

DECRETO Nº 11.800, DE 02 DE FEVEREIRO DE 2023.

APROVA O REGULAMENTO Nº 5/2021, DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES – IPREM/GV, QUE DISPÕE SOBRE O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Prefeito Municipal de Governador Valadares, Estado de Minas Gerais, no uso das atribuições e competências que lhe confere a Lei Orgânica Municipal, e tendo em vista o disposto nos artigos 6º e 11, da Lei nº 4.883, de 15 de agosto de 2001;

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento nº 5/2021, que dispõe sobre o Programa de Assistência Médico-Hospitalar dos Servidores Públicos do Município de Governador Valadares, nos termos do Anexo Único deste decreto.

Art. 2º Ficam convalidados todos os atos praticados pela Administração com base no Decreto nº 11.594, de 21 de janeiro de 2022.

Art. 3º Revoga-se o Decreto nº 11.594, de 21 de janeiro de 2022.

Art. 4º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Governador Valadares, 02 de fevereiro de 2023.

ANDRÉ LUIZ COELHO MERLO
Prefeito Municipal

LEANDRO AMARAL ANDRADE
Secretário Municipal de Governo

JANE MOUFARREG DINIZ
Diretora Geral/IPREM/GV

ANEXO ÚNICO

REGULAMENTO Nº 5/2021 DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

TÍTULO I

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES E ABRANGÊNCIA

Art. 1º Este regulamento tem por objeto disciplinar o Programa de Assistência Médico-hospitalar - PAM, gerido pelo Instituto de Previdência Municipal de Governador Valadares - IPREM/GV, instituído pela Lei Municipal nº 4.883, de 15 de agosto de 2001, que se tornou posteriormente definitivo, por força da Lei Municipal nº 5.370, de 14 de julho de 2004.

Art. 2º O Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, compreende os servidores efetivos, ativos e inativos, e os pensionistas que já optaram e que vierem a optar pelo PAM e seus dependentes inscritos, abrangendo os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência previstos no Rol de Procedimentos Médicos - Tabela de Serviços e Procedimentos Médicos do IPREM/GV, condicionada ao atendimento das regras, critérios, condições e exclusões previstos neste regulamento.

§1º O atendimento do Programa de Assistência Médico-hospitalar limita-se ao Município de Governador Valadares, no Estado de Minas Gerais, área geográfica de abrangência do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM.

§2º Os casos de urgência e emergência ou eletivos enviados pelo PAM, sendo impossível a prestação do serviço pela rede conveniada na área geográfica de abrangência ou de recusa de atendimento, poderão ser direcionados às cidades de Belo Horizonte e Ipatinga, no Estado de Minas Gerais, locais permitidos no Edital de Credenciamento, após análise e ratificação da Auditoria Médica do IPREM/GV.

Art. 3º O regime de participação no Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM é de adesão individual ou familiar, de caráter opcional/facultativo, condicionado à contribuição para sua manutenção e custeio e à coparticipação pela efetiva utilização dos serviços, descontadas em folha de pagamento, na forma e condições dispostas nesse regulamento.

Art. 4º O IPREM/GV é pessoa jurídica de direito público interno, sem fins lucrativos, não se sujeitando à Lei Federal nº 9.656/98 e à Agência Nacional de Saúde – ANS ou a Legislação Federal, sendo regulamentado, exclusivamente, por Lei Municipal e normas editadas pelo Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO II DAS CONTRIBUIÇÕES

Art. 5º A contribuição mensal para o Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, gerido pelo IPREM/GV através de contabilização separada, é devida com base nos parâmetros fixados na Lei Municipal nº 4.883/2001 e suas alterações.

§1º Considera-se remuneração mensal para contribuição ao PAM o valor constituído pelos vencimentos e vantagens pecuniárias permanentes do cargo, estabelecidos em lei, acrescido dos adicionais de caráter individual, adicionais pelo exercício de atividades penosas, insalubres ou perigosas, horas extras, quinquênio, adicional noturno, gratificação, incentivo de produtividade, apostilamento e todos os valores pagos a título de benefício de aposentadoria ou pensão.

§2º A contribuição a que se refere o **caput** incidirá sobre o maior valor de remuneração do servidor efetivo, ativo, inativo e pensionista, que tiver mais de um vínculo com Administração Pública Direta e Indireta do Município de Governador Valadares e da Câmara Municipal.

§3º Compete ao IPREM/GV como gestor do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM arrecadar e fiscalizar qualquer importância que lhe seja devida e verificar as folhas de pagamentos dos servidores da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Governador Valadares e da Câmara Municipal.

§4º Ficam os responsáveis pelas folhas de pagamentos dos servidores da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Governador Valadares e da Câmara Municipal obrigados a prestar os esclarecimentos e as informações que lhes forem solicitadas pelo IPREM/GV, no prazo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de recebimento da solicitação.

§5º As contribuições devidas pelo servidor serão arrecadadas pelo empregador mediante desconto em folha de pagamento para repasse ao IPREM/GV até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

§6º As contribuições recolhidas em atraso deverão ser acrescidas de juros de mora, correção monetária e multa, conforme Resolução do IPREM/GV.

§7º O atraso do repasse superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, poderá acarretar a suspensão do atendimento aos usuários da Administração Pública inadimplente, sem prejuízo do direito do IPREM/GV requerer judicialmente a quitação do débito, além da cobrança de correção monetária, juros e multa estabelecidos pelo IPREM/GV.

§8º O Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM será avaliado periodicamente e o valor da contribuição mensal poderá ser anualmente reajustado na forma prevista em lei, ouvido previamente o Conselho Deliberativo do IPREM.

§9º A adesão ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM implica em autorização automática para os descontos das contribuições.

CAPÍTULO III DOS USUÁRIOS E CONDIÇÕES DE INSCRIÇÃO

Art. 6º São usuários do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM:

I - usuário titular - os servidores municipais efetivos ativos, no pleno exercício das suas funções, aposentados e pensionistas;

II - usuário dependente – aquele devidamente inscrito pelo usuário titular, na forma e condições previstas neste regulamento.

§1º Para efeitos deste regulamento, denomina-se servidor público efetivo aquele regido pelo Regime Estatutário Municipal estabelecido em lei e inscrito no Regime Próprio de Previdência Social - RPPS do Município de Governador Valadares.

§2º O pensionista poderá fazer a adesão ao PAM desde que assuma, nos limites do Código Civil, eventual dívida deixada pelo usuário titular falecido originador da pensão.

Art. 7º A inscrição do servidor efetivo ativo, do aposentado e do pensionista ocorrerá mediante assinatura do Termo de Adesão, Anexo V e preenchimento da Declaração de Saúde, Anexo VI, devendo ser cumpridos os períodos de carência definidos nesse regulamento.

§1º A inscrição do servidor efetivo ativo, aposentado e pensionista no Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM fica condicionada a apresentação da seguinte documentação:

I - documentos pessoais (CPF e RG);

II - comprovante de residência atualizado;

III - ato de nomeação ou de concessão de aposentadoria ou pensão.

IV - contracheque atualizado;

V - cartão do SUS.

§2º A vigência de cada Termo de Adesão, independentemente da data de sua assinatura, iniciará a partir do primeiro desconto em folha de pagamento da contribuição, a partir do qual será considerada também a contagem das carências estabelecidas nesse regulamento.

§3º O órgão empregador do usuário titular deverá encaminhar o arquivo de baixa após o fechamento da folha de pagamento de cada mês no 1º dia útil subsequente, e informar mensalmente alterações quanto à situação funcional dos servidores aderentes do PAM.

Art. 8º A inscrição de dependente no Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM dependerá de inscrição junto ao Regime Próprio de Previdência do Município de Governador Valadares gerido pelo IPREM/GV, por solicitação do servidor efetivo ativo ou aposentado que aderir ao PAM, condicionada à apresentação da documentação estabelecida neste regulamento.

Art. 9º São dependentes do servidor efetivo ativo e aposentado, optante pelo PAM:

I - o cônjuge que não esteja separado de fato ou de direito, devendo apresentar os seguintes documentos:

- a) certidão de casamento atualizada (expedida até seis meses);
- b) documentos pessoais (CPF e RG);
- c) cartão do SUS.

II - a companheira ou o companheiro, devendo apresentar os seguintes documentos:

- a) documentos pessoais (CPF e RG);
- b) certidão de nascimento atualizada, se solteiro, ou de casamento com averbação de divórcio ou de

óbito;

c) cópia de 3 (três) documentos que comprovem a união estável, como, por exemplo, comprovantes de residência com o mesmo endereço, contrato feito em cartório, conta bancária em conjunto, inscrição como dependente em clube, entre outros que possam demonstrar o vínculo do casal;

- d) cartão do SUS.

III - o filho menor de 21 (vinte e um) anos, devendo apresentar os seguintes documentos:

- a) filhos menores de 14 anos: certidão de nascimento;
- b) filhos maiores de 14 anos: certidão de nascimento atualizada (expedida até seis meses);
- c) documentos pessoais (CPF e RG);
- d) cartão do SUS.

IV - o filho maior de 21 (vinte e um) anos inválido, devendo apresentar os seguintes documentos:

- a) certidão de nascimento atualizada (expedida até seis meses);
- b) documentos pessoais (CPF e RG);
- c) cartão do SUS;
- d) relatório médico original e atualizado (até seis meses) comprovando a incapacidade laboral com indicação do Código Internacional de Doenças – CID.

V - o(a) filho(a) maior de 21 (vinte e um) anos, estudante universitário(a), solteiro(a), não emancipado, até o limite de 24 (vinte e quatro) anos de idade, devendo apresentar os seguintes documentos:

- a) certidão de nascimento atualizada (expedida até seis meses);
- b) declaração da Universidade informando o período, semestre, curso, e frequência do aluno, assinada e com carimbo ou com assinatura digital, devendo ser apresentada a cada início de semestre;
- c) declaração de dependência econômica do universitário(a) feito pelo(a) próprio(a) servidor(a) requerente;
- d) CPF;
- e) cartão do SUS.

§1º Todos os documentos serão autenticados por servidor do IPREM/GV, mediante apresentação do documento original.

§2º Considera-se companheiro ou companheira a pessoa que mantenha união estável com servidor efetivo ativo ou aposentado.

§3º Considera-se união estável aquela estabelecida na Lei Civil e na Constituição da República Federativa do Brasil.

§4º Considera-se, ainda, companheiro ou companheira a pessoa que mantenha união homoafetiva com o servidor efetivo ativo ou aposentado, como entidade familiar, configurada na convivência pública, contínua e duradoura.

§5º A caracterização da união homoafetiva prevista neste regulamento se dará pelos requisitos, normas e procedimentos adotados na caracterização da união estável, que fica condicionada à apresentação da documentação estabelecida neste regulamento.

§6º Equiparam-se aos filhos, nas condições previstas nos incisos III, IV e V, mediante declaração escrita do servidor efetivo ativo ou aposentado, e desde que comprovada a dependência econômica, o enteado ou o menor que estejam sob tutela e não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação.

§7º Para efeitos de comprovação da dependência econômica deverá ficar evidenciado que a pessoa não possui recursos, ou seja, aquela cujos rendimentos brutos mensais sejam inferiores ao salário mínimo vigente e estejam sob a dependência e sustento do usuário titular, assim como não sejam credores de alimentos e nem recebam benefício previdenciário do Município ou de outro Regime de Previdência, ficando condicionada à apresentação da documentação neste regulamento.

§8º As informações referentes aos dependentes estabelecidos neste artigo deverão ser comprovadas de forma inequívoca, ficando a inscrição do dependente condicionada ao preenchimento de todos os requisitos exigidos neste regulamento, estabelecidos na Lei Civil e na Constituição da República Federativa do Brasil.

§9º O dependente maior e universitário não necessitará ser inscrito junto à Previdência, mas somente no Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, por meio de requerimento feito pelo titular do PAM.

CAPÍTULO IV DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Art. 10. O Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, observadas as coberturas, as exclusões, as carências, os critérios e condições estabelecidos neste regulamento, contará com os seguintes serviços:

I - atendimento eletivo de consultas médicas:

a) consultas eletivas em consultórios, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

II - atendimento hospitalar compreendendo os atendimentos realizados em unidade hospitalar e incluindo taxas, materiais utilizados, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, serviços de apoio diagnóstico e tratamento indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente:

a) consultas hospitalares, em casos de urgência e emergência, ou eletivas, quando for caso de encaminhamento;

b) internações em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e internações cirúrgicas eletivas ou de urgência e emergência;

c) internação em Centro de Terapia Intensiva - CTI ou similar, para os casos necessários, conforme prescrição do médico assistente;

III - exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, conforme prescrição do médico assistente;

IV - tratamentos e serviços especiais, conforme prescrição do médico assistente;

V - internação obstétrica.

Parágrafo único. Os serviços serão prestados mediante a contratação de serviços de terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, por meio da celebração de credenciamento, condicionado o atendimento ao cumprimento dos períodos de carência, respeitadas as regras, critérios, condições e exclusões previstas neste regulamento.

CAPÍTULO V DAS CARÊNCIAS

Art. 11. Os usuários inscritos no Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, para que possam beneficiar-se dos serviços, devem cumprir os períodos de carência discriminados no Anexo I, contados a partir do primeiro desconto em folha de pagamento da contribuição para o programa, nos termos do artigo 7º, § 2º deste regulamento.

§1º Os usuários dependentes incluídos após a vigência do Termo de Adesão deverão cumprir as carências descritas no Anexo I, contadas a partir do primeiro desconto da contribuição de dependente para o PAM.

§2º É assegurada a inscrição sem o cumprimento das carências descritas no Anexo I, após o primeiro desconto em folha de pagamento da respectiva contribuição, para os usuários dependentes:

I - maior inválido, excluído por ter atingido a idade de 21 (vinte e um) anos, cuja inscrição seja realizada no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de sua exclusão, desde que tenha cumprido todos os períodos de carência, caso contrário cumprirá o período de carência remanescente;

II - recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, desde que cumprido o período de carência para parto, cuja inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção, apresentada a certidão de nascimento e termo de guarda para fins de adoção;

III - filho maior universitário, excluído por ter atingido a idade de 21 (vinte e um) anos, desde que sua inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias da data em que completar 21 (vinte e um) anos.

§3º Após a inclusão do filho maior universitário, caso deixe de cumprir o disposto no artigo 9º, V, b, até o prazo de 6 (seis) meses, poderá haver o pagamento das contribuições devidas no período, e após este prazo, deverá ser feita nova inscrição, devendo cumprir todas as carências exigidas nesse regulamento.

§4º O Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, não arcará em nenhuma hipótese com o custo de quaisquer serviços que não obedecerem aos períodos de carências estabelecidos.

§5º Fica vedada a antecipação do pagamento das contribuições devidas pelos prazos de carência a serem cumpridos para fins de acesso aos serviços disponibilizados ou prestados pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

Art. 12. Na assinatura do Termo de Adesão e inclusão de dependente, o usuário titular deverá preencher a declaração de saúde e ficará vinculado à carência parcial temporária, que corresponde a 2 (dois) anos em caso de doenças e lesões preexistentes.

§1º Consideram-se doenças ou lesões preexistentes aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao PAM.

§2º Carência parcial temporária é a suspensão da cobertura de procedimentos relacionados exclusivamente às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo usuário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de dois anos, a partir da data da adesão ao PAM.

§3º A omissão da doença e lesão preexistente na época da adesão ao PAM poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento, ficando sujeita ao cancelamento do usuário e seus dependentes, conforme dispõe o artigo 64, III, deste regulamento.

Art. 13. Após 24 horas de vigência do Termo de Adesão são assegurados os atendimentos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, cuja cobertura se refere somente aos atendimentos hospitalares em regime ambulatorial que demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas, excluindo-se, portanto, a cobertura na hipótese de evolução desses atendimentos para internações clínicas, ou cirúrgicas e obstétricas, cessando a responsabilidade do IPREM/GV, passando para o usuário titular ou responsável e, do mesmo modo, no caso da internação se efetivar dentro do período de 12 horas.

§1º Para efeito do previsto no **caput**, considera-se:

I - **URGÊNCIA**: a situação de estado patológico súbito, em que não haja risco de morte iminente, mas que demande pronto atendimento médico, ou ainda, os casos resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, caracterizada em declaração do médico assistente;

II - **EMERGÊNCIA**: a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, sofrimento intenso, perda de membro ou de função vital, que exija tratamento médico imediato, caracterizada em declaração do médico assistente.

§2º Os casos que não se caracterizarem como **URGÊNCIA** ou **EMERGÊNCIA**, não serão acobertados pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, sendo de responsabilidade do usuário ou seu representante legal o custeio integral dos serviços prestados, sem interferência do IPREM/GV, não sendo possível o reembolso.

CAPÍTULO VI DAS RESPONSABILIDADES

Seção I Do usuário

Art. 14. Os usuários ficam obrigados a:

- I - prestar informações verdadeiras, quando solicitadas;
- II - custear a 2ª via do cartão de identificação do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, a ser descontada em folha de pagamento;
- III - apresentar, para utilização da cobertura assistencial, o Cartão de Identificação do PAM, juntamente com outro documento de identificação com foto, exceto crianças de 0 (zero) a 10 (dez) anos, para os quais deverá ser apresentada a certidão de nascimento;
- IV - comunicar ao IPREM/GV toda irregularidade que interfira no cumprimento deste regulamento;
- V - informar toda alteração dos dados cadastrais;
- VI - auxiliar o IPREM/GV na defesa dos seus interesses, zelando pelo fiel cumprimento deste regulamento e seus normativos;
- VII - informar ao IPREM/GV quando o atendimento for decorrente de acidente de trabalho, de medicina do trabalho e da atividade de trabalho relacionados à saúde ocupacional;
- VIII - comunicar ao Departamento de Assistência Médica do IPREM/GV e solicitar a exclusão dos dependentes inscritos quando da ocorrência de quaisquer das situações passíveis de perda da qualidade de usuário descritas no artigo 52 deste regulamento, no prazo de 30 (trinta) dias, cabendo ao usuário titular a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas ocorridas desde a data da situação que gerou a perda da condição de dependente até o pedido da exclusão;
- IX - devolver o Cartão de Identificação do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM em todas as situações em que ocorra a perda da qualidade de usuário, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido;
- X - respeitar o regulamento interno dos prestadores de serviços, naquilo que não colida com este regulamento;
- XI - quitar, por ocasião da exoneração, demissão, dispensa, licença ou afastamento sem vencimentos, cassação da aposentadoria, o débito relativo aos valores das contribuições e coparticipação para receber a “Certidão Negativa de Débitos”.

Art. 15. É de inteira responsabilidade do usuário titular a utilização e a conservação de seu Cartão de Identificação do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM e de seus dependentes, sendo o cartão de uso pessoal e intransferível.

Parágrafo único. A utilização indevida do cartão acarretará aplicação das penalidades previstas neste regulamento ao usuário titular e pagamento integral dos custos decorrentes desse uso.

Art. 16. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o fato deve ser comunicado imediatamente ao Departamento de Assistência Médica do IPREM/GV.

Parágrafo único. Até a comunicação do extravio do cartão, a responsabilidade pela utilização da cobertura assistencial do PAM é do usuário titular, que pagará, no caso de utilização indevida do cartão, integralmente os custos decorrentes desse uso.

Art. 17. O usuário que tiver consulta ou serviço previamente marcado, no caso de impossibilidade de comparecer, deverá comunicar-se com o prestador de serviço e cancelá-la com até 2 (duas) horas de antecedência, sob pena de cobrança do valor integral da consulta ou do serviço agendado, em caso de requerimento indenizatório formulado pelo prestador de serviço.

TÍTULO II

CAPÍTULO I DO PRESTADOR DE SERVIÇO

Art. 18. Para atendimento aos usuários do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, o IPREM/GV contratará serviços de terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, por meio de credenciamento, em conformidade com o capítulo XII – Do credenciamento deste regulamento, com a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, de acordo com o previsto art. 191, combinado com artigo 193, II, da Lei Federal nº 14.133, 1º de abril de 2021 e demais normas legais.

Parágrafo único. A aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado, implicará as seguintes obrigações:

I - priorizar o atendimento dos casos de urgência ou emergência, assim como das pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência e crianças até 5 (cinco) anos de idade, dentre os idosos, assegurada prioridade especial aos maiores de 80 (oitenta) anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos;

II - prestar aos usuários do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, tratamento idêntico e com o mesmo padrão de eficiência dispensado aos demais clientes, constituindo causa para rescisão imediata qualquer tipo de discriminação;

III - proceder à regularização do atendimento junto ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, no prazo de até 72 (setenta e duas) horas dos atendimentos caracterizados, mediante relatório, pelo médico assistente como sendo de urgência ou emergência, contados da data do atendimento;

IV - remeter ao Departamento de Assistência Médica do IPREM/GV, obedecido o prazo estipulado no inciso III deste artigo, listagem dos beneficiários atendidos, especificando os dados necessários para identificá-los quando o atendimento for prestado especificamente em ambiente hospitalar;

V - observar, para toda consulta eletiva realizada, o direito a 1 (um) retorno para cada usuário atendido, sem ônus para o usuário ou para o Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, obedecendo-se ao prazo de até 30 (trinta) dias corridos, desde que não seja atendimento de distinta doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional;

VI - não cobrar diretamente do usuário ou responsável qualquer valor, independente do título ou da razão, salvo a despesa sabidamente não coberta pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

Art. 19. O IPREM/GV não se responsabilizará pelo pagamento de atendimentos cujos relatórios expedidos pelos credenciados não evidenciarem situações de emergência ou urgências definidas no §1º do artigo 13.

Parágrafo único. Expirado o prazo estipulado no inciso III do artigo 18, e não tendo sido regularizado o atendimento, o IPREM/GV não será responsável por qualquer fato decorrente da inércia do prestador de serviço.

TÍTULO III

CAPÍTULO I DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL DIRETA E INDIRETA E DA CÂMARA MUNICIPAL

Art. 20. A Administração Pública Municipal Direta e Indireta e a Câmara Municipal, como empregadores, deverão:

- I - informar ao IPREM/GV, quando da exoneração, demissão, dispensa, licença ou afastamento sem vencimentos, essa condição e os valores que o servidor tem a receber no ato do afastamento;
- II - deduzir os débitos que o servidor exonerado, demitido, licenciado ou afastado sem vencimentos tenha com o Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, do saldo que tem a receber e transferir os valores ao IPREM/GV, no primeiro dia útil do mês subsequente;
- III - exigir, quando da solicitação de licença ou afastamento sem vencimento, a Certidão Negativa de Débito de que trata o capítulo XI – Da certidão negativa de débito e licença sem vencimentos deste regulamento;
- IV - comunicar expressamente ao IPREM/GV a ocorrência de acidente de trabalho com o servidor efetivo ativo optante pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM;
- V - cobrir, obrigatoriamente, nos termos deste regulamento, as despesas com a assistência médica, hospitalar, ambulatorial e de reabilitação provenientes de acidente de trabalho ocorrido com servidor efetivo ativo optante pelo PAM;
- VI - realizar o repasse das contribuições e coparticipação consignadas em folha de pagamento e descontadas dos usuários, bem como a contribuição do empregador, até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

Parágrafo único. O não atendimento do previsto nos incisos I, II e III deste artigo sujeitará o empregador ao ônus de todas e quaisquer despesas decorrentes de sua omissão, que será pago no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação do ato de exoneração, demissão, dispensa, licença ou afastamento sem vencimentos.

CAPÍTULO II DO ATENDIMENTO, DA AUTORIZAÇÃO PREVIA OU AUDITORIA MÉDICA

Seção I Do atendimento

Art. 21. O cartão de Identificação é pessoal, intransferível e nele constará discriminadamente:

- I - nome do usuário titular ou dependente;
- II - número da matrícula;
- III - data de validade para os dependentes menores de 21 (vinte e um) anos.

Seção II Da autorização prévia e auditoria médica

Art. 22. Os serviços cobertos pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, estão sujeitos à autorização prévia ou à Auditoria Médica.

Parágrafo único. Para obtenção de autorização prévia, o usuário deverá apresentar o pedido médico, contendo os dados descritos no artigo 33, podendo ser solicitados relatórios, exames ou laudo médico com a respectiva solicitação, a critério da Auditoria Médica.

Art. 23. Para as consultas eletivas em consultório, consultas/atendimentos ambulatoriais hospitalares, o prestador de serviço deverá solicitar a autorização de atendimento através do sistema adotado pelo IPREM/GV.

Parágrafo único. Havendo necessidade de métodos auxiliares de diagnóstico e tratamento, procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos ou não, procedimentos terapêuticos especiais ou internações, a solicitação só será aceita em impresso próprio do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, ou na sua falta em receituário pelo médico assistente, ficando sua realização condicionada à autorização prévia.

Art. 24. O atendimento de urgência e de emergência poderá ser realizado sem autorização prévia, bastando a apresentação do Cartão de Identificação do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, juntamente com outro documento de identificação com foto, exceto crianças de 0 (zero) a 10 (dez) anos, para os quais deverá ser apresentada a certidão de nascimento.

§1º O prestador de serviço deverá no prazo de 72 (setenta e duas) horas, contadas da data do atendimento, encaminhar a documentação respectiva ao IPREM/GV, para avaliação da autorização e regularização do atendimento.

§2º A falta de autorização e de regularização do atendimento desobriga o IPREM/GV quanto à cobertura do atendimento e de qualquer despesa.

Art. 25. O critério para o controle de autorizações deverá ser pela ordem, técnica e administrativa, conforme determinação da Direção Geral do IPREM/GV, da Auditoria Médica e da Diretoria do Departamento de Assistência Médica. Na falta do Auditor Médico, o controle será feito pela Direção do IPREM/GV e da Diretoria do Departamento de Assistência Médica.

Art. 26. A autorização dos exames básicos, especiais de diagnósticos e tratamentos, e serviços especiais será fundamentada em parâmetros dos pareceres técnicos e normas do Conselho Federal de Medicina, respectivos colegiados, sociedades especializadas e demais órgãos de classe com competência para normatização e serão liberados, conforme a seguir:

I - os exames básicos de diagnósticos serão liberados mediante apresentação da solicitação;

II - os exames especiais de diagnósticos, os tratamentos e serviços especiais serão liberados após autorização pelo serviço de Auditoria Médica, dentro de um prazo de 3 (três) dias úteis; na ausência da Auditoria Médica, a autorização será feita pela Direção do IPREM/GV e da Diretoria do Departamento de Assistência Médica.

Art. 27. Os procedimentos especiais em hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exame pré-anestésico ou pré-cirúrgico, terão suas liberações condicionadas às seguintes situações distintas previstas abaixo:

I - quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

II - quando realizadas em caráter de emergência ou urgência, ou quando demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas.

Art. 28. O IPREM/GV não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços que forem realizados de maneira diversa ao especificado neste regulamento.

Art. 29. As internações deverão ser solicitadas mediante pedido em impresso próprio do IPREM/GV ou, na sua falta, em receituário do médico assistente, obedecendo-se as condições e critérios previstos neste regulamento e às seguintes instruções para autorização:

I - o serviço de atendimento ao usuário receberá os pedidos de internações;

II - os pedidos de internações serão encaminhados inicialmente à Auditoria Médica que solicitará, quando necessário, exames, laudos e relatórios médicos circunstanciados que comprovem o diagnóstico;

III - a critério da Auditoria Médica, o usuário será encaminhado à perícia médica do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, conforme a especialidade, que confirmará ou não a necessidade da(s) cirurgia(s).

Art. 30. As internações cirúrgicas, clínicas e obstétricas, serão autorizadas para as acomodações de enfermaria de 2 (dois) ou 3 (três) leitos e Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou similar, para os casos necessários, a critério do médico assistente.

CAPÍTULO III DAS COBERTURAS

Art. 31. Observadas as carências, os limites, a coparticipação, os critérios e as condições estabelecidas neste regulamento, o Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM acobertará de acordo com o Rol de Procedimentos Médicos -Tabela de Serviços e Procedimentos Médicos do IPREM/GV:

I - 02 (duas) consultas eletivas em consultório por mês e por usuário, inclusive, consulta obstétrica para pré-natal.

II - exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, solicitados pelo médico assistente, observando os limites estipulados neste regulamento, assim compreendido:

a) alergologia;



- b) cirurgia geral e pediátrica;
- c) clínica médica;
- d) dermatologia;
- e) embolização;
- f) ginecologia/obstetrícia;
- g) hemodinâmica;
- h) hemoterapia;
- i) medicina física e reabilitação (fisioterapia);
- j) nutrição parenteral ou enteral em âmbito hospitalar;
- k) oftalmologia;
- l) otorrinolaringologia;
- m) ortopedia;
- n) radiologia intervencionista;
- o) urologia.

III - tratamento e serviços especiais que serão autorizados observando os limites estipulados neste regulamento, sujeito a Auditoria Médica do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM;

IV – atendimento ambulatorial, assim compreendido por todo procedimento clínico ou cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico que não demande internação, solicitado pelo médico assistente, realizado em entidade hospitalar credenciada, como:

- a) exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, tratamento e serviços especiais, que serão autorizados observando os limites estipulados nesse regulamento, sujeito a Auditoria Médica do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM;
- b) procedimentos cirúrgicos de pequeno porte;
- c) materiais cirúrgicos e medicamentos utilizados no atendimento;
- d) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas.

V - internações hospitalares, assim entendido por todo procedimento clínico ou cirúrgico, solicitado pelo médico assistente que demande a ocupação de leito em hospital e engloba, durante o período de internação:

- a) diárias de internações hospitalares, em enfermaria com 2 (dois) ou 3 (três) leitos, acomodação coletiva, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente, sujeito a Auditoria Médica do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM;
- b) cobertura de exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, tratamento e serviços especiais para diagnóstico, controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, desde que acompanhados de solicitação e justificativa do médico assistente, que serão autorizados observando os limites estipulados neste regulamento, sujeito a Auditoria Médica do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, exceto aqueles não acobertados por este regulamento;
- c) assistência médica através de profissionais pertencentes ao corpo clínico dos hospitais credenciados;
- d) medicamentos, materiais descartáveis de uso comum, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e seus derivados, conforme prescrição do médico assistente;
- e) taxas de sala de cirurgia, materiais e esterilização de acordo com o porte cirúrgico;
- f) serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- g) utilização de leitos especiais, monitores, toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento, deverão ser incluídos na taxa de sala/diária;
- h) internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou similar, quando determinado pelo médico assistente;
- i) alimentação específica ou normal fornecida pelo hospital até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- j) alimentação e acomodação de um acompanhante durante a internação para usuários com idade inferior a 18 (dezoito) anos, ou igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nos termos da tabela de diárias e taxas do IPREM- GV;
- k) cobertura de órteses, próteses e materiais especiais ligados ao ato cirúrgico, solicitados pelo médico assistente, após Auditoria Médica, desde que não sejam experimentais e que tenham registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

l) cobertura de cirurgia bariátrica que obedeça à resolução do Conselho Federal de Medicina e legislação específica do Ministério da Saúde, nos termos do artigo 38, XLII, deste regulamento;
m) stents farmacológicos nos termos do artigo 38, XXXIII, deste regulamento;
n) oxigenoterapia hiperbárica, nos termos do artigo 38, XXXIV, deste regulamento;
o) cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e integrante da rede prestadora de serviço do IPREM/GV-PAM, incluindo os exames complementares solicitados pelo profissional, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

VI - internações obstétricas, que compreendem toda a cobertura descrita nas alíneas do inciso V deste artigo, para assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional, referente ao parto e assistência ao trabalho de parto, garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, durante os primeiros 30 dias após o parto, devendo o usuário titular realizar sua inscrição nos termos do artigo 11, §2º, inciso II, em caso de necessidade de assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, está coberto o atendimento ambulatorial hospitalar, que demande atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas, conforme previsto no artigo 13, §1º, inciso I, deste regulamento.

VII - tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, respeitados os prazos de carência, bem como a carência para cobertura das doenças e lesões preexistentes, desde que o procedimento solicitado pelo médico assistente conste do Rol de Procedimentos Médicos - Tabela de Serviços e Procedimentos Médicos do IPREM/GV-PAM;

VIII - custeio das cirurgias plásticas reparadoras não estéticas e materiais necessários, indicada pelo médico assistente, cuja realização se restringirá aos casos de:

a) mutilação decorrente de amputação da parte do corpo humano;
b) deformidades graves decorrentes da má formação congênita ou de cicatrizes deformantes não decorrentes de cirurgias plásticas estéticas;
c) reconstrução parcial das pálpebras superiores, quando houver comprometimento do campo visual;
d) correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do Termo de Adesão do usuário e que estejam causando problemas funcionais;
e) correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico por neoplasia maligna, condicionada à cobertura à apresentação do laudo anatomopatológico da lesão neoplásica, como a cirurgia reconstrutiva de mama e prótese mamária, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

§1º Entende-se como complicações clínicas e cirúrgicas previstas no inciso VII deste artigo, os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática.

§2º Para fins da cobertura prevista no inciso I, a consulta com a especialidade de Anestesiologista, sendo esta pré-operatória e pré-exames específicos, que necessitem de acompanhamento desta especialidade, não será considerada consulta eletiva, e será sempre acobertada observando-se a coparticipação estabelecida nesse regulamento.

§3º Para efeitos da cobertura prevista na alínea “b”, do inciso VIII deste artigo, entende-se por má formação congênita, aquela que cause assimetria visível do corpo ou comprometa a função do órgão envolvido desde o seu nascimento.

§4º As cirurgias tratadas no inciso VIII deste artigo serão asseguradas aos usuários, apenas se a lesão foi causada após sua Adesão no Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

§5º Não será autorizada cirurgia plástica decorrente de lesões auto infligidas.

§6º As cirurgias plásticas descritas no inciso VIII deste artigo serão autorizadas pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, limitada a 4 (quatro) cirurgias por ano.

Art. 32. Os exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, tratamento e serviços especiais serão autorizados observando-se os limites estipulados no Anexo II deste regulamento, sendo certo que os que excederem serão custeados integralmente pelo usuário.

Art. 33. Toda solicitação de procedimentos e serviços cobertos pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM deverá conter obrigatoriamente:

- a) indicação clínica (justificativa) e hipótese diagnóstica com letra legível;
- b) procedimento(s) e código(s), segundo tabelas adotadas pelo IPREM/GV-PAM;
- c) identificação do médico solicitante, com carimbo e assinatura;
- d) data da solicitação, cuja validade será de 90 (noventa) dias;

Art. 34. Toda solicitação deve ser feita em formulário próprio do IPREM/GV-PAM, ou na sua falta, em receituário que contemple as informações constantes no artigo 33, bem como quando o médico solicitante não for credenciado.

Art. 35. A não observância a qualquer das determinações previstas nos artigos 33 e 34 poderá acarretar a não aceitação do pedido, até a sua regularização pelo usuário.

Art. 36. A Auditoria Médica do IPREM/GV poderá, a seu critério, solicitar outros exames que possam lhe servir de subsídios para a autorização dos procedimentos e serviços solicitados.

Art. 37. O usuário somente poderá marcar o serviço solicitado com os respectivos prestadores (clínicas, laboratórios e hospitais) após ter sua solicitação devidamente autorizada pelo IPREM/GV, juntamente com a respectiva Guia de Encaminhamento.

CAPÍTULO IV DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS NÃO ACOBERTADOS

Art. 38. Além dos procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Médicos -Tabela de Serviços e Procedimentos Médicos do IPREM/GV, ficam excluídos de cobertura do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM:

- I - atendimentos de consultas, exames, procedimentos, serviços, tratamentos e internações acobertados, realizados antes do início de vigência do Termo de Adesão ou cumprimento das carências previstas;
- II - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- III - exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e não registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- IV - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- V - cirurgias para mudança de sexo;
- VI - atendimento nos casos de calamidade pública, cataclismos, conflitos sociais, guerras, comoções internas, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- VII - tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causadas por radiações, emanções nucleares ou ionizantes;
- VIII - fornecimento de vacinas, medicamentos ou produtos importados, nacionalizados ou não, bem como medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações hospitalares ou em atendimentos ambulatoriais;
- IX - tratamentos e cirurgias para infertilidade, esterilidade e suas consequências, incluindo inseminação artificial, bem como tratamento cirúrgico e exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, tratamento e serviços especiais, exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;
- X - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XI - cirurgias plásticas, exceto as reparadoras não estéticas nos termos do previsto inciso VIII, do artigo 31, deste regulamento;
- XII - tratamentos clínicos ou cirúrgicos para:

- a) fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

- b) rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento;
- c) emagrecimento;
- d) tratamento com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.

XIII - check-up e investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma dos cabelos;

XIV - exames para matrícula e frequência a piscinas e academia de ginásticas;

XV - aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados diretamente ao ato cirúrgico;

XVI - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVII - tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo contratante e por seus dependentes e que não sejam motivados por necessidade justificada ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios ou outras atividades esportivas de alto risco;

XVIII - tratamentos em clínicas de emagrecimento, SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XIX - implantes e transplantes;

XX - procedimentos, consultas, serviços, exames ou tratamentos e internações, realizados no exterior ou em território nacional, fora da área de abrangência estabelecida neste regulamento, exceto o previsto para os casos de reembolso dos atendimentos de urgência e emergência;

XXI - despesas decorrentes de serviços prestados por médicos ou entidades não credenciadas, exceto nos casos de atendimento de urgência e emergência, que serão reembolsadas nos termos deste regulamento;

XXII - qualquer tipo de procedimento ou tratamento odontológico ou ortodôntico, exceto o RX Panorâmico por disfunção da ATM e outros casos relacionados a enfermidades e cirurgias buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar, de acordo com as condições expressas neste regulamento;

XXIII - despesas hospitalares extraordinárias realizadas pelos usuários internados e acompanhantes, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, ligações telefônicas, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital e outras despesas do gênero;

XXIV - despesas não vinculadas diretamente à cobertura prevista e serviços realizados em desacordo com o disposto neste regulamento;

XXV - tratamento de outros profissionais como psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional;

XXVI - ressinchronizadores cardíacos (CDI);

XXVII - remoção de paciente, exceto os casos de urgência e emergência, comprovado mediante relatório circunstanciado do médico assistente, dentro dos limites da área geográfica de abrangência prevista neste regulamento, sendo necessária autorização prévia do IPREM/GV-PAM, que será realizada por meio terrestre, ambulância de suporte básico ou ambulância de suporte avançado - UTI Móvel, obedecida a coparticipação, nas seguintes situações:

a) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência que demandem atenção continuada pelo período de 12 (doze) horas e, se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade hospitalar credenciada, para unidade mais próxima credenciada ou SUS, para continuidade do atendimento do usuário, de acordo com cada caso específico;

b) quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar credenciada que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, e se tratar de procedimento coberto;

c) remoção inter-hospitalar, desde que caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade de saúde credenciada para continuidade de atenção ao paciente, para uma unidade credenciada mais próxima com recursos necessários ao atendimento do paciente, e se tratar de procedimento coberto.

XXVIII - internação hospitalar em apartamento;

XXIX - tratamento de varizes por injeções ou aplicações - escleroterapia;

XXX - medicina do trabalho - exames admissionais, demissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e qualquer procedimento decorrente da atividade de trabalho relacionados com a saúde ocupacional e acidente de trabalho e suas consequências;

XXXI - stents farmacológicos, exceto nos casos de pacientes diabéticos e, pacientes que apresentem estenose em vasos sanguíneos com menos de 3,57mm (três milímetros e cinquenta e sete centésimos de milímetro) de diâmetro, e extensão da estenose com menos de 20mm (vinte milímetros);

XXXII - oxigenoterapia hiperbárica, exceto quando preenchidos um ou mais dos seguintes critérios, podendo ser liberadas dez sessões a cada pedido, com número máximo de sessenta sessões ao ano:

- a) pacientes com doença descompressiva;
- b) pacientes com embolia traumática pelo ar;
- c) pacientes com embolia gasosa;
- d) pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- e) pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
- f) pacientes com gangrena gasosa;
- g) pacientes com síndrome de fournier, com classificação de gravidade III ou IV;
- h) pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV;
- i) pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV;
- j) pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas;
- k) pacientes diabéticos com ulcerações infectadas profundas da extremidade inferior (comprometendo ossos ou tendões) quando não houver resposta ao tratamento convencional realizado por pelo menos um mês, o qual deve incluir, obrigatoriamente, antibioticoterapia em doses máximas, controle estrito da glicemia, desbridamento completo da lesão e tratamento da insuficiência arterial (incluindo revascularizada, quando indicada).

XXXIII - aconselhamento genético;

XXXIV - tratamento oncológico, exceto consulta médica, exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, conforme prescrição do médico assistente e de acordo cobertura prevista neste regulamento;

XXXV - terapia imunobiológica endovenosa (anticorpos monoclonais);

XXXVI - tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (Lucentis e Eylia - Aflibercepte), exceto nos seguintes casos:

a) cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de degeneração macular relacionada a idade (DMRI) quando o olho tratado no início do tratamento preencher todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o olho tratado apresente um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

- 1) melhor acuidade visual corrigida entre 20/20 e 20/400;
- 2) ausência de dano estrutural permanente da fóvea central;
- 3) crescimento de novos vasos sanguíneos, constatado por tomografia de coerência óptica ou angiografia com fluoresceína ou piora da acuidade visual.

Grupo II:

- 1) dano estrutural permanente da fóvea, quando não é mais possível a prevenção de mais perda visual;
- 2) evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III:

- 1) reação de hipersensibilidade a um agente anti-VEGF comprovada ou presumida;
- 2) redução da acuidade visual no olho tratado para menos de 20/400, diagnosticado e confirmado através de uma segunda avaliação, atribuíveis a DMRI na ausência de outra doença;
- 3) aumento progressivo do tamanho da lesão confirmada por tomografia de coerência óptica ou angiografia com fluoresceína, apesar de terapia otimizada por mais de três aplicações consecutivas.

b) cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de edema macular diabético secundário à retinopatia diabética quando o olho tratado no início do tratamento preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o olho tratado apresente um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

- 1) espessura foveal igual ou maior do que 400µ;
- 2) acuidade Visual entre 20/40 e 20/400 (Snellen);

3) acuidade Visual de 20/25 e 20/30 nos casos em que for observada piora progressiva do edema macular comprometendo a área central da mácula, conforme definição, comprovada por 2 OCTs consecutivos com intervalo de trinta dias.

Grupo II:

- 1) dano estrutural permanente da fóvea, quando não é mais possível a prevenção de mais perda visual;
- 2) evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III:

- 1) quando a acuidade visual se tornar <20/400 (Snellen) por causa retiniana;
- 2) em casos de hipersensibilidade comprovada ao medicamento.

c) cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de edema macular secundário a oclusão de veia central da retina (OVC) quando preencher pelo menos um dos critérios do grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o olho tratado apresente pelo menos um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

- 1) acuidade visual entre 20/40 e 20/400 (escala Snellen);
- 2) acuidade visual pior que 20/400 quando a Angiofluoresceinografia (AFG), com imagens de todos os tempos do olho acometido, afastar a possibilidade de que haja ruptura extensa da arcada perifoveolar;
- 3) acuidade visual igual ou melhor que 20/40, mas com aumento da espessura foveal comprovada por Tomografia de coerência óptica (OCT);
- 4) houver recidiva do edema após cessação do tratamento e pelo menos um dos itens anteriores.

Grupo II:

- 1) presença de isquemia macular que inviabilize a melhora visual comprovada pela medida de acuidade visual e AFG;
- 2) evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III:

- 1) quando atingida a máxima acuidade visual, ou seja, acuidade visual estável por três meses consecutivos;
- 2) quando a espessura foveal não houver diminuído (medido pela OCT) após três aplicações mensais consecutivas.

d) cobertura obrigatória para pacientes com diagnóstico de edema macular secundário a oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC) e preencher pelo menos um dos critérios do grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o olho tratado apresente pelo menos um dos critérios do Grupo III:

Grupo I:

- 1) acuidade visual pior que 20/40 com aumento de espessura foveal comprovado por Tomografia de coerência óptica (OCT);
- 2) acuidade visual igual ou melhor que 20/40, mas com posterior diminuição da acuidade visual durante o acompanhamento clínico e aumento da espessura foveal comprovada por OCT;
- 3) houver recidiva do edema após cessação do tratamento e pelo menos um dos itens anteriores.

Grupo II:

- 1) presença de isquemia macular que inviabilize a melhora visual comprovada pela medida de acuidade visual e AFG;
- 2) evidência ou suspeita de hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos.

Grupo III:

- 1) quando atingida a máxima acuidade visual, ou seja, acuidade visual estável por três meses consecutivos;
- 2) quando a espessura foveal não houver diminuído (medido pela OCT) após três aplicações.

XXXVII - implante coclear;

XXXVIII - qualquer tratamento cirúrgico por técnica de radiofrequência, inclusive os materiais (kits de frequências, ponteiras, agulhas, etc...);

XXXIX - uso de Ligasure (tesoura coaguladora), exceto nas cirurgias de tireoidectomia, de hemorroidectomias e de ressecção parcial de órgãos sólidos, como fígado, rins e pulmões;

XL - cirurgia para tratamento da obesidade mórbida por técnica videolaparoscópica;

XLI - parafusos/mini-âncoras bioabsorvíveis para as cirurgias artroscópicas;

XLII - órteses ou próteses importadas, exceto quando não existir a prótese nacional;

XLIII - cirurgias torácicas por videotoracoscopia;

XLIV - cirurgias dos cólons por videolaparoscopia;

XLV - colocação de banda gástrica;

XLVI- herniorrafias por vídeo;

XLVII - fornecimento de qualquer tipo de DIU ou dos métodos contraceptivos abaixo indicados:

- a) pílulas anticoncepcionais;
- b) adesivo anticoncepcional;
- c) anticoncepcionais hormonais injetáveis;
- d) implante hormonal;
- e) anel vaginal;
- f) preservativos femininos e masculinos;
- g) diafragma;
- h) esponja;
- i) espermicida;
- j) implante anticoncepcional de qualquer natureza.

XLVIII - implante de eletrodos medulares ou cerebrais;

XLIX - implante intratecais de bombas de infusão para fármacos;

L - tratamento cirúrgico de epilepsia;

LI - tratamento cirúrgico de parkinson (implante de neuroestimulador);

LII - tomografia PET SCAN, exceto nos seguintes casos:

a) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- 1) para caracterização das lesões;
- 2) no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
- 3) na detecção de recorrências.

b) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- 1) no estadiamento primário;
- 2) na avaliação da resposta terapêutica;
- 3) no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

c) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- 1) câncer recidivado potencialmente ressecável;
- 2) CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
- 3) recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.

d) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios:

- 1) ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
- 2) nódulo maior que um centímetro;
- 3) não espiculados;
- 4) sem calcificações.

e) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos;

f) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:

1) presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;

2) quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.

g) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

1) no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;

2) para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

h) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome);

i) cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico com análogos de somatostatina para pacientes portadores de tumores neuroendócrinos que potencialmente expressem receptores de somatostatina quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

1) localização do tumor primário;

2) detecção de metástases;

3) detecção de doença residual, recorrente ou progressiva;

4) determinação da presença de receptores da somatostatina.

j) em caso de indisponibilidade de prestadores de serviço credenciados para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, o Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM poderá disponibilizá-lo na localidade mais próxima dentro da sua área de abrangência, sem cobertura de remoção ou transporte.

LIII - bioimpedanciometria;

LIV - tomografia de coerência óptica (OCT), exceto nos seguintes casos:

a) cobertura obrigatória quando preenchido um dos seguintes critérios:

1) acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico - pacientes com edema macular secundário à degeneração macular relacionada à idade (DMRI), retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina (OVC) e oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico;

2) acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas:

2.1) edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa);

2.2) edema macular diabético;

2.3) buraco macular;

2.4) membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em degeneração macular relacionada à idade, estrias angioides, alta miopia, tumores oculares, coroidopatia serosa central);

2.5) membrana epirretiniana;

2.6) distrofias retinianas.

b) acompanhamento e esclarecimento diagnóstico em pacientes com suspeita de glaucoma (discos ópticos com relação escavação/disco $> 0,6$ e $< 0,9$ e/ou assimetria da relação/disco entre os olhos $> 0,2$ e/ou afinamentos localizados do anel neural);

c) acompanhamento e esclarecimento diagnóstico em hipertensos oculares (pressão intraocular > 21 mmHg).

~~Governador Valadares, 22 de março de 2023 - Diário Oficial Eletrônico - ANO IX | Nº 2.238 - Instituído pela Lei Municipal 6.401 de 25/09/2013~~

LV - terapia renal substitutiva;

LVI - qualquer material ou medicamento não contemplado na Tabela de Materiais e Medicamentos do

IPREM/GV; LVII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

LVIII - consultas domiciliares;

LIX - atendimento domiciliar, exceto casos excepcionais de Assistência Domiciliar, verificados previamente os critérios de elegibilidade pela equipe de Auditoria do IPREM/GV – PAM, para a realização de curativos, em feridas ou úlceras, realizados por enfermeiro e de fisioterapia por fisioterapeuta.

§1º Para fins do previsto no inciso XV deste artigo, entende-se por próteses qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e por órteses qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de cirurgia.

§2º A responsabilidade pelo pagamento das despesas hospitalares extraordinárias previstas no inciso XXIII deste artigo, será exclusivamente do usuário ou responsável, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador de serviço.

§3º Na ocorrência de acidente de trabalho previsto no inciso XXX deste artigo, fica o IPREM/GV autorizado a liberar a assistência médica hospitalar, ambulatorial e de reabilitação, ao servidor efetivo ativo optante pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, segurado obrigatório do Regime Próprio de Previdência Social do Município de Governador Valadares, cujas despesas serão ressarcidas integralmente pela Administração Pública Direta e Indireta do Município de Governador Valadares e da Câmara Municipal, nos termos deste regulamento e da lei.

§4º Em caso de indisponibilidade de prestadores de serviço credenciados na localidade de ocorrência do evento para o procedimento previsto na alínea *i* do inciso LII deste artigo, o Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM poderá disponibilizá-lo na localidade mais próxima dentro da sua área de abrangência, sem cobertura de remoção ou transporte.

CAPÍTULO V DOS CUSTOS E COPARTICIPAÇÃO

Art. 39. A utilização efetiva de cada serviço do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, pelo usuário importará no pagamento de coparticipação, participação financeira na despesa assistencial, que será descontada em folha de pagamento, nos termos do artigo 5º deste regulamento, obedecidas as especificações constantes no Anexo III deste regulamento.

§1º A coparticipação incidirá sobre o valor de cada serviço previsto nas Tabelas praticadas pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM vigente na data da utilização ou do custo total que o IPREM/GV-PAM vier a desembolsar para pagamento aos prestadores de serviços.

§2º A adesão ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, implica autorização automática para o desconto da coparticipação, que é arrecadada pelo empregador e repassada ao IPREM/GV até o 10º (décimo) dia útil de cada mês.

Art. 40. As consultas eletivas e hospitalares acobertadas serão subsidiadas pelo IPREM/GV-PAM em 70% (setenta por cento) e em 30% (trinta por cento) pelo usuário do valor constante da tabela ou custo total, sendo de responsabilidade do usuário arcar com o custeio integral das consultas excedentes ao previsto, ou seja, 100% do seu valor a ser descontado em folha de pagamento.

Art. 41. Os exames básicos e especiais auxiliares de apoio diagnóstico, os serviços auxiliares de diagnóstico, tratamentos e serviços especiais acobertados, serão subsidiados pelo IPREM/GV-PAM em 70% (setenta por cento) e em 30% (trinta por cento) pelo usuário do valor constante da tabela ou custo total, observadas as especificações previstas nesse regulamento, sendo responsabilidade do usuário arcar com o custeio integral dos excedentes, ou seja, 100% do seu valor, a ser descontado em folha de pagamento.

Art. 42. Os serviços hospitalares que compreendem internações cirúrgicas, clínicas ou obstétricas serão custeados pelo IPREM/GV-PAM nas seguintes condições:

I - enfermaria de 2 (dois) ou 03 (três) leitos (acomodação coletiva) – serão subsidiados pelo IPREM/GV-PAM em 70% (setenta por cento) e em 30% (trinta por cento) pelo usuário do custo total que o IPREM/GV-PAM vier a desembolsar para pagamento aos prestadores de serviços;

II - internação em Centro de Terapia Intensiva - CTI ou similar, quando determinado pelo médico assistente, serão subsidiados pelo IPREM/GV-PAM em 70% (setenta por cento) e em 30% (trinta por cento) pelo usuário do custo total que o IPREM/GV-PAM vier a desembolsar para pagamento aos prestadores de serviços.

Art. 43. Será disponibilizado para o usuário um extrato de serviços prestados, por meio de sistema adotado pelo IPREM/GV-PAM.

Parágrafo único. Havendo qualquer dúvida com relação ao extrato, o usuário deverá formalizar solicitação, no prazo de 60 (sessenta) dias contados da disponibilização do Extrato pelo IPREM/GV-PAM, através do sistema adotado, para que lhe sejam prestadas as informações necessárias e tomadas as providências, conforme o caso, incluído o reembolso ou compensação dos valores se for o caso.

Art. 44. Os valores constantes do extrato de serviços prestados, não impugnados no prazo previsto no parágrafo único do artigo 43, constituem dívida com o erário público, líquida, certa e exigível.

Art. 45. A não quitação do débito implicará em inscrição em dívida ativa, conforme previsto no artigo 66 da Lei Complementar Municipal nº 204, de 17 de dezembro de 2015, além da cobrança de correção monetária, juros e multa estabelecidos pelo IPREM/GV.

Art. 46. Em caso de falecimento do usuário titular, a quitação de todos os valores relativos à sua coparticipação nas despesas e contribuição será efetuada pelo desconto das verbas relativas ao saldo de vencimentos, proventos ou pensões e, no que restar, pela transferência das obrigações aos herdeiros e sucessores, nos limites previstos no Código Civil.

Art. 47. O saldo remanescente de todos os valores de responsabilidade do usuário, que ainda não tiverem sido descontados em contracheque, serão reajustados no mês de janeiro do ano posterior, com base no índice IPCA acumulado nos últimos doze meses.

CAPÍTULO VI DO REEMBOLSO

Art. 48. Para efeito deste regulamento considera-se reembolso o ressarcimento dos valores gastos com despesas de assistência médica efetuadas pelo usuário quando:

I - não houver profissional ou serviço próprio ou credenciado na rede do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, na sua área de abrangência geográfica e;

II - com atendimento em pronto socorro nos casos de urgência e emergência, comprovados mediante relatório médico concludente, quando o usuário estiver em trânsito em outros Estados e Municípios, ou seja, fora da área de abrangência geográfica do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

§1º Somente serão reembolsadas as despesas efetuadas com os procedimentos cobertos pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, conforme especificações constantes deste regulamento.

§2º As despesas contraídas serão reembolsadas ao usuário titular e estão sujeitas a:

I - comprovação mediante recibo ou nota fiscal, em via original, contendo:

- a) nome completo do usuário, exceto quando se tratar de cupom fiscal;
- b) identificação do emitente: profissional (nome completo, nº de inscrição no conselho regional da respectiva categoria, CPF e especialidade) ou entidade (razão social e CNPJ);
- c) identificação do profissional que executou o procedimento (nome completo, número de inscrição no conselho da respectiva categoria, CPF e especialidade), quando tratar-se de nota fiscal;

- d) assinatura do profissional, quando se tratar de recibo;
- e) discriminação dos serviços realizados, inclusive taxas, medicamentos e materiais;
- f) local, data/período, quantidade, valor unitário e valor total.

II - apresentação de relatório médico, pedido médico, boletim anestésico, a depender de cada caso, contendo:

- a) nome completo do usuário/paciente;
- b) identificação do emitente: profissional (nome completo, número de inscrição do médico no CRM e CPF) e sua assinatura;
- c) discriminação dos procedimentos realizados ou solicitados com a respectiva quantidade;
- d) quando for o caso, discriminação dos materiais, medicamentos, taxas, aparelhos e objetos com finalidade médica, prescritos ou utilizados, com a respectiva quantidade;
- e) justificativa médica do atendimento com CID – Código Internacional de Doenças ou hipótese diagnóstica;
- f) local, data/período, hora do atendimento ou tratamento.

§3º As despesas com assistência médica efetuadas pelo usuário serão reembolsadas de acordo com as tabelas de serviços médicos e hospitalares praticadas pelo IPREM/GV – PAM.

§4º O pedido de reembolso deverá ser apresentado em formulário próprio, devidamente assinado pelo usuário titular ou na sua impossibilidade pelo representante legal, em até 120 (cento e vinte) dias corridos da data da emissão da nota fiscal, da fatura ou do recibo pelos serviços médicos prestados, acompanhados dos documentos relacionados nos incisos I e II, do §2º deste artigo.

§5º O reembolso será feito no prazo de sessenta (60) dias a contar da data de protocolo da solicitação no IPREM/GV ou da apresentação de documento complementar, observando-se ainda, a ordem cronológica e a vigência dos respectivos créditos orçamentários do IPREM/GV – PAM.

§6º Os valores a serem reembolsados serão deduzidos da coparticipação de acordo com limites estipulados neste regulamento.

Art. 49. Não são passíveis de reembolso:

- I - procedimentos não acobertados pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM;
- II - atendimento prestado por médico ou entidade credenciada;
- III - atendimento por profissionais não inscritos no respectivo Conselho da classe;
- IV - gastos ocorridos no período de carência;
- V - gastos apresentados em documentos fora das especificações definidas neste regulamento;
- VI - procedimentos constantes no art. 31 deste regulamento, quando realizados sem autorização prévia do IPREM/GV - PAM;
- VII - pedidos intempestivos, fora do prazo previsto no §4º do artigo 48, ou que não atendam as exigências previstas neste regulamento;
- VIII - os pedidos com documentação incompleta, documentos ilegíveis, dupla grafia ou que contenham rasuras ou emendas sem ressalva do emitente;
- IX - reapresentação de solicitação de reembolso devolvido, por motivo de documentação incompleta, após 60 (sessenta) dias da data de despacho do processo;
- XI - pedido de reembolso reapresentado depois de decorrido 60 (sessenta) dias da data do despacho denegatório, quando se tratar de recurso.

Art. 50. O valor do reembolso será creditado na conta de serviços médicos do usuário titular e compensado nos serviços utilizados.

Art. 51. Não havendo saldo devedor na conta de serviços médicos, ou após a compensação, houver saldo a restituir, o crédito do reembolso será depositado na conta bancária do usuário titular, podendo, excepcionalmente, ser efetuado na conta de terceiros em razão de determinação judicial.

CAPÍTULO VII DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO

Art. 52. Ensejarão a perda da qualidade de usuário titular do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM:

- I - a exoneração ou demissão do cargo público municipal;
- II - a licença ou afastamento sem vencimentos do serviço público municipal;
- III - a hipótese prevista no art. 64 deste regulamento;
- IV - o seu falecimento;
- V - a solicitação feita através de requerimento escrito.

Art. 53. Ensejarão a perda da qualidade de usuário dependente do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM:

- I - para o cônjuge:
 - a) por força de divórcio, separação de fato ou de direito;
 - b) pela anulação do casamento;
 - c) por solicitação feita pelo usuário titular através de requerimento escrito.

- II - para o companheiro:
 - a) pela cessação da união estável com o usuário titular;
 - b) por solicitação feita pelo usuário titular através de requerimento escrito.

- III - para o filho e equiparados:
 - a) pela emancipação de menor por qualquer ato da vida civil, exercício de qualquer atividade remunerada ou emprego público efetivo, pelo casamento ou pela união estável;
 - b) pela cessação da invalidez ou incapacidade;
 - c) ao completar 21 (vinte e um) anos, salvo se inválido ou estudante de curso universitário menor de 24 anos, mediante requerimento escrito do usuário titular, atendidas as condições estabelecidas neste regulamento;
 - d) pelo abandono, trancamento de matrícula e conclusão do curso universitário para filho maior de 21 anos e menor de 24 anos;
 - e) pela não apresentação da documentação de matrícula e frequência de curso universitário, periodicamente, no tempo, modo e forma exigida neste regulamento pelo IPREM/GV, pelo filho estudante de curso universitário maior de 21 anos e menor de 24 anos;
 - f) por solicitação feita pelo usuário titular através de requerimento escrito.

Art. 54. Ocorrendo a perda da qualidade de usuário titular, estarão canceladas a sua inscrição e as dos seus dependentes, o que não o desobrigará de quitar os débitos porventura existentes, junto ao IPREM/GV.

Art. 55. O falecimento do usuário deverá ser comunicado ao IPREM/GV no prazo de até 30 (trinta) dias, mediante apresentação da certidão de óbito, juntamente com o cartão de identificação do IPREM/GV - PAM, pelo responsável do Departamento de Recursos Humanos da Administração Pública Direita e Indireta, da Câmara Municipal e pelos usuários.

Art. 56. A perda da qualidade de usuário do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM não ensejará o ressarcimento de valores pagos a qualquer título.

Art. 57. O servidor público afastado ou licenciado temporariamente do cargo efetivo, sem recebimento de remuneração pela Administração Pública Direta e Indireta do Município de Governador Valadares e da Câmara Municipal, que tenha formalizado termo de continuidade como usuário do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM até a publicação do Decreto nº 11.594, de 21 de janeiro de 2022, poderá permanecer como usuário, desde que recolha mensalmente as contribuições previstas no artigo 5º relativas à sua cota pessoal e do empregador, acrescida dos valores correspondentes à sua coparticipação nas despesas.

§1º O recolhimento da contribuição e da coparticipação será feito em nome do IPREM/GV, por meio de documento próprio de arrecadação, na rede bancária credenciada, e deverá ser realizado até o décimo dia subsequente ao mês de competência.

§2º Havendo recolhimento em atraso será exigida multa de 2% (dois por cento), acrescido de 1% (um por cento) de juros mensais.

§3º O não recolhimento da contribuição, incluída a coparticipação, se houver, acarretará, decorridos 30 (trinta) dias do vencimento, a suspensão ou bloqueio da utilização do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

§4º O inadimplemento das contribuições por 3 (três) meses consecutivos ou alternados, acarretará a exclusão do servidor público e seus dependentes do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

§5º A exclusão do servidor público por inadimplemento implicará inclusão do débito em dívida ativa, conforme previsto no artigo 66 da Lei Complementar Municipal nº 204, de 17 de dezembro de 2015, além da cobrança de correção monetária, juros e multa previstos neste regulamento.

§6º A cobrança da contribuição será com base na última remuneração, valor constituído pelo subsídio ou o vencimento do cargo efetivo, acrescido das vantagens pecuniárias permanentes.

§7º As contribuições do servidor e do empregador serão reajustadas anualmente no mesmo índice de revisão anual que for estabelecido aos servidores municipais e a contribuição por dependente no índice previsto na Lei Municipal nº 4.883, de 15 de agosto de 2001, ou por outro que venha a substituí-lo.

Art. 58. Ao retornar do afastamento ou da licença sem vencimento, o servidor que optar por aderir novamente ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, deverá cumprir os períodos de carência previstos no Anexo I deste regulamento e pagar integralmente todo o débito existente, que não tenha sido quitado por ocasião da concessão da licença ou afastamento.

Art. 59. Em caso de perda da qualidade de usuário titular pelo seu falecimento, o dependente inscrito poderá manter sua condição de usuário do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam, desde que observe o disposto no artigo 6º, I, §2º, deste regulamento e os critérios abaixo informados:

I - preencha os requisitos e as condições de habilitação como beneficiário de pensão por morte junto Regime Próprio de Previdência Social - RPPS do Município de Governador Valadares;

II - apresente certidão emitida pelo Departamento de Benefícios do IPREM/GV ratificando sua condição de habilitação como beneficiário de pensão por morte;

III - faça o requerimento no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do óbito do usuário titular, mediante assinatura de Termo de Adesão;

IV - assumo o pagamento integral das contribuições previstas no artigo 3º da Lei Municipal nº 4.883/2001, com inclusão da coparticipação e realize seu recolhimento mensal, observadas as disposições do artigo 68, até que sejam lançadas em folha de pagamento.

CAPÍTULO VIII DAS SANÇÕES

Art. 60. De acordo com a gravidade da falta cometida, os usuários do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, no que couber, estão sujeitos às seguintes sanções:

- I - advertência;
- II - suspensão;
- III - exclusão;
- IV - cancelamento do Termo de Adesão.

Parágrafo único. Na hipótese de a falta cometida acarretar prejuízo ao IPREM/GV - PAM ou aos seus usuários, será determinado o ressarcimento corrigido, independentemente do resultado do processo administrativo.

Art. 61. A advertência será aplicada nas seguintes hipóteses:

- I - deixar de cumprir os deveres previstos neste regulamento;

- II - utilizar de modo irregular instalações, móveis, utensílios e outros bens pertencentes ao IPREM/GV-PAM, sem prejuízo do ressarcimento das perdas e danos ocasionados;
- III - tomar atitudes contrárias ao desenvolvimento dos serviços oferecidos pelo IPREM/GV- PAM.

Art. 62. A suspensão será aplicada nos seguintes prazos e hipóteses:

I - por 3 (três) meses, diante da constatação de uma das seguintes faltas cometidas pelo usuário:

- a) cometer pela segunda vez as faltas previstas no Artigo 61;
- b) desacatar servidor do IPREM/GV- PAM no exercício de suas funções.

II - por 6 (seis) meses, diante da constatação das seguintes faltas:

- a) cometer pela terceira vez as faltas previstas no artigo 61;
- b) reincidir em falta prevista no inciso anterior e;
- c) agredir, física ou moralmente, funcionários e conselheiros do IPREM/GV- PAM, no exercício de suas funções, salvo em legítima defesa própria ou de outrem, devidamente comprovada.

III - por 12 (doze) meses, diante da constatação das seguintes faltas:

- a) cometer 4 (quatro) vezes ou mais, falta prevista no artigo 61;
- b) reincidir em falta prevista no inciso anterior;
- c) permitir ou autorizar utilização, por terceiros, dos benefícios oferecidos pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM ou do seu cartão de identificação, como se usuário fosse.

§1º A pena de suspensão consiste no impedimento temporário de usufruir dos direitos previstos neste regulamento, e dos benefícios inerentes ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM.

§2º Durante a suspensão o usuário pagará a contribuição mensal e a coparticipação, descontadas em folha de pagamento.

§3º Para os casos previstos na alínea c do inciso III, o usuário deverá realizar o pagamento integral pelos serviços utilizados.

Art. 63. A exclusão do usuário poderá ocorrer nos casos em que cometer, no uso da assistência médica, falta que venha a ser considerada gravíssima, a ser apurada em processo administrativo.

Art. 64. Ao IPREM/GV caberá o direito de cancelamento do Termo de Adesão assinado com o usuário, na hipótese de ocorrência de qualquer dos seguintes fatos:

- I - ato ilícito praticado pelo usuário na utilização dos serviços prestados;
- II - a utilização indevida do cartão de identificação do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM;
- III - o descumprimento das condições do Termo de Adesão e deste regulamento;
- IV - interrupção das contribuições e coparticipação ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM por motivo de Licença ou afastamento sem Vencimentos, exoneração, demissão, afastado sem frequência e afastado sem ônus.

Art. 65. Os casos sujeitos às sanções previstas neste capítulo deverão ser apurados mediante processo administrativo, garantindo ao usuário a ampla defesa e o contraditório, e após conclusão será encaminhado ao Diretor Geral do IPREM/GV, que aplicará as penas, se for o caso.

§1º O usuário terá prazo de 10 (dez) dias, contados de sua notificação, para apresentação de sua defesa.

§2º Concluindo o Diretor Geral do IPREM/GV pela aplicação de uma das penalidades, o usuário infrator poderá apresentar recurso administrativo, no prazo de 10 (dez) dias, que será apreciado pelo Conselho Deliberativo do IPREM/GV, que proferirá decisão final.

§3º Para a imposição e gradação da penalidade será observado:

- I - a natureza, gravidade, os motivos da infração e suas consequências;
- II - os danos que dela provierem para o IPREM/GV - PAM e os usuários;

III - os antecedentes do usuário infrator quanto ao cumprimento do previsto neste regulamento e demais normas emitidas pelo IPREM/GV- PAM.

§4º Não caberá recurso de decisão proferida pelo Conselho Deliberativo.

Art. 66. A penalidade aplicada e os motivos que a originaram serão anotadas em registro próprio e encaminhadas ao órgão de origem do usuário titular, bem como, em caso de decisão de ressarcimento, o valor corrigido, para a tomada das medidas cabíveis, na forma da lei.

Art. 67. O usuário titular é responsável direto pelos atos praticados por seus dependentes junto ao IPREM/GV, cabendo-lhe inclusive responsabilidade pelo ressarcimento dos prejuízos causados por si e seus dependentes.

CAPÍTULO IX DOS LIMITES DE DESCONTOS

Art. 68. Os descontos a serem efetuados na folha de pagamento do servidor, pelo uso da assistência médica, obedecerão às faixas salariais e respectivos percentuais expressos no quadro constante no Anexo IV deste regulamento.

Art. 69 Os percentuais determinados no Anexo IV deste regulamento poderão, a critério do Diretor-Geral do IPREM/GV, com anuência do Conselho Deliberativo, serem revistos ou atualizados.

CAPÍTULO X DA RESCISÃO VOLUNTÁRIA, MIGRAÇÃO E REINGRESSO

Seção I Da rescisão voluntária

Art. 70. Poderá o usuário titular requerer a rescisão do Termo de adesão assinado com o IPREM/GV - PAM, sem o pagamento de multa, quando ocorrer no prazo de até 30 dias após a sua assinatura ou após 12 (doze) meses de Termo de Adesão.

§1º O requerimento de que trata o **caput** deste artigo deverá ser protocolizado no Departamento de Assistência Médica do IPREM/GV - PAM, junto com o cartão de identificação, que providenciará a imediata exclusão no sistema utilizado, com vigência correspondente à data de protocolo.

§2º O requerimento será arquivado na pasta do usuário junto ao IPREM/GV - PAM.

§3º A partir da data do protocolo do requerimento, o usuário titular e seus dependentes não poderão utilizar a assistência médica e, em caso de uso indevido, haverá cobrança integral dos valores dos serviços utilizados de acordo com as tabelas praticadas pelo IPREM/GV - PAM ou custo total efetivamente pago.

Art. 71. A não observância dos prazos estabelecidos no artigo 70 acarretará ao usuário titular o pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das contribuições que seriam devidas para o período de 12(doze) meses de vigência do Termo de Adesão, calculada de acordo com os seguintes critérios:

- I - fazer a média da contribuição dos últimos 3 (três) meses;
- II - calcular 50% (cinquenta por cento) do valor do item I e;
- III - multiplicar o valor encontrado no item II pelo número de meses restantes até o final do prazo de 12(doze) meses para vigência do Termo de Adesão.

Art. 72. A rescisão voluntária do Termo de Adesão não desobrigará o usuário titular de quitar os débitos porventura existentes, os quais continuarão a ser descontados em folha de pagamento até sua efetiva liquidação.

Seção II

Da migração

Art. 73. No caso de usuários titulares cônjuges e participantes do Programa de Assistência Médica - PAM, ocorrendo a rescisão de um dos contratos, o usuário que tiver solicitado a rescisão do seu Termo de Adesão, poderá migrar como usuário dependente para o contrato do outro cônjuge, devendo ser observado, quanto ao período de carência, o seguinte:

I - se o usuário solicitante tiver contribuído para o PAM por mais de 9 (nove) anos consecutivos, ficará isento do cumprimento das carências previstas no Anexo I deste regulamento;

II - se o usuário solicitante tiver contribuído pelo período de 5 (cinco) a 8 (oito) anos consecutivos, deverá cumprir 50% das carências previstas no Anexo I deste regulamento;

III - se o usuário solicitante tiver contribuído pelo período de 2 (dois) a 4 (quatro) anos consecutivos, deverá cumprir 75% das carências previstas no Anexo I deste regulamento;

IV - se o usuário solicitante tiver contribuído por um período inferior a 2 (dois) anos, deverá cumprir 100% das carências previstas no Anexo I deste regulamento.

Seção III Do reingresso

Art. 74. Se o usuário titular solicitar a rescisão do Termo de Adesão ou a exclusão de dependente e após um período desejar reingresso ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM, será permitido desde que não possua débitos e que cumpra os períodos de carência definidos neste regulamento.

Art. 75. Ao usuário que tiver o Termo de Adesão cancelado na forma prevista nos incisos I, II, III e IV do artigo 64, o reingresso será permitido após decorrido o período de 12 (doze) meses do ato de cancelamento e desde que não possua débitos, devendo cumprir os períodos de carência definidos neste regulamento.

Art. 76. Ao usuário titular, cujo Termo de Adesão fora excluído por motivo de licença ou afastamento sem vencimentos, será facultada nova adesão ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM quando de seu retorno ao quadro de servidores do Município, observando-se a inexistência de débitos remanescentes do Termo de Adesão anterior, referentes a serviços médicos prestados e às respectivas contribuições ao PAM, parte do servidor e do empregador e o cumprimento dos períodos de carência previstos neste regulamento.

Art. 77. Toda solicitação de reingresso será deferida após levantamento e quitação do débito existente, antes da nova inclusão.

CAPÍTULO XI DA CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO E LICENÇA SEM VENCIMENTOS

Art. 78. Quando da solicitação de afastamento ou licença sem vencimento junto à Administração Pública Municipal Direta e Indireta e à Câmara Municipal, o usuário titular deverá requerer, com antecedência de 30 dias, Certidão Negativa de Débito junto ao IPREM/GV – PAM.

Art. 79. A Certidão será emitida somente após o usuário titular quitar, de forma integral junto ao IPREM/GV – PAM, o débito existente por serviços prestados a ele e seus dependentes, contribuições pendentes e rescisão contratual, e devolução dos cartões de identificação.

Art. 80. A não quitação do débito implicará no ajuizamento da respectiva ação judicial pelo IPREM/GV.

CAPÍTULO XII DO CREDENCIAMENTO

Art. 81. O credenciamento de serviços de terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, para prestação de quaisquer serviços de assistência médico-hospitalar deverá ser autorizado pelo Diretor Geral do IPREM/GV - PAM.

Art. 82. Qualquer entidade ou profissional pode ser credenciado, desde que preencha os requisitos e as condições legais de habilitação e apresente a documentação fixada no edital de credenciamento do qual estiver participando.

Art. 83. O credenciamento de hospitais, laboratórios, clínicas de exames de diagnóstico e tratamento ou de qualquer serviço especializado é condicionado à comprovação da existência de profissional legalmente habilitado, que se responsabilizará pela execução do serviço de assistência.

Art. 84. A entidade credenciada será responsável pelas consequências decorrentes de culpa profissional do seu corpo clínico, paramédico e do pessoal auxiliar, individualmente ou em equipe.

Art. 85. Os serviços relacionados à saúde prestados por entidades ou profissionais credenciados serão remunerados de acordo com tabelas fixadas pelo IPREM/GV.

Art. 86. Os critérios, documentação, condições e prazos necessários para apresentação de faturas ou contas referentes aos serviços prestados por entidades e profissionais credenciados, bem como os prazos para liquidação das contas pelo IPREM/GV, serão estabelecidos no edital e no contrato de prestação de serviços.

Art. 87. É vedada a cobrança de qualquer adicional, taxa ou complementação não prevista no contrato, por entidade ou profissional credenciado ou convocado por esta, bem como a integrante de seu corpo clínico, paramédico, auxiliar, individualmente ou em equipe.

Art. 88. Os integrantes de corpo clínico de entidades credenciadas para assistência a pacientes no recinto hospitalar, serão considerados credenciados, observadas as normas vigentes do IPREM/GV e os valores de honorários médicos da tabela praticada pelo IPREM/GV.

Art. 89. Para a revisão técnica de faturas médicas e hospitalares, o IPREM/GV poderá credenciar profissionais da área da saúde devidamente habilitados, condicionando-os ao cumprimento das exigências previstas em edital próprio para esse fim.

Art. 90. O IPREM/GV deverá fiscalizar o exato cumprimento dos contratos, inclusive verificando a procedência dos fornecimentos declarados, a efetiva realização dos serviços contratados e a observância da assistência médico-hospitalar de que trata este regulamento.

Art. 91. A entidade ou profissional credenciado deverá manter em perfeita regularidade suas obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias ou parafiscais, bem como sua situação junto aos órgãos oficiais, fiscalizadores de suas atividades, devendo apresentar ao IPREM/GV, quando solicitadas, a comprovação dessa regularidade.

Art. 92. O IPREM/GV poderá rescindir o contrato com qualquer entidade ou profissional participante de sua rede de credenciados, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

CAPÍTULO XIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 93. O Programa de Assistência Médico-Hospitalar instituído pela Lei nº 4.883, de 15 de agosto de 2001, possui a estrutura contábil e conta específica para a movimentação dos recursos advindos das contribuições da Administração Direta e Indireta do Município, da Câmara Municipal, dos servidores ativos, dos servidores aposentados, pensionistas e dependentes, vedada a transferência dos mesmos para outras finalidades, sendo independente e em separado do Regime Próprio de Previdência Social - RPPS do Município de Governador Valadares.

Art. 94. Os casos omissos, não previstos neste regulamento e eventuais dúvidas, serão resolvidos pela Direção-Geral e pela Diretoria do Departamento de Assistência Médica do IPREM/GV.

Art. 95. A superveniência de normas que provoquem alteração e impliquem em necessária modificação dos preceitos deste regulamento ensejará, mediante decreto do Poder Executivo e do Diretor Geral do IPREM/GV,

Governador Valadares, 22 de março de 2023 – Diário Oficial Eletrônico – ANO IX | Nº 2.238 – Instituído pela Lei Municipal 6.401 de 25/09/2013

com anuência do Conselho Deliberativo do IPREM/GV, novo ajuste das condições do Programa de assistência médico-hospitalar prestada pelo IPREM/GV-PAM.

Art. 96. Fica eleito o foro da comarca de Governador Valadares para dirimir quaisquer demandas oriundas do Termo de Adesão.



ANEXO I
RELAÇÃO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS A QUE SE REFERE O ART. 11

Os períodos de carência abaixo relacionados serão contados a partir do primeiro desconto em folha de pagamento da contribuição para o PAM, data inicial da vigência do Termo de Adesão nos termos do art. 11:

DISCRIMINAÇÃO	GRUPO / CÓDIGO DA TABELA DO PAM	PERÍODO DE CARÊNCIA
CONSULTAS		
I - Consulta em consultório (no horário normal - agendada)	10101012	30 dias
II - Consulta em pronto socorro ou pronto atendimento	10101039	24 horas
III- Consulta de Perícia	10101047	30 dias
IV- Consulta com Anestesiologista	10101055	30 dias
V- Consulta enfermagem domiciliar	10101063	30 dias
EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO:		
DISCRIMINAÇÃO	GRUPO / CÓDIGO DA TABELA DO PAM	PERÍODO DE CARÊNCIA
I - MEDICINA LABORATORIAL	40300005	30 dias
II - ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	40600009	
Procedimento diagnóstico em citopatologia cervico- vaginal oncológica	40601137	30 dias
Demais procedimentos		60 dias
III - DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA		
ECG Convencional de 12 deriva	40101010	30 dias
ECG de alta resolução	40101029	30 dias
IV - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM (RADIOLOGIA)	40800008	
SUB - GRUPOS	40801004 40802000 40803007 40804003 40805000 40806006 40808009	30 dias
EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO – TIPO 1		
DISCRIMINAÇÃO	GRUPO / CÓDIGO DA TABELA DO PAM	PERÍODO DE CARÊNCIA
I - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	40807002 40809005	60 dias
2. EXAMES DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM EM OBSTETRÍCIA Cardiotocografia anteparto Cardiotocografia <u>intraparto</u> (por hora) <u>ate 6 horas externa</u>	20202016 20202024 20202016 <u>20202024</u>	300 dias



Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo de cores - por feto Obstetrica Obstetrica convencional com Doppler colorido Obstetrica morfológica Obstetrica gestacao multipla: cada feto Obstetrica gestacao multipla com Doppler colorido: cada feto Obstetrica 1º trimestre (endovaginal) Obstetrica: perfil biofisico fetal	40901084 40901238 40901246 40901262 40901270 40901289 40901297 40901505	60 dias
EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO – TIPO 2		
DISCRIMINAÇÃO	GRUPO / CÓDIGO DA TABELA DO PAM	PERÍODO DE CARÊNCIA
1.Exames / Testes de Alergologia	41401069 41401077 41401085 41401360 41401379 41401387 41401395 41401409 41401425 41401433 41401441 41401450 41401522	90 dias 90 dias
2. Exames / Testes de Oftalmologia	40901017 40901025 40901521 40901530 41301013 41301021 41301030 41301080 41301250 41501128	90 dias
3. Exames / Testes de Otorrinolaringologia	40103056 40103072 40103080 40103099 40103102 40103439 40103455 40103463 40103480 40103498 40103064	90 dias



	40103528 40103536 40103544 40103560 40103579 40103587 40103595 40103609 40103617 40103625	
4. Exames / Testes de Tisiopneumologia	40105008	90 dias
5. Exames / Testes Dermatológicos	20104006 20104065 20104316	180 dias 30 dias 30 dias
6. Exames / Testes Urológicos	40807002	60 dias
7. Diagnósticos Endoscópicos	40200000 40202003 40202615 40202666 40202542 4020250	90 dias 30 dias 60 dias 60 dias 60 dias 60 dias
8. Diagnose em Cardiologia	20102011 20102020 20102038 40101037 40101045	60 dias
9. Ultrassonografia (exceto obstétrico)	40901002 - Ultrassonografia Diagnóstica 40902005 - Ultrassonografia Intervencionista	90 dias
10. Diagnose em Neurologia	40103005	90 dias
11. Angiorradiologia	40812006	180 dias
12. Tomografia Computadorizada	41000005	90 dias
13. Ressonância Magnética	41100000	90 dias
14. Medicina Nuclear	40700003	90 dias
15. Hemodinâmica (Procedimentos Diagnósticos)	30911001	180 dias
TRATAMENTOS / SERVIÇOS ESPECIAIS		
DISCRIMINAÇÃO	GRUPO / CÓDIGO DA TABELA DO PAM	PERÍODO DE CARÊNCIA
16. Sistema Urinário - Ambulatorial	31100007	90 dias
17. Diálise	31008003	90 dias
18. Hemodiálise de curta e longa permanência	30909007	90 dias
19. Reabilitações (Fisioterapia Clínica)	20103000 , exceto 20103362, 20103670, 20203047, 20203212 e 20103212	90 dias
20. Reabilitações (Fisioterapia Pós Operatória)	20103362, 20103670, 20203047,	180 dias



	20203212 e 20103212	
21.Medicina transfusional (Hemoterapia)	40400000	90 dias
22.Nutrição Parenteral e enteral		180 dias
23.Hemodinâmica (Procedimentos Terapêuticos)	30912008	180 dias
24.Métodos Intervencionistas / Terapêuticos Por Imagem	40813002 40814000	90 dias
VII – Doenças e lesões preexistentes		24 meses
VII – Internações Hospitalares:		
1) Internações Clínicas		180 dias
2) Internações Cirúrgicas		180 dias
3) Internações Obstétricas - Partos		300 dias

ANEXO II

Os exames básicos e especiais de apoio diagnóstico, tratamento e serviços especiais, ressaltada a coparticipação, serão autorizados observando-se o seguinte:

EXAMES BASICOS DE DIAGNOSTICO		
DISCRIMINAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	LIMITAÇÕES
MEDICINA LABORATORIAL	Grupo da Tabela 40300005	02 exames / ano por usuário
ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Grupo da Tabela 40600009	02 exames /ano por usuário
DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA		
ECG Convencional de 12 deriva	Código da Tabela 40101010	02 exames / ano por usuário
ECG de alta resolução	Código da Tabela 40101029	02 exames / ano por usuário
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM (RADIOLOGIA)	Sub-Grupos da Tabela	
	40801004 40802000 40803007 40804003 40805000 40806006 40808009	02 exames / ano por usuário
EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO – TIPO 1		
DISCRIMINAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	LIMITAÇÕES
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM (RADIOLOGIA)	Códigos da tabela 40807002 40809005	01 exame /ano por usuário
EXAMES DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM EM OBSTETRÍCIA	Códigos da Tabela 20202016 20202024 20202016 20202024 40901084 40901238 40901246 40901262 40901270 40901289 40901297 40901505	01 exame / ano por usuário
EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO – TIPO 2		
DISCRIMINAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	LIMITAÇÕES
EXAMES / TESTES EM ALERGOLOGIA	Códigos da Tabela 41401069 41401077 41401085 41401360 41401379 41401387 41401395 41401409 41401425	02 exames ou testes / ano) por usuário



	41401433 41401441 41401450 41401522	
EXAMES / TESTES EM OFTALMOLOGIA	Códigos da Tabela 40901017 40901025 40901521 40901530 41301013 41301021 41301030 41301080 41301250 41501128	01 exame ou teste / ano por usuário
EXAMES / TESTES EM OTORRINOLARINGOLOGIA	Códigos da Tabela 40103056 40103072 40103080 40103099 40103102 40103439 40103455 40103463 40103480 40103498 40103064 40103528 40103536 40103544 40103560 40103579 40103587 40103595 40103609 40103617 40103625	01 exame ou teste /ano por usuário
DISCRIMINAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	LIMITAÇÕES
EXAMES / TESTES DE TISIOPNEUMOLOGIA	Grupo da Tabela 40105008	01 exame ou teste / ano por usuário
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	Grupos da Tabela 20104006 20104065 20104316	02 procedimentos / ano por usuário
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	20104189	60 sessões por ano
EXAMES / TESTES UROLÓGICOS	Grupo da Tabela 40807002	01 exame ou teste /ano por usuário
DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS	Grupo da Tabela 40200000	01 exame / ano por usuário



DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA	Código da Tabela 20102011 20102020 20102038 40101037 40101045	01 exame / ano por usuário	
ULTRASSONOGRRAFIA (EXCETO OBSTÉTRICO)	Grupos da Tabela 40901002 Ultrassonografia Diagnóstica 40902005 Ultrassonografia Intervencionista	01 exame / ano por usuário	
DIAGNOSE EM NEUROLOGIA	Grupo da Tabela 40103005	01 exame / ano por usuário	
ANGIORRADIOLOGIA	Grupo da Tabela 40812006	01 exame / ano por usuário	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Grupo da Tabela 41000005	01 exame / ano por usuário	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	Grupo da Tabela 41100000	01 exame / ano por usuário	
MEDICINA NUCLEAR	Grupo da Tabela 40700003	01 exame / ano por usuário	
DISCRIMINAÇÃO		ESPECIFICAÇÃO	LIMITAÇÕES
HEMODINÂMICA (PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS)		Grupo de Tabela 30911001	01 procedimento / ano por usuário
TRATAMENTOS / SERVIÇOS ESPECIAIS			
DISCRIMINAÇÃO		GRUPO / CÓDIGO DA TABELA DO PAM	LIMITAÇÕES
SISTEMA URINÁRIO - AMBULATORIAL		Grupo da Tabela 31100007	01 procedimento / ano por usuário
REABILITAÇÕES (FISIOTERAPIA CLÍNICA)		Grupo da Tabela 20103000	30 sessões / ano por usuário
REABILITAÇÕES (FISIOTERAPIA PÓS OPERATÓRIA)		Grupo da Tabela 20103000	30 sessões / ano por usuário

**ANEXO III
COPARTICIPAÇÃO**

A utilização efetiva de cada serviço do Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM pelo usuário importará no pagamento de coparticipação:

CONSULTAS		
Descrição	% do servidor	% do PAM
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL - AGENDADA)	30%	70%
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO OU PRONTO ATENDIMENTO	30%	70%
CONSULTA DE PERÍCIA	30%	70%
CONSULTA COM ANESTESISTA	30%	70%
CONSULTA ENFERMAGEM DOMICILIAR	30%	70%
EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO - TIPO 1		
Descrição	% do servidor	% do PAM
MEDICINA LABORATORIAL	30%	70%
ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	30%	70%
DIAGNOSE EM CARDIOLOGIA	30%	70%
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM	30%	70%
EXAMES DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM EM OBSTETRÍCIA	30%	70%
EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO – TIPO 2		
Serviços	% do servidor	% do PAM
EXAMES / TESTES EM ALERGOLOGIA	30%	70%
EXAMES / TESTES EM OFTALMOLOGIA	30%	70%
EXAMES / TESTES EM OTORRINOLARINGOLOGIA	30%	70%
EXAMES / TESTES EM TISIOPNEUMOLOGIA	30%	70%
EXAMES / TESTES EM DERMATOLOGIA	30%	70%
EXAMES / TESTES EM UROLOGIA	30%	70%
DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS	30%	70%
EXAMES / TESTES EM CARDIOLOGIA	30%	70%
EXAMES / TESTES EM NEUROLOGIA	30%	70%
ANGIORADIOLOGIA	30%	70%
HEMODINÂMICA DIAGNÓSTICA	30%	70%
EXAMES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO – ALTA COMPLEXIDADE		
Serviços	% do servidor	% do PAM



HEMODINÂMICA DIAGNÓSTICA	30%	70%
ECOCARDIOGRAMAS	30%	70%
ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	30%	70%
DENSITOMETRIA ÓSSEA	30%	70%
ELETRONEUROMIOGRAFIA	30%	70%
HOLTER 24h	30%	70%
TESTE ERGOMÉTRICO	30%	70%
RADIOLOGIA ESPECIAL	30%	70%
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	30%	70%
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	30%	70%
ULTRASSONOGRAMA	30%	70%
TRATAMENTOS / SERVIÇOS ESPECIAIS		
Serviços	% do servidor	% do PAM
SISTEMA URINÁRIO (AMBULATORIAL)	30%	70%
DIÁLISE	30%	70%
HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA	30%	70%
REABILITAÇÕES (FISIOTERAPIA CLÍNICA)	30%	70%
REABILITAÇÃO (FISIOTERAPIA PÓS OPERATÓRIA)	30%	70%
MEDICINA TRANSFUSIONAL (HEMOTERAPIA)	30%	70%
HEMODINÂMICA TERAPÊUTICA	30%	70%
MÉTODOS INTERVENCIONISTAS / TERPÊUTICOS POR IMAGEM	30%	70%
INTERNAÇÕES HOSPITALARES		
Serviços	% do servidor	% do PAM
INTERNAÇÕES CLÍNICAS	30%	70%
INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS	30%	70%
INTERNAÇÕES OBSTÉTRICAS - PARTOS	30%	70%

ANEXO IV
LIMITE DESCONTO EM FOLHA

Os descontos a serem efetuados na folha de pagamento do usuário titular obedecerão às faixas salariais e respectivos percentuais:

FAIXAS SALARIAIS (REF.SALÁRIO MÍNIMO NACIONAL)	LIMITES DE DESCONTO SOBRE A REMUNERAÇÃO
ATÉ 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	10% (DEZ POR CENTO)
ACIMA DE 03 SALÁRIOS MÍNIMOS ATÉ 06 SALÁRIOS MÍNIMOS	15% (QUINZE POR CENTO)
ACIMA DE 06 SALÁRIOS MÍNIMOS	20% (VINTE POR CENTO)

ANEXO V
TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE ASSISTENCIA MÉDICO – HOSPITALAR – PAM

Pelo presente instrumento eu _____, Matrícula _____, CPF nº _____, RG nº _____, lotado(a) no(a) _____, residente e domiciliado à _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, resolve, com fulcro na Lei 4.833, de 15/08/2001, que institui o Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, administrado pelo IPREM/GV, solicitar minha ADESÃO ao mesmo, na qualidade de USUÁRIO TITULAR, assim como aos meus dependentes legais, devidamente cadastrados e abaixo relacionados, nos termos das cláusulas que se seguem:

NOME	RG	CPF	GRAU DE DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO

CLÁUSULA PRIMEIRA

O **USUÁRIO TITULAR** fará jus à assistência médico-hospitalar oferecida pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, nos termos do Regulamento nº _____ / _____, aprovado pelo Decreto nº _____, contribuindo com_% de sua remuneração e restituindo o percentual devido por serviços médico-hospitalares prestados a si e aos seus dependentes conforme estipulado no mesmo regulamento.

CLÁUSULA SEGUNDA

O cadastramento de dependentes do Usuário Titular no Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM deverá observar os critérios e condições estabelecidas no regulamento nº _____ / _____.

CLÁUSULA TERCEIRA

Os termos e condições de uso dos serviços médico-hospitalares prestados pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, bem como os respectivos prazos de carências dos mesmos, passarão a vigorar a partir da data de assinatura do presente Termo de Adesão.

CLÁUSULA QUARTA

O presente Termo de Adesão será rescindido ou extinto ocorrendo as seguintes situações:

I – quando se tratar de Usuário Titular:

- voluntariamente, a qualquer hora, pelo Usuário Titular, obedecido o disposto no regulamento;
- quando ocorrer exoneração ou demissão do Usuário Titular do cargo público municipal;
- ocorrendo o afastamento ou licenciamento temporário do Usuário Titular sem vencimentos pelo Município;
- por solicitação feita através de requerimento escrito;
- hipótese do artigo 64 do regulamento;
- por falecimento do Usuário Titular.

- 1) ao(s) dependente(s) do Usuário Titular falecido, regulamente inscrito(s), ao(s) qual(ais) for(em) concedido(s) o benefício de Pensão por Morte, será facultada sua adesão ao Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, mediante a assinatura de Termo de Adesão individual, juntamente com um Termo de Responsabilidade pelos débitos por serviços médicos prestados, por ventura existentes quando do falecimento do Usuário Titular;
- 2) os débitos remanescentes do Usuário Titular falecido deverão ser pagos antes da adesão dos dependentes.

II - quando se tratar de Usuário Dependente:

- a) perda da qualidade de cônjuge por força de divórcio, separação de fato ou de direito;
- b) perda da qualidade do cônjuge pela anulação do casamento e da qualidade de dependente por cessação da união estável, caso companheiro;
- c) emancipação de filho menor de qualquer ato da vida civil (21 anos, exercício de qualquer atividade remunerada, casamento ou união estável);
- d) cessação da invalidez de filho maior inválido;
- e) abandono, trancamento de matrícula e conclusão do curso universitário por filho maior de 21 anos e menor de 24 anos;
- f) por solicitação feita pelo usuário titular através de requerimento escrito.

CLÁUSULA QUINTA

A rescisão ou extinção do presente Termo de Adesão pelos motivos dispostos à Cláusula Quarta, não implicará na quitação de débitos, por ventura existentes, de serviços médico-hospitalares prestado, os quais serão cobrados oportunamente, observando-se as situações previstas nas respectivas alíneas do Inciso I.

CLÁUSULA SEXTA

Em todos os casos de exclusão, o usuário obriga-se a devolver os respectivos cartões de identificação do PAM, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

CLÁUSULA SÉTIMA

O falecimento do usuário do Programa de Assistência Médico-Hospitalar – PAM, titular ou dependente, deverá ser comunicado no prazo de até 30 (trinta) dias, mediante a apresentação de atestado de óbito, juntamente com o cartão de identificação do PAM.

CLÁUSULA OITAVA

O Usuário Titular, pelo presente Termo de Adesão, torna-se ciente das sanções que lhe são cabíveis, no caso do cometimento de alguma falta e de sua gravidade, pela ordem:

- I - advertência;
- II - suspensão;
- III - exclusão;
- IV - cancelamento do Termo de Adesão.

Parágrafo único Os graus das sanções estão descritos no Capítulo XIII do regulamento.

CLÁUSULA NONA

I - são consideradas faltas passíveis das sanções enumeradas na cláusula anterior:

- a) deixar de cumprir os deveres previstos no regulamento;

- b) utilizar de modo irregular instalações, móveis, utensílios e outros bens pertencentes ao IPREM/GV- PAM, sem prejuízo do ressarcimento das perdas e danos ocasionados;
- c) tomar atitudes contrárias ao desenvolvimento dos serviços oferecidos pelo PAM;
- d) desacatar servidores do IPREM/GV- PAM no exercício de suas funções;
- e) impedir qualquer servidor do IPREM/GV- PAM de exercer seus direitos ou cumprir seus deveres;
- f) agredir, física ou moralmente, funcionários e conselheiros do IPREM/GV- PAM, no exercício de suas funções, salvo em legítima defesa, devidamente comprovada;
- g) participar de propaganda ou campanha nociva aos interesses, ao bom nome e às finalidades do IPREM/GV - PAM;
- h) permitir ou autorizar utilização, por terceiros, dos benefícios oferecidos pelo Programa de Assistência Médico-Hospitalar - PAM ou do seu cartão de identificação, como se usuário fosse.

CLÁUSULA DÉCIMA

As faltas cometidas pelo Usuário Titular ou seus dependentes deverão ser apurados mediante processo administrativo, conduzido por comissão específica, através do qual lhe serão atribuídas e justificadas as sanções devidas, garantindo ao usuário ampla defesa e contraditório.

I – após conclusão e parecer da comissão, o processo será encaminhado à Direção Geral do IPREM/GV para homologação ou não do mesmo;

II - o usuário terá prazo de 10(dez) dias, contados de sua notificação, para apresentação de sua defesa;

III - na hipótese de a falta cometida acarretar prejuízo ao IPREM/GV – PAM ou aos usuários do PAM, será determinado o ressarcimento corrigido, independentemente do resultado do processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

O Usuário Titular, ao assinar o presente Termo de Adesão, declara que conhece e concorda inteiramente com os termos aqui dispostos, bem como o regulamento nº _____ / _____, e que sua adesão ao PAM ocorrerá a partir da presente data, quando se começa a contar os prazos de carências e os termos e condições transcritas na legislação vigente e no regulamento acima citado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

Fica eleito o foro da Comarca de Governador Valadares para dirimir quaisquer demandas oriundas do presente TERMO DE ADESÃO, conforme estabelece o Regulamento do PAM.

E por estarem justos e acertados, formalizam as partes o presente TERMO DE ADESÃO, assinado em 2 (duas) vias de igual teor.

Governador Valadares, _____ de _____ de _____

DIRETOR GERAL - IPREM/GV

USUÁRIO TITULAR

**ANEXO VI
DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

ESTE FORMULÁRIO ACOMPANHA O TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - PAM, ANEXO V, E SERÁ PREENCHIDO PELO USUÁRIO TITULAR, OBSERVADO O DISPOSTO NO ART. 8º E NO ART. 13 I, II e Parágrafo Único deste Regulamento.

TODOS OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, DE FORMA LEGÍVEL E DE PRÓPRIO PUNHO, SEM RASURAS, PELO TITULAR RESPONSÁVEL.

DADOS DO TITULAR

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA

--	--	--	--	--

RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS COM “SIM” OU “ NÃO” POR EXTENSO, EXPLICANDO QUANDO NECESSÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NÃO	
1.É fumante? Há quanto tempo?		
2.Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?		
3.Realizou algum exame com resultados anormais?		
4.Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões especificadas nos grupos abaixo?		
4.1. Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outras doenças.		
4.2.Aparelho Cardiocirculatório: infarto, angina, pressão alta, problemas de coração ou outras doenças.		
4.3. Metabolismo: diabetes, tireoidites, bócio, cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outras doenças.		
4.4. Neurológico: derrame, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outras doenças.		
4.5.Ginecológico: mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outras doenças.		
4.6. Respiratório: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças.		
4.7. Oftalmológico: miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina ou outras doenças.		
4.8. Ortopédico: hérnia de disco, luxações e/ou fraturas ósseas, lesões de ligamentos, problemas na coluna vertebral ou outras doenças.		



Governador Valadares, 22 de março de 2023 – Diário Oficial Eletrônico – ANO IX | Nº 2.238 – Instituído pela Lei Municipal 6.401 de 25/09/2013

4.9. Reumático; artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla ou outras doenças.		
4.10. Oncológico: tumor benigno ou maligno, leucemia ou outro tipo de doença. Especificar qual tratamento realizou ou está realizando.		
4.11. Doenças auto-imunes: lúpus, esclerodermia ou outras doenças.		
4.12. Doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar, síndrome de pânico ou outras doenças.		
4.13. Doenças do Sangue: anemia, hemofilia, leucemia, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkn, deficiência de fatores de coagulação ou outras doenças.		
INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NÃO	
4.14. Hérnias: inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional ou outras.		
4.15. Urológico: cálculo renal, insuficiência renal aguda ou crônica, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrite, infecções urinárias ou outras doenças.		
4.16. Doenças Infecciosas: tuberculose, AIDS, hepatites A, B, C, D ou E, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças.		
4.17. Otorrinolaringológico: desvio de septo, cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças.		
4.18. Doenças de pele: dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças.		
4.19. Doenças ou deformidades congênitas ou hereditárias: má formação em qualquer órgão ou tecido		
5. Faz uso frequente de algum medicamento?		
6. Tem varizes nas pernas?		
7. Tem alguém na família com ferida(s) na(s) perna(s) ou em outra(s) parte(s) do corpo?		
8. É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?		
9. É portador de alguma órtese ou prótese (marca passo, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro?)		
10. É portador de alguma síndrome ou deficiência em qualquer órgão ou tecido (síndrome de Down, surdez, cegueira ou qualquer outra?)		
11. Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo?		
12. Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas?		
13. Foi internado por alguma doença clínica ou cirúrgica?		
14? Sofre ou já sofreu de alguma doença, fez ou está fazendo algum tratamento ou está utilizando algum medicamento não especificado acima?		

Se alguma resposta acima for positiva, responder detalhadamente, especificando a questão:



Governador Valadares, 22 de março de 2023 – Diário Oficial Eletrônico – ANO IX | Nº 2.238 – Instituído pela Lei Municipal 6.401 de 25/09/2013

Assinatura do titular



DEPENDENTE 1

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA

--	--	--	--	--

RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS COM “SIM” OU “ NÃO” POR EXTENSO, EXPLICANDO QUANDO NECESSÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NAO	
1.É fumante? Há quanto tempo?		
2.Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?		
3.Realizou algum exame com resultados anormais?		
4.Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões especificadas nos grupos abaixo?		
4.1. Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outras doenças.		
4.2.Aparelho Cardiocirculatório: infarto, angina, pressão alta, problemas de coração ou outras doenças.		
4.3. Metabolismo: diabetes, tireoidites, bócio, cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outras doenças.		
4.4. Neurológico: derrame, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outras doenças.		
4.5.Ginecológico: mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outras doenças.		
4.6. Respiratório: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças.		
4.7. Oftalmológico: miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina ou outras doenças.		
4.8. Ortopédico: hérnia de disco, luxações e/ou fraturas ósseas, lesões de ligamentos, problemas na coluna vertebral ou outras doenças.		
4.9. Reumático; artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla ou outras doenças.		
4.10. Oncológico: tumor benigno ou maligno, leucemia ou outro tipo de doença. Especificar qual tratamento realizou ou está realizando.		
4.11. Doenças auto-imunes: lúpus, esclerodermia ou outras doenças.		
4.12.Doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar, síndrome de pânico ou outras doenças.		



4.13. Doenças do Sangue: anemia, hemofilia, leucemia, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkn, deficiência de fatores de coagulação ou outras doenças.		
INFORMAÇÕES GERAIS	SIM NÃO	DETALHAMENTO
4.14. Hérnias: inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional ou outras.		
4.15. Urológico: cálculo renal, insuficiência renal aguda ou crônica, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrite, infecções urinárias ou outras doenças.		
4.16. Doenças Infeciosas: tuberculose, AIDS, hepatites A, B, C, D ou E, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças.		
4.17. Otorrinolaringológico: desvio de septo, cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças.		
4.18. Doenças de pele: dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças.		
4.19. Doenças ou deformidades congênitas ou hereditárias: má formação em qualquer órgão ou tecido		
5. Faz uso frequente de algum medicamento?		
6. Tem varizes nas pernas?		
7. Tem alguém na família com ferida(s) na(s) perna(s) ou em outra(s) parte(s) do corpo?		
8. É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?		
9. É portador de alguma órtese ou prótese (marca passo, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro?)		
10. É portador de alguma síndrome ou deficiência em qualquer órgão ou tecido (síndrome de Down, surdez, cegueira o qualquer outra?)		
11. Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo?		
12. Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas?		
13. Foi internado por alguma doença clínica ou cirúrgica?		
14? Sofre ou já sofreu de alguma doença, fez ou está fazendo algum tratamento ou está utilizando algum medicamento não especificado acima?		

Se alguma resposta acima for positiva, responder detalhadamente, especificando a questão:

Assinatura do titular



DEPENDENTE 2

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA

--	--	--	--	--

RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS COM “SIM” OU “NÃO” POR EXTENSO, EXPLICANDO QUANDO NECESSÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NÃO	
1.É fumante? Há quanto tempo?		
2.Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?		
3.Realizou algum exame com resultados anormais?		
4.Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões especificadas nos grupos abaixo?		
4.1. Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outras doenças.		
4.2.Aparelho Cardiocirculatório: infarto, angina, pressão alta, problemas de coração ou outras doenças.		
4.3. Metabolismo: diabetes, tireoidites, bócio, cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outras doenças.		
4.4. Neurológico: derrame, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outras doenças.		
4.5.Ginecológico: mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outras doenças.		
4.6. Respiratório: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças.		
4.7. Oftalmológico: miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina ou outras doenças.		
4.8. Ortopédico: hérnia de disco, luxações e/ou fraturas ósseas, lesões de ligamentos, problemas na coluna vertebral ou outras doenças.		
4.9. Reumático; artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla ou outras doenças.		
4.10. Oncológico: tumor benigno ou maligno, leucemia ou outro tipo de doença. Especificar qual tratamento realizou ou está realizando.		
4.11. Doenças auto-imunes: lúpus, esclerodermia ou outras doenças.		
4.12.Doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar, síndrome de pânico ou outras doenças.		



4.13. Doenças do Sangue: anemia, hemofilia, leucemia, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkn, deficiência de fatores de coagulação ou outras doenças.		
INFORMAÇÕES GERAIS	SIM NAO	DETALHAMENTO
4.14. Hérnias: inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional ou outras.		
4.15. Urológico: cálculo renal, insuficiência renal aguda ou crônica, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrite, infecções urinárias ou outras doenças.		
4.16. Doenças Infeciosas: tuberculose, AIDS, hepatites A, B, C, D ou E, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças.		
4.17. Otorrinolaringológico: desvio de septo, cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças.		
4.18. Doenças de pele: dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças.		
4.19. Doenças ou deformidades congênitas ou hereditárias: má formação em qualquer órgão ou tecido		
5. Faz uso frequente de algum medicamento?		
6. Tem varizes nas pernas?		
7. Tem alguém na família com ferida(s) na(s) perna(s) ou em outra(s) parte(s) do corpo?		
8. É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?		
9. É portador de alguma órtese ou prótese (marca passo, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro?)		
10. É portador de alguma síndrome ou deficiência em qualquer órgão ou tecido (síndrome de Down, surdez, cegueira o qualquer outra?		
11. Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo?		
12. Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas?		
13. Foi internado por alguma doença clínica ou cirúrgica?		
14? Sofre ou já sofreu de alguma doença, fez ou está fazendo algum tratamento ou está utilizando algum medicamento não especificado acima?		

Se alguma resposta acima for positiva, responder detalhadamente, especificando a questão:

Assinatura do titular



DEPENDENTE 3

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA

--	--	--	--	--

RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS COM “SIM” OU “ NÃO” POR EXTENSO, EXPLICANDO QUANDO NECESSÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NAO	
1.É fumante? Há quanto tempo?		
2.Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?		
3.Realizou algum exame com resultados anormais?		
4.Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões especificadas nos grupos abaixo?		
4.1. Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outras doenças.		
4.2.Aparelho Cardiocirculatório: infarto, angina, pressão alta, problemas de coração ou outras doenças.		
4.3. Metabolismo: diabetes, tireoidites, bócio, cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outras doenças.		
4.4. Neurológico: derrame, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outras doenças.		
4.5.Ginecológico: mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outras doenças.		
4.6. Respiratório: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças.		
4.7. Oftalmológico: miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina ou outras doenças.		
4.8. Ortopédico: hérnia de disco, luxações e/ou fraturas ósseas, lesões de ligamentos, problemas na coluna vertebral ou outras doenças.		
4.9. Reumático; artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla ou outras doenças.		
4.10. Oncológico: tumor benigno ou maligno, leucemia ou outro tipo de doença. Especificar qual tratamento realizou ou está realizando.		
4.11. Doenças auto-imunes: lúpus, esclerodermia ou outras doenças.		
4.12.Doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar, síndrome de pânico ou outras doenças.		



INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NÃO	
4.13. Doenças do Sangue: anemia, hemofilia, leucemia, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkn, deficiência de fatores de coagulação ou outras doenças.		
4.14. Hérnias: inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional ou outras.		
4.15. Urológico: cálculo renal, insuficiência renal aguda ou crônica, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrite, infecções urinárias ou outras doenças.		
4.16. Doenças Infeciosas: tuberculose, AIDS, hepatites A, B, C, D ou E, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças.		
4.17. Otorrinolaringológico: desvio de septo, cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças.		
4.18. Doenças de pele: dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças.		
4.19. Doenças ou deformidades congênitas ou hereditárias: má formação em qualquer órgão ou tecido		
5. Faz uso frequente de algum medicamento?		
6. Tem varizes nas pernas?		
7. Tem alguém na família com ferida(s) na(s) perna(s) ou em outra(s) parte(s) do corpo?		
8. É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?		
9. É portador de alguma órtese ou prótese (marca passo, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro?)		
10. É portador de alguma síndrome ou deficiência em qualquer órgão ou tecido (síndrome de Down, surdez, cegueira o qualquer outra?		
11. Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo?		
12. Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas?		
13. Foi internado por alguma doença clínica ou cirúrgica?		
14? Sofre ou já sofreu de alguma doença, fez ou está fazendo algum tratamento ou está utilizando algum medicamento não especificado acima?		

Se alguma resposta acima for positiva, responder detalhadamente, especificando a questão:

Assinatura do titular



DEPENDENTE 4

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA

--	--	--	--	--

RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS COM “SIM” OU “ NÃO” POR EXTENSO, EXPLICANDO QUANDO NECESSÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NAO	
1.É fumante? Há quanto tempo?		
2.Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?		
3.Realizou algum exame com resultados anormais?		
4.Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões especificadas nos grupos abaixo?		
4.1. Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outras doenças.		
4.2.Aparelho Cardiocirculatório: infarto, angina, pressão alta, problemas de coração ou outras doenças.		
4.3. Metabolismo: diabetes, tireoidites, bócio, cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outras doenças.		
4.4. Neurológico: derrame, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outras doenças.		
4.5.Ginecológico: mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outras doenças.		
4.6. Respiratório: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças.		
4.7. Oftalmológico: miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina ou outras doenças.		
4.8. Ortopédico: hérnia de disco, luxações e/ou fraturas ósseas, lesões de ligamentos, problemas na coluna vertebral ou outras doenças.		
4.9. Reumático; artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla ou outras doenças.		
4.10. Oncológico: tumor benigno ou maligno, leucemia ou outro tipo de doença. Especificar qual tratamento realizou ou está realizando.		
4.11. Doenças auto-imunes: lúpus, esclerodermia ou outras doenças.		
4.12.Doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar, síndrome de pânico ou outras doenças.		



INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NÃO	
4.13. Doenças do Sangue: anemia, hemofilia, leucemia, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkn, deficiência de fatores de coagulação ou outras doenças.		
4.14. Hérnias: inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional ou outras.		
4.15. Urológico: cálculo renal, insuficiência renal aguda ou crônica, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrite, infecções urinárias ou outras doenças.		
4.16. Doenças Infeciosas: tuberculose, AIDS, hepatites A, B, C, D ou E, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças.		
4.17. Otorrinolaringológico: desvio de septo, cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças.		
4.18. Doenças de pele: dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças.		
4.19. Doenças ou deformidades congênitas ou hereditárias: má formação em qualquer órgão ou tecido		
5. Faz uso frequente de algum medicamento?		
6. Tem varizes nas pernas?		
7. Tem alguém na família com ferida(s) na(s) perna(s) ou em outra(s) parte(s) do corpo?		
8. É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?		
9. É portador de alguma órtese ou prótese (marca passo, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro?)		
10. É portador de alguma síndrome ou deficiência em qualquer órgão ou tecido (síndrome de Down, surdez, cegueira o qualquer outra?		
11. Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo?		
12. Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas?		
13. Foi internado por alguma doença clínica ou cirúrgica?		
14? Sofre ou já sofreu de alguma doença, fez ou está fazendo algum tratamento ou está utilizando algum medicamento não especificado acima?		

Se alguma resposta acima for positiva, responder detalhadamente, especificando a questão:

Assinatura do titular



DEPENDENTE 5

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PESO	ALTURA

--	--	--	--	--

RESPONDER TODAS AS PERGUNTAS COM “SIM” OU “ NÃO” POR EXTENSO, EXPLICANDO QUANDO NECESSÁRIO

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NAO	
1.É fumante? Há quanto tempo?		
2.Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?		
3.Realizou algum exame com resultados anormais?		
4.Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões especificadas nos grupos abaixo?		
4.1. Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite, refluxo gastroesofágico, gastrite, hérnia de hiato, diverticulite, colicistite ou outras doenças.		
4.2.Aparelho Cardiocirculatório: infarto, angina, pressão alta, problemas de coração ou outras doenças.		
4.3. Metabolismo: diabetes, tireoidites, bócio, cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, obesidade ou outras doenças.		
4.4. Neurológico: derrame, epilepsia, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, convulsões, hidrocefalia ou outras doenças.		
4.5.Ginecológico: mioma, cisto de ovário, endometriose, nódulo de mama, cisto de mama, infertilidade, aborto habitual ou outras doenças.		
4.6. Respiratório: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças.		
4.7. Oftalmológico: miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina ou outras doenças.		
4.8. Ortopédico: hérnia de disco, luxações e/ou fraturas ósseas, lesões de ligamentos, problemas na coluna vertebral ou outras doenças.		
4.9. Reumático; artrose, artrite, artrite reumatoide, esclerose múltipla ou outras doenças.		
4.10. Oncológico: tumor benigno ou maligno, leucemia ou outro tipo de doença. Especificar qual tratamento realizou ou está realizando.		
4.11. Doenças auto-imunes: lúpus, esclerodermia ou outras doenças.		
4.12.Doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar, síndrome de pânico ou outras doenças.		



Governador Valadares, 22 de março de 2023 – Diário Oficial Eletrônico – ANO IX | Nº 2.238 – Instituído pela Lei Municipal 6.401 de 25/09/2013

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM	DETALHAMENTO
	NÃO	
4.13. Doenças do Sangue: anemia, hemofilia, leucemia, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkn, deficiência de fatores de coagulação ou outras doenças.		
4.14. Hérnias: inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional ou outras.		
4.15. Urológico: cálculo renal, insuficiência renal aguda ou crônica, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, nefrite, infecções urinárias ou outras doenças.		
4.16. Doenças Infeciosas: tuberculose, AIDS, hepatites A, B, C, D ou E, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças.		
4.17. Otorrinolaringológico: desvio de septo, cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças.		
4.18. Doenças de pele: dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças.		
4.19. Doenças ou deformidades congênitas ou hereditárias: má formação em qualquer órgão ou tecido		
5. Faz uso frequente de algum medicamento?		
6. Tem varizes nas pernas?		
7. Tem alguém na família com ferida(s) na(s) perna(s) ou em outra(s) parte(s) do corpo?		
8. É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?		
9. É portador de alguma órtese ou prótese (marca passo, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro?)		
10. É portador de alguma síndrome ou deficiência em qualquer órgão ou tecido (síndrome de Down, surdez, cegueira o qualquer outra?		
11. Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo?		
12. Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas?		
13. Foi internado por alguma doença clínica ou cirúrgica?		
14? Sofre ou já sofreu de alguma doença, fez ou está fazendo algum tratamento ou está utilizando algum medicamento não especificado acima?		

Se alguma resposta acima for positiva, responder detalhadamente, especificando a questão:

Assinatura do titular