



Regulamento Plano
Ipasgo Saúde Cerrado

Registro ANS nº 500.641/24-4

Vigência: 15/10/2024

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	02
CAPÍTULO II - CARACTERÍSTICAS GERAIS	04
CAPÍTULO III - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO	05
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	06
CAPÍTULO V - REGRAS PARA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO	07
Seção I - Da manutenção no plano	07
Seção II - Do licenciado ou afastado	08
CAPÍTULO VI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	09
CAPÍTULO VII - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	10
Seção I - Das coberturas ambulatoriais	11
Seção II - Das coberturas hospitalares com obstetrícia	13
Seção III - Das coberturas odontológicas	17
CAPÍTULO VIII - EXCLUSÕES DE COBERTURA	21
CAPÍTULO IX - PERÍODOS DE CARÊNCIA	24
CAPÍTULO X - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	26
CAPÍTULO XI - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
Seção I - Do atendimento	28
Seção II - Da remoção	30
Seção III - Do reembolso	31
Capítulo XII - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	32
Seção I - Do cartão de identificação	32
Seção II - Do padrão de acomodação	33
Seção III - Das condições de atendimento e autorização prévia	33
Seção IV - Da junta médica	35
Seção V - Da rede assistencial hospitalar	36
Seção VI - Da coparticipação	37
Capítulo XIII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	38
Seção I - Das consequências da inadimplência	38
Capítulo XIV - REAJUSTE	39
Seção I - Do reajuste anual	40
Seção II - Do reajuste por agrupamento	41
Capítulo XV - FAIXAS ETÁRIAS	43
Capítulo XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS	44

REGULAMENTO DO PLANO IPASGO SAÚDE CERRADO

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

Art. 1º. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

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

IV. AGRAVO: acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária;

V. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS/CONVÊNIOS: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos/convênios, do risco inerente à operação de cada um deles;

VI. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: área, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos;

VII. ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

VIII. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

IX. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA: evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

X. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: pessoa física cujo vínculo contratual/convenial com a operadora de planos de saúde depende da existência de relação de dependência a um benefi-

ciário titular, nos termos deste Regulamento;

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

XII. CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas;

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

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

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

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

XVII. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses de suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes;

XVIII. COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, dentre outras;

XIX. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98.

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

XXI. ESTUDO TÉCNICO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do Beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do plano e definição de

mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contribuição mensal e coparticipação;

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

XXIII. MECANISMO DE REGULAÇÃO: meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras com a finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde;

XXIV. PATROCINADOR: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração;

XXV. RECOMPOSIÇÃO INFLACIONÁRIA: é o aumento da contribuição mensal do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como a inflação e uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice estabelecido em Regulamento;

XXVI. REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do Convênio, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado;

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

XXVIII. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS: relação de atos médicos para atendimento e tratamento, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento, que se constitui no rol exaustivo de coberturas contratadas; e

XXIX. SINISTRALIDADE: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários durante o período analisado.

Parágrafo único. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 2º. O **SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO SAÚDE**, neste ato designado simplesmente como Ipasgo Saúde, Operadora de PLANO Privado de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 424188 e classificada como autogestão, multipatrocínada, inscrita no CNPJ sob o nº 50.565.317/0001-43, localizado na Avenida Primeira Radial, nº 586, Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, CEP 74.820-300, é a instituição que ofertará e gerenciará o PLANO Privado de

Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado PLANO.

Art. 3º. Considera-se **PATROCINADOR**, a pessoa jurídica que celebra Convênio de Adesão com o **Ipasgo Saúde** para a adesão espontânea e opcional dos seus beneficiários ao **PLANO**, observado o disposto neste Regulamento, no Estatuto Social do **Ipasgo Saúde**, bem como na regulamentação da ANS em vigor aplicável às entidades de autogestão.

Parágrafo único. O **Ipasgo Saúde** será **PATROCINADOR** do **PLANO** oferecido para a livre e espontânea adesão dos seus **empregados e administradores**, observado o seu Estatuto Social.

Art. 4º. O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **Ipasgo Saúde Cerrado** e está registrado na ANS sob o nº 500.641/24-4 possuindo como Características Gerais:

I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

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

III. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Estados;

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

V. Padrão de Acomodação em Internação: Enfermaria;

VI. Formação do Preço: Preestabelecido;

VII. Fator Moderador: Coparticipação;

VIII. Tipo de Plano: Plano Regulamentado.

CAPÍTULO III

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objeto disciplinar a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de **PLANO** privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), exclusivamente de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do **PLANO** privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º. Poderão se inscrever no **PLANO**:

I. Na qualidade de **Beneficiário Titular**, as pessoas naturais que possuam vínculo com os **PATROCINADORES** nas seguintes condições:

- a)** servidores públicos e militares, ativos, inativos, ex-servidores e pensionistas, vinculados ao **PATROCINADOR**;
- b)** servidores públicos de outros entes da Federação que estiverem cedidos ao Estado de Goiás, com ônus para o órgão requisitante;
- c)** detentores de mandato eletivo do Executivo e do Legislativo estadual ou municipal, durante o seu exercício; e
- d)** empregados, aposentados e administradores do próprio **Ipasgo Saúde**.

II. Na qualidade de **Beneficiário Dependente** do Titular:

- a)** o cônjuge ou companheiro na união estável, incluindo união homoafetiva;
- b)** a pessoa separada, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com ou sem a percepção de pensão alimentícia;
- c)** os filhos, natural ou adotivos, e enteados, até a véspera em que completarem 21 (vinte e um) anos ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d)** os filhos, natural ou adotivos, e enteados, entre 21 (vinte e um) anos e a véspera em que completarem 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- e)** o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

Parágrafo único. A inclusão do Dependente constante na alínea “a” do inciso II deste artigo exclui a possibilidade de inscrição de Dependente constante da alínea “b” do mesmo inciso.

Art. 7º. A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular no **PLANO**.

Art. 8º. A inscrição de Beneficiários se dará mediante preenchimento de Termo de Adesão, que deverá ser apresentado ao **Ipasgo Saúde**, no qual o Titular manifesta a sua concordância com os termos deste Regulamento, bem como quanto à inscrição de eventuais Dependentes.

§1º. Ao Termo de Adesão deverão ser obrigatoriamente anexados, pelo Beneficiário Titular, todos os documentos comprobatórios dos dados cadastrais definidos pelo **Ipasgo Saúde**, inclusive o CPF, consoante listagem disponível no endereço eletrônico da operadora, que pode ser consultada por telefone ou diretamente na sede do **Ipasgo Saúde**.

§2º. O Beneficiário Titular vinculado ao **PATROCINADOR** poderá optar por inscrever seus Beneficiários Dependentes em plano diferente do seu, desde que constante no Convênio de Adesão e observadas as regras e condições do plano escolhido, responsabilizando-se pelo pagamento das respectivas mensalidades e coparticipações.

§3º. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os Beneficiários a ele vinculado, mesmo que inscritos em planos diferentes do seu, ressalvado o disposto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e sua regulamentação, e o previsto neste Regulamento.

Art. 9º. O **PATROCINADOR** se obriga a solicitar, por escrito, conforme datas limites previstas no Convênio de Adesão, as movimentações para inclusões, alterações e exclusões de beneficiários para os efeitos deste **PLANO**, que serão consideradas tão somente após o cadastramento no sistema do **Ipasgo Saúde**.

Art. 10. É dever do Beneficiário manter atualizadas as informações cadastrais perante o **Ipasgo Saúde**, que possui o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas pelo Beneficiário.

CAPÍTULO V

REGRAS PARA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Manutenção no Plano

Art. 11. É assegurado o direito de manter a condição de Beneficiário Titular, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando inscrito no PLANO, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades e/ou coparticipações do PLANO, nas seguintes situações:

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

§1º. Para o exercício do direito descrito no caput, o Beneficiário Titular deverá fazer opção pela manutenção no PLANO, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da respectiva situação descrita acima.

§2º. A manutenção da condição de Beneficiário Titular prevista nesta Seção poderá, a seu critério, ser exercida individualmente ou estendida também a seus Dependentes inscritos quando do seu vínculo com o PATROCINADOR.

§3º. O Beneficiário Titular poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário, observados os limites de elegibilidade previstos neste Regulamento.

§4º. Na hipótese do Beneficiário Titular que se aposentar e continuar trabalhando no PATRO-

CINADOR, quando vier a se desligar/exonerar desse, é garantido o direito de manter-se como Beneficiário na condição de aposentado.

§5º. As garantias previstas neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados/servidores em decorrência de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

Art. 12. Em caso de óbito do Beneficiário Titular, o Beneficiário Dependente poderá se manter no PLANO, desde que:

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

Art. 13. O direito de manutenção no PLANO previsto nesta Seção deixará de existir quando:

- I.** do cancelamento do plano privado ou do Convênio por Adesão pelo PATROCINADOR que concede este benefício aos Beneficiários a ele vinculados;
- II.** pela solicitação de exclusão do Beneficiário.

§1º. Aos Beneficiários mantidos no PLANO na forma descrita nesta Seção é assegurado o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

§2º. Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de PLANO individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

§3º. O pagamento integral das despesas assumidas pelo Beneficiário, na forma deste artigo, será cobrado mensalmente mediante débito automático em conta, emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizada pelo **Ipasgo Saúde**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

Seção II

Do Licenciado ou Afastado

Art. 14. O Beneficiário Titular, em situação de licença ou afastamento legal, poderá optar por se manter como Beneficiário do **PLANO** juntamente com seus Dependentes, desde que o Titular:

- I.** esteja sem remuneração por qualquer motivo previsto em lei;
- II.** formalize a opção de manter o plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação inequívoca do **PATROCINADOR** ao **Ipasgo Saúde** quanto ao início da licença não remunerada ou afastamento legal;

III. assuma o pagamento integral das contribuições **por** si e seus Dependentes, incluída a mensalidade, coparticipações e a parcela correspondente ao **PATROCINADOR**; e

IV. mantenha seu vínculo com o **PATROCINADOR**.

Art. 15. O período de manutenção da condição de Beneficiário descrito nesta Seção será pelo tempo correspondente à licença ou afastamento legal, durante o qual o Beneficiário Titular poderá realizar novas inscrições de Dependentes, observadas as regras descritas neste Regulamento, inclusive quanto à elegibilidade.

Art. 16. O pagamento integral das despesas pelo Beneficiário Titular será cobrado mensalmente mediante **débito automático em conta, emissão de boleto bancário** (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizada pelo **Ipasgo Saúde**, com vencimento até o dia 10 (dez) de cada mês.

CAPÍTULO VI

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 17. Caberá ao **PATROCINADOR** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I.** por fraude ou uso indevido do PLANO mediante devida apuração e comprovação;
- II.** perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- III.** perda da qualidade de Dependente, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário; e
- IV.** quando da solicitação de exclusão apresentada pelo Beneficiário.

Art. 18. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Titular do **PLANO**, caberá ao **PATROCINADOR**, obrigatória e expressamente, informar ao **Ipasgo Saúde**:

- I.** se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II.** se o Beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando no **PATROCINADOR** após a aposentadoria;
- III.** se o Beneficiário contribuía para o pagamento do **PLANO** em virtude do vínculo mantido com o **PATROCINADOR**;
- IV.** por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do **PLANO**; e
- V.** se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo único. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações

de exclusão dos Beneficiários do **PLANO**, mediante comprovação de que o Beneficiário foi comunicado do direito de manutenção previsto na Lei nº 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 19. O **Ipasgo Saúde** poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência do **PATROCINADOR**, nas seguintes hipóteses:

- I.** em caso de fraude ao **PLANO** ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- II.** perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos termos estabelecidos neste Regulamento; e
- III.** perda da qualidade de Dependente, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário;
- IV.** interrupção do pagamento das contribuições e eventuais coparticipações pelo Beneficiário, após prévia notificação para pagamento, nos termos deste regulamento;
- V.** a pedido do Beneficiário, quando excedido o prazo para o **PATROCINADOR** providenciar a comunicação de exclusão requerida.

Art. 20. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário Titular de quitar eventuais débitos com o **Ipasgo Saúde**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

CAPÍTULO VII

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 21. O **PLANO** garante ao Beneficiário regularmente inscrito os atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos e odontológicos, exclusivamente de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) em vigor na data do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), a ser prestado na área de atuação do **PLANO**, através de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede assistencial do **PLANO**.

§1º. Havendo indicação do profissional assistente, fica assegurada a cobertura para os serviços de anestesia e sedação, bem como a equipe necessária à realização dos procedimentos previstos e listados neste Capítulo e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, respeitados os critérios de credenciamento entre o **Ipasgo Saúde** e os prestadores de serviços de saúde.

§2º. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, compreendendo o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§3º. O atendimento aos beneficiários inscritos nesse **PLANO** está garantido independentemente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento que os ensejar, respeitadas a área de atuação do PLANO, a rede assistencial do **PLANO**, os prazos de carência e a cobertura parcial temporária (CPT), quando houver.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 22. A cobertura ambulatorial abrange os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei 9.656/98 e normativo infralegal vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, devendo garantir as seguintes coberturas:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM:

a) Para efeito de cobertura assistencial, as áreas de atuação não são consideradas especialidades médicas, ainda que reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

III. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**

IV. Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, **desde que solicitadas pelo médico assistente;**

V. Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo médico assistente**;

VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VII. Ações de planejamento familiar, que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento, contracepção e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações;

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

IX. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

X. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde:

a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XI. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e, respeitando-se**, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento que contém o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, apresentando eficácia e segurança equivalentes à do medicamento de referência e podendo, com este, ser intercambiável, e é designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme Lei n.º 9.787/1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente (atualmente, a ANVISA).

XII. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação

e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIV. Hemoterapia ambulatorial;

XV. Assistência odontológica de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT); e

XVI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais na forma definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

Seção II

Das Coberturas Hospitalares com Obstetrícia

Art. 23. A cobertura hospitalar com obstetrícia definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observada a área de atuação e a rede assistencial do **PLANO**, compreende os seguintes serviços:

I. Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);

II. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III. Cobertura da atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, sendo observado:

a) o atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;

b) haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, praticadas por portadores de doenças mentais, inclusive para o tratamento das lesões autoinfligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;

c) para fins de cobertura, prazos de carência e cobertura parcial temporária (CPT), as lesões autoinfligidas e as automutilações, praticadas por portadores de doenças mentais, com ou sem intenção de suicídio, são consideradas como acidente pessoal;

d) haverá cobertura de hospital-dia (como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento; e

e) nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação na forma definida neste regulamento.

IV. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

V. Procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério;

VI. Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, sendo esse último entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

VII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos prazos de carência já cumpridos pelo titular;

VIII. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento;

X. Cobertura de taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observado o disposto na regulamentação;

XI. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XII. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

XIII. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, observadas as seguintes disposições:

a) cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

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

c) a operadora poderá/deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

XIV. Despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos de idade;

b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas com deficiência;

XV. Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, **órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;**

XVI. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência.

XVII. Procedimentos ambulatoriais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, quando houver:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização do

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações;

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

XVIII. Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do profissional assistente;

XIX. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XX. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;

XXI. Procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XXII. Transplantes e procedimentos a eles vinculados, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a)** as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b)** os medicamentos utilizados durante a internação;
- c)** acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia) exceto medicamentos de manutenção;
- d)** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;
- e)** os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente;
- f)** os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição

de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção;

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

h) são competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada, e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor; e

i) os exames e procedimentos pré e pós-transplantes são considerados procedimentos de emergência, nos termos da regulamentação vigente.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 24. O **PLANO** garante a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica e suas atualizações, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), observadas a área geográfica de abrangência e a rede assistencial do **PLANO**, credenciada ou referenciada do **Ipasgo Saúde** vinculada ao plano de saúde, conforme relação a seguir:

I. Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

a) Consulta odontológica;

b) Consulta odontológica inicial;

c) Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;

d) Condicionamento em odontologia;

e) Teste de fluxo salivar;

f) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);

g) Teste de PH salivar (acidez salivar);

h) Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

II. Procedimentos de RADIOLOGIA:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

III. Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) Atividade Educativa em Saúde Bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação Tópica de Flúor;
- d) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- e) Profilaxia – polimento coronário;
- f) Aplicação de selante;
- g) Dessensibilização dentária;
- h) Remineralização dentária;
- i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

IV. Procedimentos de DENTÍSTICA:

- a) Aplicação de carióstático;
- b) Adequação do meio bucal;
- c) Restauração em amálgama;
- d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- e) Núcleo de preenchimento;
- f) Ajuste oclusal;
- g) Restauração em ionômero de vidro;
- h) Restauração em resina fotopolimerizável;
- i) Restauração temporária /tratamento expectante;
- j) Tratamento restaurador atraumático;
- k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

V. Procedimentos de PERIODONTIA:

- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;

- c)** Imobilização dentária;
- d)** Gengivectomia/gengivoplastia;
- e)** Aumento de coroa clínica;
- f)** Cunha proximal;
- g)** Cirurgia periodontal a retalho;
- h)** Tratamento de abscesso periodontal;
- i)** Enxerto gengival livre;
- j)** Enxerto pediculado.

VI. Procedimentos de ENDODONTIA:

- a)** Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b)** Pulpotomia;
- c)** Remoção de corpo estranho intracanal;
- d)** Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e)** Retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- f)** Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- g)** Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- h)** Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i)** Remoção de núcleo intra-canal;
- j)** Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Procedimentos de CIRURGIA:

- a)** Alveoloplastia;
- b)** Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c)** Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- d)** Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e)** Cirurgia para tórus/exostose;
- f)** Exérese ou excisão de mucocelo, rânula ou cálculo salivar;
- g)** Exodontia a retalho;
- h)** Exodontia de raiz residual;
- i)** Exodontia simples de permanente;
- j)** Exodontia simples de decíduo;
- k)** Redução de fratura alvéolo dentária;

- l)** Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia labial;
- m)** Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia lingual;
- n)** Remoção de dentes (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o)** Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos / cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
- q)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r)** Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s)** Ulectomia/Ulotomia;
- t)** Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u)** Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v)** Punção aspirativa / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w)** Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
- x)** Bridectomia/ bridotomia;
- y)** Odonto-secção;
- z)** Redução de luxação da ATM;
- aa)** Tunelização;
- bb)** Remoção de odontoma;
- cc)** Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
- dd)** Reconstrução de sulco gengivo-labial;
- ee)** Remoção de dreno extra-oral;
- ff)** Remoção de dreno intra-oral;
- gg)** Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
- hh)** Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânulo salivar.

VIII. Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

- a)** Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b)** Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c)** Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d)** Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;

- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética;
- g) Reembasamento de coroa provisória.

Art. 25. A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 26. Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9.656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias garantidas neste Regulamento, **ESTÃO EXCLUÍDOS DE COBERTURA DO PLANO OS EVENTOS E DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTOS, SERVIÇOS OU PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO E OS PROVENIENTES DE:**

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia do Ipasgo Saúde sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II. atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências e/ ou sob cobertura parcial temporária (CPT), respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, ou, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvadas as exceções estabelecidas pela ANS;

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade es-

tética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII. Inseminação artificial;

VIII. Atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade referentes às doenças e lesões preexistentes, dentro do período da cobertura parcial temporária (CPT);

IX. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

X. Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

XI. Fornecimento de materiais, medicamentos e insumos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XII. Consultas domiciliares;

XIII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

XIV. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XV. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);

XVI. Aparelhos ortopédicos;

XVII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XVIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIX. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados

pela autoridade competente;

XX. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XXI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XXIII. Remoção domiciliar;

XXIV. Remoção de pacientes por via aérea;

XXV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência e área de atuação do PLANO, bem como despesas decorrentes de serviços realizados por prestadores não credenciados ao PLANO, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores de serviços não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento;

XXVIII. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas e/ou odontológicas não reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe profissional;

XXIX. Despesas relativas ao acompanhante do Beneficiário, exceto para aquelas previstas neste Regulamento;

XXX. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXXI. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXXII. Avaliação pedagógica;

XXXIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXIV. Cirurgia para mudança de sexo;

XXXV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXVI. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);

XXXVII. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;

XXXVIII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIX. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XL. Transplantes ósseos;

XLI. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

XLII. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XLIII. Enxertos com biomateriais;

XLIV. Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

XLV. Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;

XLVI. Cirurgias odontológicas a laser;

XLVII. Clareamento dentário; e

XLVIII. Procedimentos, exames e tratamentos médicos e odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento.

CAPÍTULO IX

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 27. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO.

Art. 28. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento dos prazos de carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente na época do evento:

Quadro de Prazos de Carências	
Procedimentos	Prazo
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e Exames Simples	30 dias
Assistência Odontológica Preventiva	60 dias
Exames de Alta Complexidade e Procedimentos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Obstétricas e Psiquiátricas	180 dias
Transplantes cobertos pelo Regulamento	180 dias
Demais procedimentos, médicos ou odontológicos, não especificados nesta tabela	180 dias
Parto a termo	300 dias

§1º. A eventual antecipação das contribuições mensais pelos Beneficiários não poderá abreviar os prazos de carências estabelecidos neste Regulamento.

§2º. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao PLANO, e também será observado na hipótese de reingresso de Beneficiários.

Art. 29. Não será exigido o cumprimento de prazos de carências do Beneficiário que se inscrever no PLANO, desde que o respectivo Convênio por Adesão possua 30 (trinta) beneficiários ou mais, e ocorra uma das seguintes hipóteses:

I. a adesão do novo Beneficiário seja formalizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do Convênio ou de sua vinculação ao PATROCINADOR;

II. a inscrição do Beneficiário elegível seja formalizada no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de aniversário do Convênio de Adesão.

Art. 30. Será ainda isento do cumprimento dos períodos de carência:

I. o recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, desde que seja elegível para o PLANO e a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de realização do parto ou da adoção; e

II. o Beneficiário que se inscrever no PLANO no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o PLANO.

Parágrafo único. Entende-se por data que se tornar elegível, para fins do disposto neste artigo, exemplificativamente, a data da concessão da aposentadoria para a inscrição de servidor inativo, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento ou da adoção para a inscrição de filho

recém-nascido, dentre outras.

Art. 31. Para o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, haverá o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, **desde que sua inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da adoção, observadas as disposições contidas na regulamentação da ANS.**

Art. 32. Nos casos de reingresso, as carências já cumpridas pelo Beneficiário serão aproveitadas no PLANO, **desde que a nova solicitação de inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias após o cancelamento do plano anterior.**

Art. 33. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.

CAPÍTULO X

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao PLANO.

Art. 35. No momento da adesão ao PLANO, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes (DLP) à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, e ainda, ao pagamento de indenização pelos danos causados pelo ilícito praticado.

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º. O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada sob a orientação de um médico pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do **PLANO**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§3º. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do **PLANO**, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde serão declaradas as doenças ou lesões (DLP) que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao **PLANO** privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. A inscrição do Beneficiário somente será efetivada após apresentação

da Declaração de Saúde, ao Ipasgo Saúde, que poderá aplicar a cobertura parcial temporária (CPT) às doenças ou lesões preexistentes (DLP) constantes na Declaração de Saúde do Beneficiário.

§6º. A contagem do período da cobertura parcial temporária (CPT) iniciar-se-á a partir da inclusão do Beneficiário no PLANO.

Art. 36. É vedada a alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou a aplicação de cobertura parcial temporária (CPT), nos seguintes casos:

I. ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;**

II. quando o Convênio por Adesão possuir 30 (trinta) Beneficiários inscritos ou mais na data da inscrição do novo Beneficiário, desde que:

a) a adesão do novo Beneficiário ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do Convênio ou de sua vinculação ao PATROCINADOR; ou

b) a inscrição dos Beneficiários elegíveis ao PLANO ocorra no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da data de aniversário do Convênio por Adesão.

Art. 37. Não poderá ser alegada a omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pelo **Ipasgo Saúde**, com vistas à sua admissão no **PLANO** privado de assistência à saúde.

Art. 38. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão (DLP) que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o Ipasgo Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 39. A cobertura parcial temporária (CPT) consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

§1º. Vincula-se o conceito de leito de alta tecnologia à internação em qualquer dos tipos de unidade de tratamento intensivo definidos na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde, ou norma substituta.

§2º. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <https://www.gov.br/ans/pt-br>.

Art. 40. O período de cobertura parcial temporária (CPT) não se confunde com as carências para cobertura assistencial, que estão definidas em cláusula própria neste Regulamento, sendo institutos diversos e, portanto, a exclusão de um não afasta a obrigatoriedade do cumprimento de outro.

Art. 41. Exercendo prerrogativa legal, o Ipasgo Saúde não optará pelo ofere-

cimento do Agravo.

Art. 42. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP) por ocasião da adesão ao PLANO privado de assistência à saúde, o Ipasgo Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária (CPT).

§1º. Caso o Beneficiário não concorde com a alegação, o **Ipasgo Saúde** poderá encaminhar a documentação pertinente à ANS, solicitando abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência.

§2º. O **Ipasgo Saúde** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão dos serviços ou exclusão do Beneficiário, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

§4º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§5º. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo administrativo.

§6º. Após julgamento, e acolhida a alegação do Ipasgo Saúde, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência à saúde prestada pelo PLANO que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação do Beneficiário quanto a constatação da doença e lesão preexistente (DLP), pelo Ipasgo Saúde, bem como será excluído do PLANO.

CAPÍTULO XI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I

Do Atendimento

Art. 43. Os eventos caracterizados como de urgência e emergência são assim definidos:

I. Urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no pro-

cesso da gestação; e

II. Emergência: evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 44. O Atendimento de urgência/emergência odontológico abrange:

- a) Consulta odontológica de urgência;**
- b) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;**
- c) Tratamento de odontalgia aguda;**
- d) Imobilização dentária;**
- e) Recimentação de peça/trabalho protético;**
- f) Tratamento de alveolite;**
- g) Colagem de fragmentos dentários;**
- h) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;**
- i) Reimplante de dente avulsionado com contenção.**

Art. 45. Entende-se por acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico.

Parágrafo único. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do Beneficiário no plano, os atendimentos decorrentes de acidente pessoal estarão garantidos, observada a área de atuação do PLANO e a cobertura contratada.

Art. 46. Terão garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, em ambiente ambulatorial ou até que ocorra a necessidade de estrutura hospitalar, os seguintes casos de urgência e emergência:

I. Atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

II. Atendimentos que evoluírem para internação, durante o período de carência para internação; e

III. Atendimento que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP), durante o período de cobertura parcial temporária (CPT).

Art. 47. Ultrapassadas as primeiras 12(doze) horas de atendimento ou havendo a necessidade de continuidade de tratamento em regime hospitalar, a responsabilidade financeira passa a ser do Beneficiário, não cabendo ônus ao

Ipasgo Saúde.

Art. 48. Cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária (CPT), os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura contratada, sem restrições, no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

Seção II

Da Remoção

Art. 49. Fica assegurada a remoção, por via terrestre, inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino) do Beneficiário regularmente inscrito, mediante comprovada necessidade e indicação médica, observada a cobertura garantida e a área de abrangência geográfica do **PLANO**.

Parágrafo único. Depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, sendo caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao Beneficiário, o **Ipasgo Saúde** assegura a remoção terrestre para outro estabelecimento pertencente à rede assistencial do **PLANO**.

Art. 50. Haverá remoção do Beneficiário para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre que o Beneficiário estiver nas seguintes situações:

- I.** Em período de carências para internação e/ou parto; e
- II.** Em período de cobertura parcial temporária (CPT) para as doenças e lesões preexistentes (DLP).

Art. 51. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I.** Quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário ou seu Responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o **Ipasgo Saúde**, desse ônus;
- II.** Caberá ao **Ipasgo Saúde** o ônus e a responsabilidade da remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III.** Na remoção, o **Ipasgo Saúde** deverá disponibilizar ambulância, por via terrestre, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV.** Quando o Beneficiário ou seu Responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, o **Ipasgo Saúde** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III

Do Reembolso

Art. 52. Nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial do **PLANO**, dentro da área de atuação prevista neste Regulamento, será assegurado o reembolso das despesas efetuadas pelo Beneficiário, no limite das coberturas previstas neste **PLANO**.

§1º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso praticada junto à rede assistencial do **Ipasgo Saúde**, disponível no site da operadora, deduzidos os montantes devidos pelo Beneficiário a título de coparticipação.

§2º. O **Ipasgo Saúde** efetuará o reembolso no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa apresentada pelo interessado. Havendo a necessidade de complemento de documentos pelo Beneficiário, o prazo de reembolso será reiniciado.

§3º. O reembolso de despesas deverá ser requerido ao **Ipasgo Saúde** com toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, incluindo, os seguintes documentos:

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

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

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

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

III. Quaisquer outros documentos solicitados pelo Ipasgo Saúde.

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

§5º. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário e que estejam contempladas na cobertura prevista no **PLANO**.

§6º. Os procedimentos realizados em ocasiões de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

§7º. O prazo de prescrição para o Beneficiário solicitar o reembolso e apresentar a documentação necessária é de 12 (doze) meses, a contar da data do atendimento que deu causa ao pedido de reembolso.

CAPÍTULO XII

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Cartão De Identificação

Art. 53. Os Beneficiários do **PLANO** deverão identificar-se, perante a rede assistencial do **PLANO**, através da apresentação de cartão de identificação válido, físico ou eletrônico, disponibilizado pelo **Ipasgo Saúde**, acompanhada de documento oficial de identidade.

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

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

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

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

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

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

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

Seção II

Do Padrão De Acomodação

Art. 54. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, conhecida como enfermaria.

Parágrafo único. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **Ipasgo Saúde**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede assistencial do **PLANO**, **até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.**

Seção III

Das Condições De Atendimento E Autorização Prévia

Art. 55. Para realização das coberturas assistenciais deste **PLANO**, o Beneficiário deverá assinar as solicitações de procedimentos e observar os mecanismos de regulação adotados pelo **Ipasgo Saúde** para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados pelo **PLANO**.

Art. 56. O Beneficiário poderá utilizar os serviços prestados por profissionais de saúde ou instituições relacionados na rede assistencial do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 57. Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede assistencial do **PLANO**, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

Art. 58. Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas ou Odontológicas: Os Beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos/odontólogos credenciados ao **Ipasgo Saúde**, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede assistencial do **PLANO** serão prestadas pelo médico/odontólogo que estiver de plantão;

II. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétri-

cas: serão realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede assistencial do **PLANO**, mediante apresentação do pedido médico/odontológico, com prévia autorização da operadora; e

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

§1º. Na hipótese de **INDISPONIBILIDADE** de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço no município em que o beneficiário o demandar, **APÓS PRÉVIO CONTATO DO BENEFICIÁRIO COM A OPERADORA**, o **Ipasgo Saúde** se obriga a autorizar o serviço solicitado em prestador não integrante da rede assistencial do **PLANO**, no município demandado ou no prestador integrante ou não da rede assistencial do **PLANO** nos municípios limítrofes, observada a área de abrangência geográfica do plano, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la.

§2º. Na hipótese de **INEXISTÊNCIA** de prestador integrante ou não da rede assistencial do **PLANO** que ofereça o serviço no município em que o Beneficiário o demandar, **APÓS PRÉVIO CONTATO DO BENEFICIÁRIO COM A OPERADORA**, o **Ipasgo Saúde** se obriga a autorizar em prestador integrante ou não da rede assistencial, nos municípios limítrofes ou na região de saúde à qual faz parte o município, observada a área de abrangência geográfica do plano, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la.

§3º. Na impossibilidade de agendamento do serviço demandado no prazo estabelecido pela regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS, no mesmo município, em município limítrofe ou na região de saúde, o **Ipasgo Saúde** se obriga a garantir o transporte do Beneficiário até um prestador mais próximo, apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, observada a área de abrangência geográfica do plano.

§4º. A escolha do meio de transporte fica a critério do **Ipasgo Saúde**, de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário.

Art. 59. É permitido ao **Ipasgo Saúde** o referenciamento a determinados prestadores da rede assistencial do **PLANO**, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria do **Ipasgo Saúde** recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Parágrafo único. O referenciamento de estrutura de saúde própria ou indicada pelo **Ipasgo Saúde** tem por finalidade proporcionar a resolutividade da assistência, conforme a necessidades apresentada no caso.

Art. 60. O prazo de internação autorizado constará na senha autorizada e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

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

existente, a prorrogação conforme pedido do médico assistente.

Art. 61. Para realização de procedimentos que necessitem de avaliação/autorização prévia da auditoria médica da operadora, o Beneficiário deverá:

I. Contatar a Central de Atendimento ou a algum posto de atendimento do **Ipasgo Saúde** para informação caso tenha dúvidas quanto ao fluxo de solicitação de autorização;

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

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

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

§1º. O **Ipasgo Saúde** garantirá a análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia nos prazos estabelecidos pela ANS, contados a partir do momento do recebimento da solicitação.

§2º. A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, quando obrigatória, desobriga o **Ipasgo Saúde** de seu pagamento.

§3º. O **Ipasgo Saúde** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

§4º. A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor do **Ipasgo Saúde**.

Seção IV

Da Junta Médica

Art. 62. Em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde coberto/solicitado, a Operadora garante a realização de Junta Médica ou Odontológica, conforme regulamentação vigente na época do evento, editada pela ANS ou qualquer outra que venha a substituí-la, com vistas a solucionar a referida divergência.

§1º. A Junta Médica será constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos dois primeiros.

§2º. Em se tratando das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME), cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimen-

sões), necessárias à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; entretanto, o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atendam às características especificadas.

§3º. A operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas.

§4º. A conclusão do médico desempatador será acatada pelas partes - operadora, Beneficiário e médico assistente, para fins de cobertura e autorização da solicitação que deu causa à divergência.

§5º. Caso o médico solicitante se recuse a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta, a operadora deverá garantir o profissional apto a realizá-lo.

Seção V

Da Rede Assistencial Hospitalar

Art. 63. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas estabelecidas na Lei 9.656/98, e na regulamentação editada pela ANS, a seguir descritas:

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência do Beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário; e

IV. O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários.

Art. 64. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico do **Ipasgo Saúde**, disponível em seu site eletrônico ou no aplicativo Ipasgo, de acordo com a área de atuação do plano contratado, sendo que as informações poderão ser confirmadas através do telefone 0800 62 1919.

Art. 65. O **Ipasgo Saúde** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com médicos, odontólogos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.

Seção VI

Da Coparticipação

Art. 66. Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ao Ipasgo Saúde, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e por seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais, e constará do Termo de Adesão.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular, será cobrada coparticipação de 30,00% (trinta por cento) do custo final dos eventos ambulatoriais e odontológicos, quando da utilização pelos Beneficiários dos procedimentos previstos no presente Regulamento, limitada a R\$ 150,00 (cento e cinquenta) reais, por procedimento realizado.

§2º. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações.

§3º. A coparticipação terá por base a Tabela de Remuneração aos Prestadores da rede assistencial do **PLANO**, divulgada em seu site eletrônico.

§4º. Não incidirá coparticipação sobre os seguintes procedimentos:

- I. Quimioterapia;**
- II. Radioterapia;**
- III. Diálise;**
- IV. Hemodiálise; e**
- V. Internações.**

Art. 67. O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do **PLANO**,

considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

CAPÍTULO XIII

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 68. O **PLANO** será custeado em regime de preço preestabelecido e será composto pelas seguintes fontes de receita:

- I.** Contribuições mensais devidas pelos Beneficiários Titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes;
- II.** Coparticipação dos Beneficiários, em razão da utilização dos serviços;
- III.** Valores repassados pelos **PATROCINADORES** e destinados aos Beneficiários que façam jus ao patrocínio, conforme estabelecido no respectivo Convênio.

Art. 69. As contribuições e eventuais coparticipações relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seus Dependentes, serão descontadas em folha de pagamento, ficando o respectivo **PATROCINADOR** responsável pelo processamento dos referidos descontos, bem como pela transferência do montante ao **Ipasgo Saúde**, acrescido dos valores de patrocínio de sua responsabilidade, até o 5º (quinto) dia útil após a data de pagamento dos Beneficiários Titulares.

Art. 70. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições e coparticipações em despesas assistenciais, inclusive na situação dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, licenciados ou afastados, o Beneficiário deverá providenciar o recolhimento dos valores devidos ao **PLANO** junto ao **Ipasgo Saúde**, por meio de débito automático ou emissão de boleto bancário (Título de Cobrança Bancária-TCB), ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança disponibilizado pelo **Ipasgo Saúde**, até o dia 10 (dez) do mês.

Seção I

Das Consequências Da Inadimplência

Art. 71. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e/ou coparticipações, incluindo a dos seus Dependentes inscritos no PLANO, o Beneficiário Titular será notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, como pré-requisito para a suspensão/bloqueio ou exclusão de beneficiários no PLANO, motivado por inadimplência.

Art. 72. A contar da notificação válida, o Beneficiário Titular terá o prazo de 10 (dez) dias para efetuar o pagamento do débito, mesmo que a notificação ocorra após o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

Art. 73. Se, embora notificado, o Beneficiário Titular permanecer inadimplente, poderão ser aplicadas as seguintes medidas:

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

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

Art. 74. Os períodos de inadimplência referentes às mensalidades e/ou coparticipações já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão/bloqueio ou exclusão do PLANO.

Art. 75. Para que haja a suspensão/bloqueio ou exclusão do PLANO por inadimplência, deve haver, no mínimo, 2 (duas) mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos últimos 12 (doze) meses.

Art. 76. Em caso de atraso no pagamento dos valores devidos ao Ipasgo Saúde, o PATRO-CINADOR estará sujeito ao pagamento de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, acrescidos de juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, apurado por dia de atraso, sem prejuízo da correção monetária pelo IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, calculado pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV IBRE), ou por outro que venha a substituí-lo.

Art. 77. Todos os valores devidos pelos Beneficiários inadimplentes constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após sua exclusão do PLANO.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 78. Os valores previstos no Convênio de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos Beneficiários, elementos estatísticos sobre a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, o valor e/ou percentual de coparticipação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de autogestão, dessa forma, qualquer alteração nestes itens bem como a atualização do rol de procedimentos médicos da ANS poderá ensejar a adoção de novos valores visando o reequilíbrio contratual, desde que previamente aprovado pelo Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou outro órgão que venha substituí-lo.

Art. 79. O reajuste será aplicado ao Convênio na forma estabelecida neste Capítulo.

Seção I

Do Reajuste Anual

Art. 80. A **recomposição inflacionária** será aplicada sobre as contribuições mensais e as coparticipações de forma automática e anualmente no mês de aniversário do Convênio, pela variação positiva do **IPCA/Serviços de Saúde**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses e divulgado pelo **IBGE**. Na falta da divulgação do **IPCA/Serviços de Saúde**, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente ou outro que seja equivalente.

Art. 81. Caso o Estudo Técnico Atuarial, elaborado por profissional habilitado, aponte a necessidade de aplicação de **reajuste técnico**, este será aplicado cumulativamente à **recomposição inflacionária**, no mês de aniversário do Convênio, incidindo sobre as contribuições mensais e as coparticipações, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico-atuarial.

§1º. Caberá ao Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou a outro órgão que vier a substituí-lo, aprovar o reajuste anual a ser aplicado sobre o valor das contribuições mensais e coparticipações, tendo por base Estudo Técnico Atuarial, cuja aplicação será automática pelo **Ipasgo Saúde** ao Convênio, não sendo necessário firmar Termo Aditivo para esta finalidade.

§2º. O **PATROCINADOR** será comunicado pelo **Ipasgo Saúde**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, quanto à aplicação do reajuste anual, com a apresentação de Estudo Técnico Atuarial contendo os critérios e parâmetros para a definição do percentual de reajuste, bem como a memória de cálculo e período de apuração.

§3º. A tabela de preços para novas adesões de Beneficiários ao Convênio será aquela em vigor na data da adesão, observados os valores das contribuições mensais e coparticipações.

§4º. Independentemente da data de adesão do Beneficiário ao Convênio, as contribuições mensais e as coparticipações terão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do Convênio, entendendo esta como data base única.

§5º. O Convênio não poderá sofrer reajuste (variação positiva) sobre o valor das contribuições mensais em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação à Lei 9.656/98.

§6º. Os percentuais de reajuste aplicados ao Convênio deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§7º. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados aos Beneficiários inscritos no mesmo **PLANO** e Convênio.

Seção II

Do Reajuste Por Agrupamento

Art. 82. O agrupamento de Convênios tem por finalidade a distribuição do risco inerente à operação dos planos de saúde para todo o grupo de Convênios com menos de 30 (trinta) Beneficiários, observada a legislação vigente.

§1º. A apuração da quantidade de Beneficiários para integrar o agrupamento de Convênios será realizada na data de assinatura do Convênio, e anualmente reavaliada, no mês de seu aniversário, para, conforme o caso, incluí-lo, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento de Convênios para fins de Reajuste por Agrupamento.

§2º. Para fins desta apuração, serão considerados todos os Beneficiários vinculados ao mesmo **PATROCINADOR**, ainda que inscritos em **PLANOS** diferentes que integram o mesmo Convênio.

§3º. Se, na respectiva apuração for constatado que o Convênio possui menos 30 (trinta) Beneficiários inscritos, este passará a integrar o agrupamento de Convênios em situação similar, conforme preconizado em legislação vigente, **e o reajuste por agrupamento ser-lhe-á aplicado no mês de aniversário subsequente à apuração.**

§4º. O Convênio deixará de ser agregado ao agrupamento de Convênios caso, na apuração, a quantidade de Beneficiários inscritos seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, **situação em que o reajuste a ser aplicado no mês de aniversário subsequente ao da apuração deverá obedecer às diretrizes fixadas na Seção I, Reajuste Anual, deste Capítulo.**

§5º. A carteira de agrupamento de Convênios do **Ipasgo Saúde** é tratada de forma unificada, sendo adotados os mesmos critérios de apuração do Reajuste por Agrupamento para todos os Convênios agregados.

§6º. O percentual de reajuste será único para todos os Beneficiários vinculados aos Convênios submetidos ao Reajuste por Agrupamento na forma definida nesta Seção.

Art. 83. O **Reajuste por Agrupamento** será composto pelo reajuste financeiro e reajuste técnico, não sendo necessário firmar Termo Aditivo para sua aplicação aos Convênios agregados ao agrupamento de Convênios.

§1º. A **recomposição inflacionária** será aplicada sobre as contribuições mensais e as coparticipações de forma automática e anualmente no mês de aniversário do Convênio que estiver agregado ao agrupamento de Convênios, pela variação positiva do IPCA/Serviços de Saúde, acumulada nos últimos 12 (doze) meses e divulgado pelo IBGE. Na falta da divulgação do IPCA/Serviços de Saúde, será aplicado o índice que vier a substituí-lo oficialmente ou outro que seja equivalente.

§2º. Caso o Estudo Técnico Atuarial, elaborado por profissional habilitado, aponte a necessi-

dade de aplicação de **reajuste técnico** ao agrupamento de Convênios, este será aplicado cumulativamente **à recomposição inflacionária**, no mês de aniversário de cada Convênio, incidindo sobre as contribuições mensais e as coparticipações, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico-atuarial.

§3º. Caberá ao Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou a outro órgão que vier a substituí-lo, **APROVAR O REAJUSTE POR AGRUPAMENTO (recomposição inflacionária e/ou técnico)**, tendo por base o Estudo Técnico Atuarial, a ser aplicado sobre o valor das contribuições mensais e coparticipações, **NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DE CADA CONVÊNIO** integrante da carteira de agrupamento de Convênios, **COMPREENDIDO NO PERÍODO A PARTIR DO MÊS DE MAIO DO ANO DO CÁLCULO DO REAJUSTE, ATÉ ABRIL IMEDIATAMENTE POSTERIOR AO PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE POR AGRUPAMENTO.**

§4º. O **Ipasgo Saúde** deverá comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS o reajuste aplicado ao agrupamento de Convênios, bem como deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu portal corporativo na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de Convênios, o período de aplicação, identificando os Convênios que receberão o reajuste, com o código informado no aplicativo RPC (reajuste de planos coletivos), e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.

§5º. O percentual de reajuste aplicado será informado também no boleto e na fatura de cobrança.

CAPÍTULO XV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 84. As contribuições mensais ao PLANO foram fixadas conforme a idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias abaixo discriminadas e percentuais de reajuste constante no Convênio de Adesão:

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

§1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I.** o valor fixado para a 10ª (décima) faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária;
- II.** a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas; e
- III.** as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§2º. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido no Convênio para a faixa etária subsequente.

§3º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com os demais reajustes previstos neste Regulamento.

CAPÍTULO XVI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 85. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 86. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 87. O **Ipasgo Saúde** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 88. O encerramento da operação do **PLANO** se dará de acordo com o Estatuto Social da **Ipasgo Saúde**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 89. Integram o presente Regulamento quaisquer documentos entregues ao Beneficiário relativos ao plano de saúde, incluindo: declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do Beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

Art. 90. Este Regulamento entrará em vigor, por prazo indeterminado, a partir da sua aprovação pelo Conselho de Administração do **Ipasgo Saúde**, ou outro órgão que vier a substituí-lo.

Art. 91. Fica eleito o foro da comarca do **PATROCINADOR** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.