24. Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais;
25. Permanência hospitalar após alta médica;
26. Tratamento realizado fora do Distrito Federal;
27. Cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo e suas complicações;
28. Procedimentos solicitados pelo departamento Nacional de Trânsito para emissão de Carteira Nacional de Habilitação;
29. Cirurgia refrativa de correção visual, exceto nos casos previstos nos normativos do Regulamento;

30. Terapias alternativas, tais como: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais;

31. Todo e quaisquer procedimentos não discriminados neste Regulamento ou nas tabelas de referência do INAS, na data do evento.

ANEXO V

1. Nos atendimentos ambulatoriais, a coparticipação corresponderá aos seguintes percentuais:

1.1 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;

1.2 Assistência em psicologia:

a) 50% (cinquenta por cento) para assistência em psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional ambulatorial;

b) 5% (cinco por cento) para assistência em Hospital-Dia (saúde mental).

2. A coparticipação para todos os atendimentos realizados em regime de internação clínica e cirúrgica, inclusive com utilização de OPMEs será de 5% (cinco por cento), limitada a R\$ 5.000,00 por evento, valor este que será corrigido anualmente, de acordo com Ato Normativo do INAS.

3. Nenhum procedimento ou serviço poderá ser criado, estendido ou majorado sem que, em contrapartida, estejam asseguradas as respectivas fontes de custeio total.