

RJV 96/2025,

Recorrente RICHARD SETUBAL FARIA,
Recorrida Fazenda Pública do Distrito Federal,
Relator Conselheiro Júlio Breves dos Santos Júnior.

e) Processo nº 04044-00023825/2025-95,

Tributo ICMS,

RJV 81/2025,

Recorrente NEULDES SOARES DA SILVA,

Recorrida Fazenda Pública do Distrito Federal,

Relator Conselheiro Juarez Boaventura da Silva .

Observação:

1. Os julgamentos adiados em virtude de ausência do Conselheiro Relator, adiantado da hora, ou quaisquer motivos, objeto de deliberação pelo colegiado serão julgados na primeira sessão ordinária subsequente, independentemente de sua nova inclusão em pauta, nos termos do art. 23-A, do Decreto nº 33.268, de 2011.

2. Os Contribuintes, Advogados e demais interessados previamente habilitados, poderão solicitar o acesso à plataforma de julgamento, com pelo menos 24 horas de antecedência, por meio do e-mail gesap-tarf@economia.df.gov.br.

3. Os interessados em realizar sustentação oral deverão enviar solicitação à Gerência de Suporte às Atividades Plenárias - GESAP, preferencialmente, pelo e-mail protocolo gesap-tarf@economia.df.gov.br, com pelo menos 24 horas de antecedência da realização da sessão, ou outro meio de comunicação que garanta que o pedido foi recebido.

4. Todas as regras quanto à sessão virtual ou teleconferência estão previstas nas Instruções Normativas nºs 03 e 04 de 13 de abril de 2020, publicadas no DODF nº 70, de 14 de abril de 2020, página 10. (A Instrução Normativa nº 01, de 03 de março de 2021, publicada no DODF 43, de 04 de março de 2021, página 10, revogou o parágrafo 6º, do art. 1º, da Instrução Normativa nº 03, de 13 de abril de 2020)

5. Na Instrução Normativa nº 05, publicada no DODF nº 93, de 19 de maio de 2020, houve alteração no artigo 2º, § 6º da Instrução Normativa nº 03, de 13 de abril de 2020.

6. A Instrução Normativa nº 01, de 03 de março de 2021, publicada no DODF nº 43, de 04 de março de 2021, página 10, revogou o parágrafo 6º, do art. 1º, da Instrução Normativa nº 03, de 13 de abril de 2020, estabeleceu que o Presidente do Colegiado poderá, a pedido das partes, por motivo justificado, determinar a retirada de Recurso de Pauta. Esta Instrução entra em vigor a partir de 15/03/2021.

Brasília/DF, 23 de outubro de 2025

GILDA ALMEIDA DOS SANTOS

Gerente/GESAP/DIREX/TARF

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES

PORTARIA Nº 107, DE 24 DE OUTUBRO DE 2025

Altera e republica o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF SAÚDE, aprovado pela Portaria nº 127, de 13 de dezembro de 2024.

O DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 6º do Decreto nº 46.632, de 12 de dezembro de 2024, e considerando a aprovação do Regulamento do GDF SAÚDE pelo Conselho de Administração do INAS, por meio da Resolução nº 3, de 22 de setembro de 2025, resolve:

Art. 1º O Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde – GDF SAÚDE, aprovado pela Portaria nº 127, de 13 de dezembro de 2024, é alterado e republicado na íntegra, passando a vigorar conforme Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Fica revogada a Portaria nº 127, de 13 de dezembro de 2024, publicada no DODF nº 239, de 16 de dezembro de 2024, página 8.

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

RODRIGO RAMOS GONÇALVES

ANEXO

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE – GDF

SAÚDE

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

III - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: refere-se a cuidados de menor complexidade, geralmente prestados por profissionais de saúde como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros, sem necessidade de estrutura hospitalar no domicílio, com o objetivo de promover, manter ou recuperar a saúde de pacientes com limitações temporárias ou crônicas, mas estáveis;

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

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

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

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

VIII - AUDITORIA: refere-se ao exame sistemático e independente realizado através da observação, medição, ensaio e outras técnicas relevantes, aplicado a uma atividade, elemento ou sistema para confirmar se os procedimentos estão em conformidade com as normas vigentes, além de verificar se as ações de saúde e seus respectivos resultados alinham-se com o planejado;

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

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

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

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

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

XIV - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

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

XVI - CUIDADOR: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;

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

XVIII - DECLARAÇÃO DE SAÚDE (DS): formulário elaborado pela operadora para registro de informações sobre as doenças e lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da adesão;

XIX - DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO (DUT): conjunto de critérios clínicos que estabelecem as condições para a cobertura de procedimentos previstos na TABGDFSAÚDE. As DUT orientam a utilização adequada do GDF SAÚDE, indicando quando determinados exames, tratamentos ou serviços devem ser autorizados, de acordo com o quadro clínico do beneficiário;

XX - DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP): aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao GDF SAÚDE;

XXI - EVENTO ASSISTENCIAL: ocorrência clínica contínua que demanda procedimentos assistenciais vinculados a uma mesma situação de saúde, que resulta na emissão de autorização de atendimento, internação ou tratamento;

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

XXIII - INTERNAÇÃO DOMICILIAR: modalidade mais complexa da atenção domiciliar, que exige recursos similares à hospitalização, com suporte clínico contínuo e, muitas vezes, equipamentos médicos hospitalares no domicílio. Principais características: presença de equipe multidisciplinar, plano terapêutico estruturado e supervisão médica regular;

XXIV - MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pelo atendimento e pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

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

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

XXVII - PERÍCIA DOCUMENTAL: realizada por profissional médico, com base em documentos apresentados, com a finalidade de subsidiar a decisão sobre a autorização ou negativa de procedimentos ou tratamentos solicitados, conforme os critérios assistenciais e normativos do GDF SAÚDE;

XXVIII - PERÍCIA PRESENCIAL: avaliação médica presencial do beneficiário, destinada a verificar a condição clínica alegada, a pertinência do plano de tratamento proposto e a existência de nexos entre sinais, sintomas e diagnóstico, com o objetivo de embasar tecnicamente a autorização ou negativa do procedimento solicitado;

XXIX - PLANO TERAPÊUTICO: conjunto estruturado de procedimentos, intervenções ou sessões clínicas, estabelecido com base em protocolo clínico ou diretriz terapêutica, visando ao tratamento contínuo de uma mesma condição de saúde, com periodicidade e duração definidas pelo profissional assistente;

XXX - PRESTADOR: pessoa jurídica contratada ou credenciada pelo INAS para prestar serviços de saúde aos beneficiários do GDF SAÚDE, conforme os termos e condições estabelecidos em instrumento próprio;

XXXI - PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC): procedimento assistencial de natureza médica, cirúrgica, diagnóstica ou terapêutica que, devido ao seu grau elevado de complexidade técnica, risco, custo ou impacto na saúde do beneficiário, está sujeito a critérios específicos de regulação e autorização prévia pelo INAS. Inclui, entre outros, transplantes, terapias imunobiológicas, cirurgias especializadas, procedimentos oncológicos e tratamentos de alta tecnologia;

XXXII - PROCEDIMENTO ELETIVO: procedimento médico ou terapêutico previamente programado, cuja realização não se caracteriza como urgência ou emergência, podendo ser agendado sem risco imediato à saúde do beneficiário;

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

XXXIV - TABELA DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE (TABGDFSÁUDE): lista na qual constam os procedimentos que obrigatoriamente serão cobertos pelo plano GDF SAÚDE;

XXXV - TELECONSULTA: consulta realizada à distância entre paciente e profissional de saúde, devendo o profissional informar sobre as limitações inerentes à modalidade, especialmente relacionadas à impossibilidade de realização de exame físico completo, quando aplicável;

XXXVI - TELEMEDICINA: prática da medicina à distância, realizada por médicos, por meio de plataformas digitais seguras, para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, promoção e gestão da saúde. Abrange a realização de consultas, orientações, emissão de prescrições e atestados, solicitações de exames e encaminhamentos, em conformidade com protocolos clínicos e regulamentação vigente; e

XXXVII - TELESSAÚDE: conjunto de ações de saúde mediadas por Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs), realizado por profissionais de saúde regulamentados, incluindo médicos e profissionais não médicos, como psicólogos, nutricionistas, ou outros. Compreende consultas, e gestão de dados assistenciais e outras formas de cuidado, integradas a programas estruturados de atenção à saúde.

CAPÍTULO II

DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO

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

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

a) Assistência Ambulatorial; e

b) Assistência Hospitalar com Obstetrícia.

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

III - padrão de acomodação: Enfermaria.

TÍTULO II

DAS REGRAS GERAIS DA COBERTURA ASSISTENCIAL

CAPÍTULO I

DAS REGRAS GERAIS DE COBERTURA

Art. 4º A cobertura do GDF SAÚDE restringe-se às especialidades profissionais e procedimentos listados na TABGDFSÁUDE, não implicando obrigatoriedade de cobertura para metodologias, técnicas ou abordagens terapêuticas específicas adotadas pelos profissionais de saúde, as quais ficam sob responsabilidade e critério técnico destes.

§1º A escolha das metodologias e abordagens terapêuticas é de exclusiva responsabilidade dos profissionais credenciados, não cabendo ao GDF SAÚDE a obrigação de autorizar ou custear técnicas que extrapolem o âmbito das especialidades profissionais reconhecidas.

§2º Esta regra aplica-se a todos os atendimentos médicos e multiprofissionais, incluindo, mas não se limitando a, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e demais áreas da saúde.

§3º Caso o INAS, mediante avaliação técnica e regulamentação interna, incorpore metodologias ou abordagens terapêuticas específicas como parte integrante da cobertura, estas serão comunicadas formalmente aos beneficiários e devidamente incorporadas ao regulamento.

Art. 5º A cobertura de medicamentos, insumos, materiais especiais, radiofármacos, dietas e demais produtos utilizados na assistência à saúde limita-se aos casos em que sua utilização esteja diretamente vinculada à realização de procedimento ou tratamento expressamente listado na TABGDFSÁUDE, não implicando, por si só, direito à cobertura do insumo isoladamente.

Parágrafo único. A cobertura dos insumos mencionados está condicionada à necessidade clínica devidamente justificada, à regularização junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), quando aplicável e ao cumprimento dos critérios estabelecidos nas DUT.

Seção I

Da Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Art. 6º A Cobertura Parcial Temporária (CPT) consiste na suspensão parcial da cobertura do Plano GDF SAÚDE pelo prazo máximo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de adesão, exclusivamente para os seguintes eventos relacionados diretamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário:

I - Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), conforme definidos na TABGDFSÁUDE;

II - internações em leitos de alta tecnologia, tais como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade Coronariana e Unidade Neonatal; e

III - procedimentos cirúrgicos.

§1º A cobertura para atendimentos de urgência e emergência será integral, independentemente da existência de DLP e do período de CPT limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, desde que constatado o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

§2º Decorrido o prazo máximo de 12 (doze) meses, a cobertura para todos os eventos relacionados às DLP será integral.

§3º O beneficiário não sofrerá restrições de cobertura para consultas, exames, procedimentos ambulatoriais simples ou internações não cirúrgicas, ainda que relacionados às DLP, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

§4º Não caberá alegação posterior de omissão de informação por parte da operadora para as doenças ou lesões declaradas na Declaração de Saúde (DS).

Seção II

Da Declaração de Saúde (DS) e das Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)

Art. 7º No momento da adesão ao Plano GDF SAÚDE, o beneficiário titular deverá preencher e assinar a DS, informando de forma clara e objetiva a existência de quaisquer doenças ou lesões preexistentes das quais tenha conhecimento.

§1º A DS deverá ser preenchida e assinada também para cada beneficiário dependente incluído na adesão, observando-se as mesmas condições de clareza e objetividade.

§2º Caso o beneficiário titular seja legalmente responsável pelo dependente, poderá assinar a DS em seu nome, desde que detenha a representação legal necessária.

§3º A DS será preenchida em formulário próprio, elaborado pelo INAS, contendo:

I - definição de Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

II - definição de Cobertura Parcial Temporária (CPT);

III - opção de orientação por médico indicado pelo INAS, sem ônus, ou por médico de livre escolha, com custo assumido pelo beneficiário; e

IV - informação sobre as consequências legais em caso de omissão dolosa de informações relevantes.

Seção III

Da Responsabilidade e das Penalidades em Caso de Omissão de Informação

Art. 8º Caso o INAS identifique indícios de omissão dolosa de informações relativas a DLP pelo beneficiário, este será formalmente notificado por meio de Termo de Comunicação de Alegação, contendo a exposição dos fundamentos da alegação, assegurando o direito à ampla defesa no âmbito administrativo do INAS.

§1º Até a conclusão da análise administrativa, o beneficiário manterá integralmente seu direito à assistência, sem qualquer suspensão ou restrição de cobertura.

§2º Confirmada a omissão dolosa após o processo administrativo, o GDF SAÚDE poderá aplicar a CPT retroativa, pelo período remanescente até o limite máximo de 12 (doze) meses, contado da data da adesão.

§3º O beneficiário poderá apresentar recursos e provas durante o processo administrativo, conforme normas internas do INAS, assegurando o devido processo legal.

Seção IV

Da Confidencialidade das Informações

Art. 9º O INAS garantirá a confidencialidade das informações prestadas nas Declarações de Saúde, sendo vedado seu compartilhamento com terceiros não envolvidos na assistência ou gestão do plano, salvo por força de lei.

CAPÍTULO II

DAS COBERTURAS ESPECÍFICAS

Seção I

Da Assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Art. 10. As assistências ambulatorial e hospitalar com obstetrícia compreenderão os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares, gerais e especializados, inclusive de urgência ou emergência, definidos e listados na Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde (TABGDFSÁUDE), amparados pelas Diretrizes de Utilização (DUT), realizados na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada, dentro da área de abrangência e atuação, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, à exceção dos casos definidos neste Regulamento.

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

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

Art. 11. Somente serão cobertas as despesas que tenham sido realizadas com observância, cumulativamente, das seguintes condições:

I - a partir da data da efetivação da adesão;

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

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

Subseção I

Da Assistência Ambulatorial

Art. 12. A assistência ambulatorial será prestada em caráter eletivo e, nas situações de urgência ou emergência, limitada a atendimentos realizados em consultórios, ambulatórios ou demais unidades credenciadas, sem necessidade de internação hospitalar, conforme definidos e listados na TABGDFSÁUDE e observadas as Diretrizes de Utilização (DUT), incluindo as seguintes coberturas:

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

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

a) fisioterapeuta;

b) fonoaudiólogo;

c) nutricionista;

d) psicólogo; e

e) terapeuta ocupacional.

III - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

IV - hemodiálise e diálise peritoneal;

V - hemoterapia ambulatorial;

VI - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

VII - procedimentos de radioterapia;

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

IX - medicamentos antineoplásicos orais e para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT);

X - serviços de apoio diagnóstico, conforme procedimentos listados na TABGDFSÁUDE; e

XI - procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

Parágrafo único. A cobertura ambulatorial não inclui internação hospitalar, nem procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que, embora prescindam de internação, exijam permanência em ambiente hospitalar por período superior a 12 (doze) horas consecutivas ou envolvam suporte de unidades críticas, como unidade de terapia intensiva ou similar.

Art. 13. A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, a conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando, assim, um ato médico completo, concluído ou não em um único período de tempo e, quando necessário, retorno para apreciação dos exames e tomada de decisão da conduta médica.

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

Subseção II

Da Assistência Hospitalar com Obstetrícia

Art. 14. A assistência hospitalar com obstetrícia será prestada em caráter eletivo e de urgência ou emergência compreendendo os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, definidos e listados na TABGDFSÁUDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização (DUT), e incluirá as seguintes coberturas:

I - internações hospitalares, em padrão de acomodação enfermagem, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), vedadas as limitações quanto a prazo de permanência, valor máximo ou quantidade de eventos;

II - internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

III - despesas referentes a honorários médicos, equipe multidisciplinar e serviços gerais de enfermagem;

IV - despesas com acomodação e alimentação do paciente durante a internação;

V - despesas de alimentação do acompanhante para os casos previstos em lei, salvo em caso de contraindicação do médico assistente;

VI - exames complementares indispensáveis para elucidação diagnóstica e controle da evolução da doença, realizados durante o período de internação hospitalar;

VII - fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente;

VIII - taxas hospitalares e materiais utilizados em procedimentos;

IX - atendimento de outros profissionais de saúde durante o período de internação, na forma de parecer, quando indicado pelo médico assistente;

X - cirurgia plástica reparadora decorrente de grande perda ponderal (clínica ou cirúrgica), desde que atendidos os critérios da Diretriz de Utilização (DUT) vigentes à época do evento;

XI - cirurgia plástica reconstrutiva de mama para pacientes após mastectomia total ou parcial em virtude de câncer de mama comprovado ou profiláticas redutoras de risco, quando diagnosticadas mutações genéticas, desde que atendidos os critérios da DUT;

XII - cirurgia plástica reconstrutiva, destinada à recuperação de função e forma, conforme procedimentos listados na TABGDFSÁUDE e critérios da DUT vigentes;

XIII - órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos que constarem da TABGDFSÁUDE, assegurada a cobertura de procedimento cirúrgico para a sua remoção ou retirada;

XIV - procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo GDF SAÚDE, se constarem da TABGDFSÁUDE;

XV - procedimentos especiais realizados em regime de internação, tais como:

a) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos beneficiários submetidos aos transplantes previstos na TABGDFSÁUDE;

b) embolizações;

c) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

d) fisioterapia;

e) hemodiálise e diálise peritoneal;

f) hemoterapia;

g) nutrição parenteral ou enteral;

h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

i) procedimentos radioterápicos; e

j) radiologia intervencionista;

XVI - transfusões de sangue e de seus componentes, quando indicadas clinicamente, respeitando os critérios e limites estabelecidos na TABGDFSÁUDE e nas Diretrizes de Utilização;

XVII - sessões de quimioterapia e radioterapia, realizados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição médica; e

XVIII - transplantes de órgãos, tecidos e células, desde que previstos na TABGDFSÁUDE e condicionados à inscrição e cadastro no Sistema Nacional de Transplantes (SNT), conforme regulamentação vigente, assegurando o controle e a rastreabilidade dos procedimentos;

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

§1º Quando o prestador do estabelecimento de origem possuir contratualizado com o INAS o serviço necessário ao atendimento, mas este se encontrar temporariamente indisponível no momento da demanda, caberá a ele providenciar a remoção do beneficiário para unidade habilitada, sendo vedado o faturamento ao INAS e qualquer cobrança adicional ao beneficiário.

§2º Quando o prestador do estabelecimento de origem não possuir o serviço necessário contratualizado para o atendimento da demanda apresentada, caberá a ele providenciar a remoção do beneficiário para unidade habilitada, sendo o custo passível de faturamento ao INAS com aplicação da coparticipação correspondente, vedada qualquer cobrança adicional ao beneficiário.

§3º Os procedimentos de internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto não são considerados tratamentos de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte do INAS.

Art. 15. A assistência hospitalar com obstetrícia, compreende, além dos dispostos na subseção I deste capítulo, os atendimentos relativos ao pré-natal, parto e ao puerpério, em regime ambulatorial ou hospitalar, definidos e listados na TABGDFSÁUDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização (DUT), em estabelecimentos de saúde integrantes da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, abrangendo as seguintes coberturas:

I - assistência ao parto;

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

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

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

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

Seção II

Da Assistência à Saúde Mental

Art. 16. A assistência à saúde mental no âmbito do Plano GDF SAÚDE compreende a cobertura para o tratamento dos transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) ou outra que venha a substituí-la, incluindo os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (dependência química), conforme previstos na TABGDFSÁUDE e amparados pelas Diretrizes de Utilização (DUT).

Parágrafo único. A assistência à saúde mental compreende o atendimento em regime ambulatorial ou hospitalar respeitadas as diretrizes clínicas e a legislação vigente.

Subseção I

Do Atendimento Ambulatorial

Art. 17. O atendimento ambulatorial em saúde mental abrange:

- I - consultas com médico psiquiatra e demais especialistas vinculados ao plano terapêutico;
- II - psicoterapia individual ou em grupo, conforme indicação clínica;
- III - sessões de psicologia e terapia ocupacional;
- IV - atendimento em situações de crise, inclusive psicoterapia de crise; e
- V - serviços de apoio diagnóstico e terapêutico relacionados ao tratamento.

Art. 18. Os atendimentos ambulatoriais estão sujeitos a autorização prévia do GDF SAÚDE, salvo em situações de urgência ou emergência, devidamente caracterizadas por profissional habilitado.

Subseção II

Da Internação em Saúde Mental

Art. 19. A assistência hospitalar em saúde mental compreende a internação em hospital geral com ala psiquiátrica, hospital-dia psiquiátrico ou clínica psiquiátrica, para os diagnósticos previstos no art. 16, inclusive em situações de crise.

§1º A internação em hospital-dia psiquiátrico ou clínica psiquiátrica será inicialmente autorizada por até 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogada mediante relatório do médico assistente e parecer técnico do INAS, com renovação mensal.

§2º As internações decorrentes de transtornos mentais, comportamentais ou do uso de substâncias psicoativas ficam sujeitas à cobrança de coparticipação, observadas as regras gerais estabelecidas no capítulo "Das Coparticipações".

§3º As internações deverão respeitar as diretrizes da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, sendo vedada a permanência em instituições com características asilares e devendo ser priorizado o modelo de alta planejada e reabilitação psicossocial.

§4º A internação psiquiátrica será realizada mediante laudo emitido por médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), com classificação quanto ao tipo (voluntária, involuntária ou compulsória), nos termos da legislação vigente.

§5º As internações involuntárias deverão ser comunicadas ao Ministério Público no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, nos termos da Lei nº 10.216, de 2001.

Subseção III

Da Diretrizes Terapêuticas

Art. 20. O tratamento em saúde mental deverá priorizar modalidades menos invasivas e de cuidado em liberdade, utilizando a internação como último recurso terapêutico, quando esgotadas as demais alternativas terapêuticas e mediante indicação médica.

Art. 21. O acompanhamento multiprofissional, a participação da família e o planejamento de alta são elementos essenciais para a continuidade do cuidado em saúde mental, devendo ser considerados em todos os planos terapêuticos.

Art. 22. Casos de longa permanência em instituições psiquiátricas serão objeto de análise técnica para definição de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, sempre que possível, conforme legislação vigente e diretrizes do INAS.

TÍTULO III

DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE DOENÇAS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E LINHAS DE CUIDADO

CAPÍTULO I

DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO INTEGRAL

Art. 23. O INAS poderá desenvolver e implementar programas voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção primária, gestão da saúde populacional e linhas de cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos beneficiários, reduzir agravos e otimizar a utilização dos serviços de saúde.

Art. 24. São objetivos dos programas:

- I - incentivar hábitos e práticas saudáveis de vida;
- II - identificar e monitorar fatores de risco e condições crônicas prevalentes na população assistida;
- III - promover a educação em saúde, o autocuidado e ações de prevenção;
- IV - reduzir a incidência e prevalência de doenças evitáveis;
- V - fomentar o acompanhamento contínuo por meio de linhas de cuidado, inclusive preventivas e de reabilitação;
- VI - otimizar a utilização dos recursos assistenciais e evitar a sobrecarga da rede de atendimento;
- VII - favorecer a coordenação do cuidado, integrando as ações assistenciais conforme as necessidades dos beneficiários;
- VIII - promover programas de rastreamento e diagnóstico precoce de doenças; e
- IX - desenvolver programas específicos de saúde mental e qualidade de vida.

Art. 25. Os programas poderão contemplar, entre outras ações:

- I - campanhas educativas e de vacinação;
- II - programas de controle e manejo de hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e outras condições crônicas;
- III - ações estruturadas de atenção primária à saúde, com foco no acompanhamento regular dos beneficiários;
- IV - linhas de cuidado organizadas para agravos e doenças específicas;
- V - incentivo à prática de atividade física, alimentação saudável e cuidado à saúde mental;
- VI - monitoramento remoto e utilização de telessaúde para pacientes com condições crônicas; e

VII - parcerias com órgãos públicos, entidades privadas e instituições de saúde para ampliação do acesso e qualidade dos serviços.

Art. 26. Poderão participar dos programas os beneficiários do Plano GDF SAÚDE, conforme critérios definidos em protocolos específicos, que considerarão a condição clínica, o perfil populacional e os objetivos do programa.

Art. 27. A participação nos programas poderá ser:

- I - voluntária; e
 - II - condicionada à adesão, quando houver recomendação técnica fundamentada como parte integrante da estratégia de cuidado continuado, transição assistencial ou reabilitação, observadas as diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e princípios da equidade e segurança do cuidado.
- Art. 28. A implementação dos programas observará:
- I - a disponibilidade orçamentária e a sustentabilidade econômico-financeira do Plano;
 - II - as diretrizes estratégicas e planejamento técnico do INAS;
 - III - a elaboração de protocolos que definam públicos-alvo, critérios de adesão, permanência e saída;
 - IV - a regulamentação dos fluxos assistenciais, incentivos e eventuais obrigações dos beneficiários; e
 - V - a previsão de regras específicas quanto à coparticipação, autorização prévia, referenciamento e monitoramento clínico, quando aplicável.

Art. 29. Para viabilizar a implementação e aprimoramento dos programas, poderão ser firmados termos de cooperação técnica com órgãos públicos, entidades privadas e instituições de saúde.

Art. 30. A adesão e permanência em determinados programas poderão ser condição obrigatória para continuidade do atendimento em algumas linhas de cuidado, nos casos definidos por decisão técnica do INAS, sempre respeitando os princípios da equidade e da segurança assistencial.

Art. 31. A aprovação dos programas de que trata este Capítulo caberá à Diretoria Executiva do INAS, que deverá submeter a proposta ao Conselho de Administração, sempre que provocado, para deliberação.

CAPÍTULO II

DO PROGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Art. 32. A desospitalização consiste no conjunto de ações, estratégias e protocolos destinados a promover a transição do cuidado hospitalar para ambientes menos intensivos, sempre que clinicamente apropriado.

§1º O programa abrangerá serviços e procedimentos que possibilitem a continuidade do cuidado e a reabilitação do beneficiário fora do ambiente hospitalar, conforme critérios técnicos e diretrizes do INAS.

§2º A cobertura dos serviços vinculados ao programa de desospitalização será garantida pelo INAS, em consonância com as Diretrizes de Utilização (DUT) e protocolos clínicos vigentes, sem necessidade de previsão específica na cobertura formal do regulamento.

§3º Nos casos em que a internação hospitalar de longa permanência decorrer exclusivamente da ausência ou recusa de acolhimento familiar ou de rede de apoio social, após a alta médica, o INAS poderá:

- I - suspender o custeio da internação junto ao prestador hospitalar;
- II - comunicar formalmente o beneficiário sobre a cessação da cobertura e a necessidade de assumir, em caráter particular, os custos decorrentes da permanência hospitalar; e
- III - acionar, quando cabível, os serviços públicos de assistência social e demais órgãos competentes, visando à proteção e adequada assistência ao paciente.

TÍTULO IV

DA TELEMEDICINA

Art. 33. A Telemedicina integra o rol de modalidades de atenção à saúde ofertadas pelo Plano GDF SAÚDE, compreendendo a prestação remota de serviços médicos em tempo real, nas modalidades e especialidades definidas neste Regulamento e previstas na TABGDFSÁUDE, incluindo, mas não se limitando a:

- I - teleconsulta;
- II - telessaúde; e
- III - atendimentos vinculados a programas estruturados, como Atenção Primária à Saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e linhas de cuidado.

Art. 34. O uso dessas modalidades está condicionado à regulamentação técnica do INAS, observadas as diretrizes da legislação vigente, as normas do CFM, os protocolos assistenciais do Plano e a disponibilidade da Rede Credenciada.

Art. 35. A Teleconsulta é a modalidade da Telemedicina que consiste na realização de consulta médica remota, síncrona, entre médico e paciente, mediante uso de plataforma segura aprovada pelo INAS.

Parágrafo único. As teleconsultas serão consideradas como atendimento ambulatorial para fins de cobertura, coparticipação e autorização, nos termos definidos pela regulamentação vigente.

Art. 36. A Telessaúde abrange as ações assistenciais remotas realizadas por profissionais de saúde não médicos, tais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e enfermeiros, desde que previstas na TABGDFSÁUDE e nos protocolos assistenciais do INAS.

§1º As atividades de Telessaúde poderão ser utilizadas como suporte aos programas de:

- I - Atenção Primária à Saúde (APS);
- II - promoção da saúde e prevenção de doenças;
- III - manejo de condições crônicas;
- IV - reabilitação e cuidados domiciliares; e

V - linhas de cuidado específicas;

§2º A cobertura estará sujeita à habilitação do profissional, à previsão na TABGDFSÁUDE e à regulamentação técnica do INAS;

Art. 37. São direitos e deveres do beneficiário na utilização da Telemedicina;

I - ser previamente informado sobre a modalidade, limitações, condições técnicas e custos envolvidos;

II - fornecer informações verdadeiras, completas e atualizadas para viabilizar o atendimento remoto com segurança e qualidade;

III - garantir ambiente adequado e os recursos tecnológicos necessários para o atendimento;

IV - ter assegurado o direito à confidencialidade das informações compartilhadas;

V - poder optar por atendimento presencial quando disponível e clinicamente indicado, respeitados os protocolos do INAS;

VI - observar prazos e orientações para agendamento, comparecimento e acompanhamento dos atendimentos remotos;

VII - ser informado sobre a coparticipação aplicável aos atendimentos remotos, conforme regulamento; e

VIII - utilizar os canais oficiais do INAS para reclamações ou esclarecimentos.

Art. 38. Os atendimentos por Telemedicina serão realizados exclusivamente por profissionais e instituições da Rede de Atendimento Credenciada, por meio das plataformas tecnológicas indicadas pelo INAS;

Art. 39. É vedada a utilização de modalidades remotas para procedimentos que exijam avaliação física, exame clínico direto ou intervenção presencial, salvo quando expressamente autorizadas como suporte complementar, nos termos do protocolo assistencial.

Art. 40. O INAS poderá utilizar dados agregados e indicadores assistenciais oriundos dos atendimentos remotos exclusivamente para fins de gestão assistencial, monitoramento da qualidade, planejamento e aprimoramento dos programas do Plano, vedado o acesso a informações clínicas individualizadas ou identificáveis dos beneficiários, observado o disposto na legislação vigente sobre proteção de dados e sigilo profissional.

TÍTULO V

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Art. 41. Estão excluídos da cobertura do plano GDF SAÚDE os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento, na TABGDFSÁUDE e suas Diretrizes de Utilização (DUT), além dos seguintes eventos:

I - despesas com o aluguel de equipamentos hospitalares e similares que não estejam diretamente relacionados ao tratamento médico-hospitalar durante o período de internação, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e quaisquer outros com a mesma finalidade;

II - aparelhos ortopédicos permanentes ou temporários, utilizados para imobilização, correção ou auxílio mecânico à estrutura musculoesquelética, não implantáveis, não cirúrgicos e que não exijam procedimento invasivo para sua colocação, não vinculados diretamente a ato cirúrgico coberto;

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

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

V - procedimentos clínicos ou cirúrgicos, incluindo cirurgias plásticas, e fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) com finalidade estética, cosmética, social e/ou psicológica, mesmo que justificados por causa médica;

VI - cirurgia refrativa de correção visual, exceto nos casos previstos na TABGDFSÁUDE e DUT;

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

a) acupuntura;

b) equoterapia;

c) gameterapia;

d) hidroterapia;

e) homeopatia;

f) medicina ortomolecular;

g) musicoterapia;

h) pilates; e

i) Reeducação Postural Global (RPG);

VIII - atendimentos psicoterapêuticos no âmbito da psicologia quando realizados por profissionais que não sejam psicólogos ou médicos psiquiatras, independentemente da abordagem utilizada;

IX - curativos e medicamentos, de qualquer natureza, quando ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar, do atendimento ambulatorial ou da internação domiciliar prevista em linha de cuidado específica, ressalvados os medicamentos oncológicos de uso oral, nos termos da legislação vigente;

X - despesas com a internação ou permanência da parturiente após sua alta hospitalar, nos casos em que o recém-nascido permanecer internado, bem como despesas com a internação de recém-nascido saudável, nos casos em que a parturiente permanecer internada;

XI - despesas com exames, triagens, internações ou procedimentos relacionados a candidatos a doadores de órgãos, exceto nos casos expressamente previstos em normativas específicas, como nos transplantes intervivos, nos termos da regulamentação vigente;

XII - exames admissionais, periódicos e demissionais e demais avaliações médicas de caráter exclusivamente ocupacional ou pericial;

XIII - inseminação artificial, fertilização in vitro (FIV), injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), preservação de fertilidade (congelamento de óvulos, espermatozoides ou embriões) e outros métodos de reprodução assistida salvo previsão expressa na TABGDFSÁUDE;

XIV - internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames, terapias e consultas médicas, ainda quando decorrentes de urgência ou emergência, realizados ou prescritos por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XV - assistência prestada por profissional de saúde particular exclusivo, ainda que decorrentes de condições clínicas que exijam atenção diferenciada ou extraordinária;

XVI - ações ou serviços próprios da assistência social, como o fornecimento ou disponibilização de cuidador, cuja natureza não se enquadra como assistência à saúde nos termos da legislação vigente, estando, portanto, excluídos da cobertura do Plano GDF SAÚDE;

XVII - fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios (OPME) que não estejam vinculados a ato cirúrgico coberto;

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

XIX - materiais e medicamentos do tipo edulcorantes, suplementos alimentares, complementos nutricionais, vitaminas de uso oral com finalidade alimentar, objetos e produtos de higiene pessoal, cosméticos, óculos, lentes de contato, inclusive para correção de deficiência visual, e aparelhos auditivos;

XX - permanência hospitalar após alta médica;

XXI - procedimentos solicitados pelo Departamento Nacional de Trânsito para emissão de Carteira Nacional de Habilitação (CNH);

XXII - procedimentos realizados por métodos ou tecnologias como robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, salvo quando expressamente previstos na TABGDFSÁUDE ou nas Diretrizes de Utilização (DUT);

XXIII - exames para investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXIV - quaisquer despesas relacionadas a acompanhantes de pacientes internados, exceto nas hipóteses previstas em lei;

XXV - remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Plano;

XXVI - remoções por via aérea, fluvial ou marítima;

XXVII - reversão de vasectomia ou laqueadura;

XXVIII - terapias alternativas, complementares ou integrativas, tais como:

a) apiterapia;

b) aromaterapia;

c) bioenergética;

d) constelação familiar;

e) cromoterapia;

f) geoterapia;

g) hipnoterapia;

h) imposição de mãos;

i) ozonioterapia;

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

k) terapia de florais;

l) reiki;

m) fitoterapia;

n) meditação guiada com finalidade terapêutica;

o) quiropraxia;

p) osteopatia, shiatsu e massoterapia;

q) ventosaterapia; e

r) outras práticas não reconhecidas pelos conselhos de classe ou pelas diretrizes técnicas vigentes;

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

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

b) é considerado experimental pelo CFM; ou

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

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

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

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

XXXIII - vacinas e autovacinas;

XXXIV - itens considerados extraordinários em contas hospitalares, tais como alimentos e bebidas não previstos no padrão assistencial definido pela legislação, frigobar, cigarros, jornais, revistas, telefonemas, aluguel de aparelho de TV, serviço de lavanderia, estacionamento, e indenizações por perda ou extravio, dano ou destruição de objetos;

XXXV - procedimentos que visem orientações vocacionais;

XXXVI - emissão de laudo, relatório, atestado ou qualquer outro tipo de documento para atividades físicas e banho de piscina;

XXXVII - necropsia, em caso de falecimento de beneficiário, com o objetivo de apuração de causa mortis, incluindo retirada de amostras e laudo anatomopatológico, observados os protocolos técnicos e legais aplicáveis;

XXXVIII - exames e procedimentos sem respaldo técnico-científico ou reconhecidos como experimentais, tais como:

- a) mineralograma de cabelo;
- b) termografia clínica;
- c) análise de campo escuro (hematoscopia capilar);
- d) exames por biorressonância ou eletroacupuntura de Voll; e
- e) outros exames classificados como alternativos, estéticos, experimentais ou sem validação científica comprovada;

XXXIX - atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica, da área de atuação do plano e da Rede de Atendimento Credenciada, inclusive em situações de urgência e emergência, exceto nos atendimentos de Telemedicina e Telessaúde; e

XL - tratamentos hormonais de qualquer natureza, quando realizados fora dos regimes assistenciais previstos neste Regulamento e não contemplados na TABGDFSÁUDE ou nas Diretrizes de Utilização (DUT).

§1º As atividades referidas nas alíneas "a", "h" e "i" do inciso VII poderão ser ofertadas exclusivamente no âmbito de programas de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção primária ou em linhas de cuidado quando previstos em protocolo específico.

§2º Excetua-se da exclusão prevista no inciso XXXII os procedimentos expressamente listados na TABGDFSÁUDE, decorrentes exclusivamente de evento traumático agudo e recente, cuja cobertura se dará quando atendidos os critérios das DUT aplicáveis, e que exijam, de forma justificada, a atuação de cirurgião bucomaxilofacial, em razão de seu domínio técnico e conhecimento anatômico da região.

§3º Fica expressamente vedada a cobertura para cirurgias bucomaxilofaciais realizadas exclusivamente com finalidade estética, cosmética, social ou psicológica, ainda que justificadas por razões clínicas.

TÍTULO VI

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 42. As coberturas previstas do Plano GDF SAÚDE estão submetidas aos seguintes mecanismos assistenciais de regulação:

- I - autorização prévia registrada em sistema informatizado de gestão;
- II - auditoria documental ou presencial, antes, durante ou após a realização dos procedimentos, com a finalidade de validar a indicação clínica, a execução e a adequação técnica;
- III - encaminhamento para Segunda Opinião Médica, para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), alto custo ou conforme critérios estabelecidos pelo GDF SAÚDE; e
- IV - perícia médica, documental ou presencial, quando necessária, de acordo com os critérios estabelecidos pelo GDF SAÚDE.

§1º Serão observados critérios técnicos para análise e liberação de procedimentos, tais como faixa etária, sexo, período intervalar (intervalo mínimo entre exames ou tratamentos), número de dias de internação, regime e tipo de atendimento (ambulatorial ou hospitalar), critérios de lateralidade (procedimentos bilaterais ou únicos).

§2º Além dos mecanismos de regulação previstos no caput, o beneficiário poderá ser inserido em programas de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção primária ou linhas de cuidado estruturadas instituídas pelo Plano GDF SAÚDE, com foco na melhoria de desfechos assistenciais e no acompanhamento clínico continuado.

Art. 43. Todas as solicitações de procedimentos que necessitem de autorização prévia deverão vir acompanhadas de pedido médico correspondente, datado e assinado, contendo o registro do profissional, descrição dos procedimentos e/ou exames solicitados, bem como sua indicação clínica.

§1º Os pedidos médicos terão a validade de 60 (sessenta) dias corridos, contados da data de emissão, salvo os pedidos de tratamentos seriados, cuja validade será de 180 (cento e oitenta) dias corridos.

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

§3º Caso o beneficiário opte por utilizar materiais, equipamentos ou procedimentos não autorizados ou diversos daqueles autorizados, deverá fazê-lo mediante negociação direta com o prestador, sem qualquer envolvimento ou ônus para o GDF SAÚDE, incluindo reembolso ou qualquer ressarcimento adicional.

§4º Os procedimentos realizados em caráter de urgência ou emergência, bem como as OPMEs utilizadas, não necessitam de autorização prévia, cabendo ao prestador de serviços providenciar junto ao GDF SAÚDE a regularização do atendimento mediante envio da documentação que justifique a caracterização da urgência ou emergência.

Art. 44. Não serão cobertas as despesas decorrentes de atendimentos, procedimentos ou serviços assistenciais que:

- I - não estejam previstos neste Regulamento;
- II - não estejam previstos na TABGDFSÁUDE;
- III - não preencham os critérios das DUT;
- IV - não cumpram os requisitos dos mecanismos assistenciais de regulação descritos neste regulamento e normas complementares; e
- V - sejam realizados sem a devida autorização prévia, quando esta for obrigatória, salvo em casos de urgência ou emergência devidamente caracterizados.

Art. 45. A autorização dos procedimentos deverá ocorrer conforme normativos internos e legislação vigente, sendo facultada ao INAS a solicitação de exames complementares e documentos que justifiquem o procedimento.

TÍTULO VII

DOS PRAZOS DE AUTORIZAÇÃO

Art. 46. O INAS adota os seguintes prazos de autorização:

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

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

Art. 47. Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste Título, será considerado o acesso a qualquer prestador da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

TÍTULO VIII

DA REDE DE ATENDIMENTO DO GDF SAÚDE

Art. 48. A assistência à saúde será prestada exclusivamente pela Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, composta por prestadores contratados, credenciados ou referenciados, localizados no Distrito Federal e na sua Região Metropolitana, nas segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

§1º É expressamente vedado o reembolso de quaisquer despesas assistenciais, em qualquer hipótese, inclusive aquelas decorrentes de atendimentos particulares realizados por iniciativa do beneficiário, seja nos casos em que a autorização tenha sido negada, seja quando alegada a inexistência de cobertura pelo Plano.

§2º A vedação prevista no §1º aplica-se a despesas realizadas em qualquer estabelecimento, profissional ou prestador, integrante ou não da Rede de Atendimento do Plano.

§3º O beneficiário deverá utilizar exclusivamente os serviços disponibilizados pelo GDF SAÚDE, conforme os fluxos, critérios e mecanismos de regulação assistencial estabelecidos, sob pena de não reconhecimento das despesas.

Art. 49. No uso da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, o beneficiário deve:

- I - participar no custeio das despesas, na forma prevista neste Regulamento; e
- II - requerer autorização prévia para os procedimentos que assim o exijam.

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

Art. 50. A assistência pela Rede de Atendimento credenciada se divide em direta e indireta, assim definidas:

- I - direta: realizada por profissionais ou instituições de saúde credenciados diretamente ao INAS por intermédio de Edital de Credenciamento; e
- II - indireta: prestada por profissionais ou instituições de saúde vinculados a cooperativas e/ou associações credenciadas ao INAS por intermédio de edital de credenciamento.

Art. 51. A responsabilidade pelos atendimentos médicos, hospitalares, laboratoriais, clínicos e outros é dos prestadores de serviços que mantêm contrato ou credenciamento com o INAS.

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

Art. 52. Para a assistência pela Rede de Atendimento do GDF SAÚDE, o beneficiário deverá apresentar-se à instituição contratada ou credenciada, munido do Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário (CIB-e), acompanhado de documento de identificação oficial com foto.

Art. 53. A relação da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE será divulgada nos canais oficiais do INAS e do Plano.

TÍTULO IX

DO TIPO DE ACOMODAÇÃO

Art. 54. O Plano GDF SAÚDE adotará para acomodação hospitalar de seus beneficiários, o padrão Enfermaria (acomodação coletiva com dois ou mais leitos), tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

Art. 55. Poderá ser utilizada a acomodação individual caso o beneficiário opte por acomodação em apartamento, sendo de sua inteira responsabilidade, junto ao prestador de serviços contratado ou credenciado, toda e qualquer despesa excedente à acomodação coletiva.

Art. 56. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos da Rede de Atendimento do GDF SAÚDE na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Art. 57. Em caso de necessidade de internação em isolamento, será garantido o pagamento de taxa de isolamento, não cabendo, entretanto, a cobertura de internação em apartamento.

TÍTULO X

DOS ASSISTIDOS PELO GDF SAÚDE

Art. 58. Poderão aderir ao GDF SAÚDE os servidores e empregados públicos no âmbito dos órgãos do Poder Executivo do Distrito Federal, inclusive suas autarquias, fundações e empresas públicas e seus respectivos dependentes.

CAPÍTULO I

DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 59. Os assistidos pelo GDF SAÚDE classificam-se em:

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

Seção I

Dos Beneficiários Titulares

Art. 60. Poderão ser beneficiários titulares:

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

§1º A contribuição mensal dos beneficiários titulares corresponderá aos valores definidos em ato normativo próprio.

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

Art. 61. Em caso de falecimento de beneficiário titular:

- I - o beneficiário dependente que passar à condição de pensionista deverá manifestar sua intenção de permanecer no Plano no prazo de 60 (sessenta) dias do óbito do beneficiário titular com o protocolo de pedido da pensão junto ao respectivo órgão de previdência, assumindo a titularidade; e
- II - não poderá o pensionista fazer inclusões de novos dependentes, mantendo-se para efeito de cobertura por parte do Plano os cadastrados pelo titular e o filho nascido até 9 (nove) meses após o falecimento do beneficiário titular.

Seção II

Dos Beneficiários Dependentes

Art. 62. Poderão ser beneficiários, na qualidade de dependentes dos beneficiários titulares:

- I - cônjuge ou companheiro (a), reconhecidos na forma de Lei Civil;
- II - filhos menores de 21 (vinte e um) anos;
- III - filhos estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos;
- IV - filhos inválidos;
- V - enteados menores de 21 (vinte e um) anos;
- VI - enteados estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos; e
- VII - menores de 21 (vinte e um) e estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos, sob guarda, por determinação ou autorização judicial.

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

§2º A contribuição mensal dos beneficiários dependentes corresponderá aos valores definidos em ato normativo próprio.

Seção III

Dos Beneficiários Optantes

Art. 63. Podem permanecer no GDF SAÚDE, na condição de titular optante, os beneficiários que perderem a condição de servidor ou empregado público ou interromperem o exercício de suas atividades funcionais, inclusive nos casos de cessação sem ônus, sem perda da condição de servidor público, desde que formalizem sua opção dentro do prazo estabelecido na forma disposta nos artigos 87 e 88.

Art. 64. Podem permanecer no GDF SAÚDE, na condição de dependente optante, os beneficiários que já forem dependentes até a data da formalização da opção pelo titular.

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

Art. 65. A contribuição mensal do titular optante e de cada dependente, a partir da data da opção, deve observar os valores previstos nos artigos 105 e 106, sendo devida a coparticipação prevista no art. 107.

CAPÍTULO II

DO CADASTRO E ADESÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 66. A adesão dos beneficiários é voluntária e facultativa, observados os critérios de elegibilidade dispostos nos artigos 59 e 60, mediante realização de cadastro.

Art. 67. O INAS realizará monitoramento constante do cadastro de beneficiários e poderá cancelar, a qualquer momento, aqueles que não se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos nos artigos 59 e 60.

Art. 68. A adesão dos dependentes ao GDF SAÚDE dependerá, obrigatoriamente, da participação do beneficiário titular.

Seção I

Do Cadastro

Art. 69. O cadastro dos beneficiários deverá ser realizado em plataforma informatizada disponível no site do INAS, mediante o preenchimento de Termo de Adesão e apresentação da documentação obrigatória relacionada nas Tabelas I e II.

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

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

Art. 70. O beneficiário titular deverá cadastrar, obrigatoriamente, todas as suas matrículas de servidor efetivo ou empregado público, quando possuir mais de uma, sendo de sua responsabilidade informar ao INAS as eventuais mudanças.

Art. 71. O INAS terá até 10 (dez) dias úteis a contar do cadastro para análise da documentação e efetivação da adesão no GDF SAÚDE.

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

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

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

Seção II

Da Adesão

Art. 72. A adesão ao GDF SAÚDE implicará na aceitação das condições estabelecidas neste Regulamento e em normas complementares.

Art. 73. A vigência do plano inicia a contar da data da efetivação da adesão.

Art. 74. Efetivada a adesão, ao beneficiário será disponibilizado, por meio eletrônico, o Cartão Eletrônico de Identificação do Beneficiário (CIB-e), que deverá ser obrigatoriamente apresentado juntamente com documento oficial de identificação com foto, para a utilização dos serviços do GDF SAÚDE.

§1º A emissão de via física do CIB-e poderá ser disponibilizada mediante ato normativo do INAS.

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

§3º A utilização indevida do CIB-e poderá acarretar aplicação das penalidades previstas neste regulamento.

Art. 75. Para a identificação do beneficiário, poderá ser solicitada a biometria facial e/ou digital.

Seção III

Da Atualização Cadastral

Art. 76. É dever do titular do Plano comunicar ao INAS as eventuais alterações de dados cadastrais ou que impactem na qualidade de beneficiário junto ao GDF SAÚDE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Art. 77. A omissão do titular em relação à atualização cadastral ou documental poderá acarretar:

- I - suspensão e cancelamento do Plano;
- II - ressarcimento integral ao Plano, em caso de utilização indevida; e
- III - responsabilidade civil e administrativa.

Art. 78. O beneficiário dependente universitário deverá atualizar seu cadastro, semestralmente, mediante a entrega do comprovante de frequência do semestre anterior e a declaração de matrícula em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação.

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

Art. 79. A qualquer tempo, o INAS poderá promover campanhas de atualização cadastral de participação obrigatória de seus beneficiários.

CAPÍTULO III

DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

DA SUSPENSÃO, EXCLUSÃO E CANCELAMENTO

Art. 80. A perda da qualidade de beneficiário no GDF SAÚDE consistirá em:

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

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

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

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

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

Art. 81. A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá:

I - quando o beneficiário deixar de atender aos critérios de elegibilidade estabelecidos nos artigos 60 e 62;

II - a pedido do beneficiário titular ou titular optante;

III - por inadimplemento;

IV - por óbito do titular ou dependente;

V - quando os dados cadastrais do beneficiário estiverem desatualizados;

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

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

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

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

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

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

Art. 82. A perda da qualidade de beneficiário não o isenta do pagamento das contribuições mensais e coparticipações devidas e não quitadas até a data da exclusão ou cancelamento.

§1º Durante o período em que o beneficiário permanecer vinculado ao Plano, inclusive nos casos de suspensão temporária, e enquanto não houver manifestação formal de cancelamento, haverá cobrança das mensalidades, incluindo o valor proporcional ao período em que o Plano estiver ativo, até a data do efetivo cancelamento.

§2º Caso a perda da qualidade de beneficiário seja efetivada após a geração da cobrança mensal, o beneficiário terá direito à assistência do GDF SAÚDE até o final do mês referente à cobrança.

§3º O encerramento do vínculo contratual ou a perda da condição de beneficiário não exime a responsabilidade pelo pagamento de coparticipações relativas a atendimentos realizados enquanto vigente o plano, ainda que os respectivos faturamentos sejam apresentados ao INAS pelos prestadores após a data de cancelamento.

Seção I

Da Suspensão

Art. 83. O beneficiário terá seu plano suspenso nas seguintes hipóteses:

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

II - não atualização dos dados cadastrais;

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

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

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

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

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

Seção II

Da Exclusão

Art. 84. O beneficiário será excluído do GDF SAÚDE, quando constatada fraude ou uso indevido do Plano, após apuração em processo interno.

§1º Os beneficiários excluídos do GDF SAÚDE de que trata o caput só poderão ser readmitidos desde que cumprido período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses de afastamento do Plano, estando submetidos ao cumprimento dos períodos de carência estabelecidos no art. 89.

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

Seção III

Do Cancelamento

Art. 85. O plano será cancelado nas seguintes hipóteses:

I - quando o beneficiário deixar de atender os critérios de elegibilidade definidos nos artigos 60 e 62;

II - a pedido do beneficiário titular ou titular optante;

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

IV - por óbito do titular ou dependente;

V - quando os estudantes universitários maiores de 21 (vinte e um) e menores de 24 (vinte e quatro) anos não apresentarem declarações de matrícula e frequência emitidas por instituição de ensino de curso superior, após o prazo de suspensão;

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

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

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

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

§3º Para fins do inciso II, o cancelamento do plano ocorrerá no último dia do mês da solicitação de cancelamento pelo beneficiário titular ou titular optante.

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

§5º O cancelamento será precedido de notificação do INAS ao titular do Plano, por qualquer meio de comunicação, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos, exceto nos casos dispostos nos incisos II e IV.

Art. 86. Caso o beneficiário esteja em tratamento ambulatorial e tenha seu plano cancelado, os procedimentos autorizados até a data do cancelamento poderão ser realizados.

CAPÍTULO IV

DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

Art. 87. É assegurado o direito de permanência no Plano, na condição de titular optante, aos seguintes grupos, desde que o interessado formalize sua opção dentro do prazo de 30 (trinta) dias a partir da data da perda da condição de servidor ou empregado público ou interrupção do exercício de suas atividades funcionais:

I - ex-servidores comissionados;

II - ex-contratados temporariamente;

III - ex-empregados públicos; e

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

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

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

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

Art. 88. O direito de permanência será exercido mediante a assinatura de Termo de Permanência, pelo titular do Plano, que conterá:

I - as regras previstas neste Regulamento;

II - o valor atualizado do custeio integral, conforme estabelecido em normativo próprio; e

III - data final de vigência do plano de saúde.

Parágrafo único. A contribuição com base no custeio integral será devida a partir do primeiro dia subsequente à perda do vínculo funcional com o GDF, independentemente da data de assinatura do Termo de Permanência.

CAPÍTULO V

DAS CARÊNCIAS

Seção I

Dos Períodos de Carência

Art. 89. Os beneficiários do GDF SAÚDE estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes períodos de carência, a partir da efetivação da adesão:

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

II - consultas: 60 (sessenta) dias;

III - exames diagnósticos: 90 (noventa) dias;

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

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

Art. 90. O GDF SAÚDE não admite o aproveitamento de carência (portabilidade) já cumpridas pelo beneficiário em outro plano de saúde, mas será garantida a emissão de declaração pelo INAS, com as informações relativas à sua vinculação no Plano.

Art. 91. As carências poderão ser revistas a qualquer momento, conforme critérios técnicos, desde que essa revisão não comprometa o equilíbrio financeiro do GDF SAÚDE.

Seção II

Das Garantias de Atendimento no Período de Carência

Art. 92. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, desde que constatado o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

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

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

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

Seção III

Das Isenções de Cumprimento de Carência

Art. 93. Será isento de carência:

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

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

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

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

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

§2º O beneficiário que não observar os prazos previstos neste artigo, estará sujeito aos períodos de carência previstos no art. 89 deste Regulamento, a partir da efetivação de sua adesão ao Plano.

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

TÍTULO XI DO CUSTEIO DO PLANO

Art. 94. Para efeitos deste Regulamento, consideram-se:

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

II - remuneração bruta do beneficiário titular: a soma de todas as espécies remuneratórias recebidas em todas as matrículas do servidor ou empregado público junto ao Governo do Distrito Federal, inclusive na condição de aposentado, excluídas as vantagens periódicas e as de caráter indenizatório previstas na Lei Complementar nº 840, de 2011;

III - contribuições dos beneficiários:

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

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

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

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

CAPÍTULO I DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 95. As contribuições dos beneficiários titulares e dependentes serão descontadas mensalmente da folha de pagamento do beneficiário titular.

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

Art. 96. A cobrança das contribuições dos beneficiários que são servidores efetivos ou empregados públicos será efetuada diretamente no contracheque do respectivo cargo, sendo de responsabilidade do beneficiário informar ao INAS sobre qualquer alteração no órgão pagador.

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

Art. 97. As contribuições dos beneficiários optantes serão pagas mensalmente por meio de cobrança via Título de Cobrança Bancária (boleto bancário) ou outro método de cobrança estabelecido pelo INAS.

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

Art. 98. É responsabilidade do titular manter em dia os pagamentos próprios e dos dependentes, verificando periodicamente as cobranças geradas através dos canais disponíveis, como site, aplicativo, central de atendimento ou outros disponíveis.

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

Art. 99. Em caso de manutenção da inadimplência, o nome do beneficiário será inscrito em dívida ativa.

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

Art. 100. Os valores e percentuais das contribuições dos beneficiários poderão ser revistos a qualquer tempo, visando o equilíbrio econômico-financeiro do Plano.

Seção I Da Mensalidade do Beneficiário Titular

Art. 101. O valor da mensalidade do beneficiário titular será de 4% (quatro por cento) calculado sobre a remuneração bruta do servidor ou empregado público, nos termos da Lei Complementar nº 840, de 2011, observados os valores mínimo e máximo fixados em ato normativo específico, vigente à época da cobrança.

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

Art. 102. Para fins de cálculo da mensalidade do beneficiário titular, a remuneração bruta é composta pelos seguintes itens:

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

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

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

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

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

Art. 103. Para efeito do cálculo da mensalidade, não integram a remuneração bruta do beneficiário titular:

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

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

Seção II

Da Mensalidade do Beneficiário Dependente

Art. 104. Os valores das mensalidades para cada beneficiário dependente, titular optante e dependente optante serão estabelecidos em ato normativo específico, vigente à época da cobrança.

Seção III

Da Custeio Integral

Art. 105. Para fins de cálculo do custeio integral para o titular optante, os valores corresponderão a:

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

II - contribuição do Governo do Distrito Federal: o valor mínimo de mensalidade, conforme fixado em ato normativo específico, vigente à época da cobrança.

Art. 106. Para fins de cálculo do custeio integral para dependente optante, o valor corresponderá à somatória da mensalidade e ao seu equivalente, conforme classificação etária estabelecida em ato normativo específico, vigente à época da cobrança.

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

Seção IV

Das Coparticipações

Art. 107. Os titulares pagarão, a título de coparticipação, os seguintes percentuais sobre todas as despesas assistenciais, inclusive de seus dependentes, com o objetivo de manter a integridade do sistema:

I - assistência médica:

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

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

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

d) 50% (cinquenta por cento) para internações psiquiátricas superiores a 180 (cento e oitenta) dias, contínuas ou fragmentadas; e

e) 50% (cinquenta por cento) para cirurgias bucomaxilofaciais não relacionadas a trauma;

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

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

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

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

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

§4º Nos casos em que as terapias previstas no inciso II forem realizadas em regime de internação, aplicar-se-á o percentual de coparticipação de 5% (cinco por cento), conforme disposto na alínea “c” do inciso I deste artigo.

Art. 108. O pagamento da coparticipação dos beneficiários com desconto em folha do GDF, dar-se-á em parcelas não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração bruta do servidor ou empregado público, até a quitação integral do débito.

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

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

§3º Para os beneficiários optantes, a base de cálculo será a remuneração correspondente ao mês anterior à data em que perderem a condição de servidor ou empregado público, ou ao início da interrupção de suas atividades funcionais.

§4º A coparticipação dos ex-beneficiários cujo contrato com o plano foi encerrado por exclusão ou cancelamento será cobrada em parcelas cujo valor não poderá ser inferior à mensalidade mínima do beneficiário titular, salvo quando o saldo total apurado até o mês for inferior a esse valor, hipótese em que deverá ser cobrado o valor integral do saldo remanescente.

Art. 109. A cobrança das coparticipações ocorrerá à medida do processamento do faturamento das contas médicas assistenciais pelos prestadores de serviços contratados ou credenciados, nos prazos estabelecidos em edital de credenciamento.

Parágrafo único. A apresentação do faturamento por parte dos prestadores após o encerramento do vínculo do beneficiário com o Plano não exime a obrigação de pagamento das coparticipações correspondentes aos atendimentos realizados enquanto vigente a cobertura contratual.

TÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 110. Este Regulamento, bem como a Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde (TABGDFSÁUDE) e as Diretrizes de Utilização (DUT) poderão ser consultados no sítio eletrônico do INAS ou do GDF SAÚDE.

Art. 111. As regras estabelecidas neste Regulamento serão revistas e alteradas sempre que necessário para a manutenção do equilíbrio econômico, financeiro e atuarial.

Art. 112. Os casos omissos neste Regulamento serão tratados por meio de regulamentação complementar específica.

TABELA I

DOCUMENTOS PARA ADESAO DOS BENEFICIÁRIOS TITULARES

BENEFICIÁRIOS	DOCUMENTOS
Servidores Efetivos ativos Empregados Públicos ativos Servidores Comissionados ativos Contratados Temporariamente	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Documento oficial com foto 3. Comprovante de residência 4. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Pensionistas (beneficiários de pensão de servidores efetivos ativos e inativos)	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Documento oficial com foto 3. Comprovante de residência 4. Certidão de óbito do servidor ou empregado público 5. Pedido de concessão da pensão 6. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Servidores Inativos (IPREV)	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico 2. Documento oficial com foto 3. Comprovante de residência 4. Deferimento da Aposentadoria pelo órgão de previdência 5. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)

É obrigatório para todos os beneficiários titulares o fornecimento de endereço de e-mail válido.

TABELA II

DOCUMENTOS PARA ADESAO DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

BENEFICIÁRIOS	DOCUMENTOS
Cônjuge ou Companheiro	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável 4. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Filhos menores de 21 (vinte e um) anos	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Sentença judicial para os casos de reconhecimento de paternidade ou adoção 4. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Enteados menores de 21 (vinte e um) anos	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável do beneficiário titular 4. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda 5. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Filhos estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Declaração de matrícula do semestre em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação 4. Declaração de frequência do semestre anterior em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação 5. Sentença judicial para os casos de reconhecimento de paternidade ou adoção 6. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)

Enteados estudantes universitários até 24 (vinte e quatro) anos	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável do beneficiário titular 4. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda 5. Declaração de matrícula do semestre em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação 6. Declaração de frequência do semestre anterior em curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação 7. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Filhos inválidos	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Interdição civil judicial ou documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde 4. Sentença judicial para os casos de reconhecimento de paternidade ou adoção 5. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Enteados inválidos	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Interdição civil judicial ou documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde 4. Certidão de Casamento ou Escritura Pública Declaratória de União Estável do beneficiário titular 5. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda 6. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)
Menores sob guarda	1. Termo de Adesão preenchido e assinado por meio físico ou eletrônico pelo representante legal 2. Documento oficial com foto 3. Documento de determinação judicial de guarda provisória e, após o trânsito em julgado, o da guarda definitiva 4. Comprovação de dependência econômica junto ao beneficiário titular no imposto de renda 5. Cartão Nacional de Saúde (CNS) (desejável)

É obrigatório para todos os dependentes maiores de 18 (dezoito) anos o fornecimento de endereço de e-mail válido.

TABELA III
CUSTEIO DO PLANO

Contribuição do Governo do Distrito Federal	Repasse de aporte mensal: dos órgãos, instituições ou entidades representativas, calculado sobre a totalidade do valor mensal da folha de pagamento de seus empregados e servidores, nos termos do art. 21 da Lei nº 3.831, de 14/03/2006
Contribuições dos beneficiários	Mensalidades: com base na remuneração de todos os vínculos do servidor ou empregado público Coparticipações: percentuais sobre a utilização de serviços de saúde
Custeio integral	Soma da mensalidade e da contribuição do GDF, nos termos dos artigos 105 e 106

TABELA IV
REMUNERAÇÃO DO SERVIDOR OU EMPREGADO PÚBLICO

Espécies remuneratórias provenientes de todos os vínculos do servidor ou empregado público com o Governo do Distrito Federal, inclusive como aposentado, excluídas as vantagens periódicas e as de caráter indenizatório previstas na Lei Complementar nº 840, de 2011	
COMPÕEM A REMUNERAÇÃO BRUTA	NÃO INTEGRAM A REMUNERAÇÃO BRUTA
Vencimentos: salário-base do servidor ou empregado público	Vantagens periódicas: adicional de férias e décimo terceiro salário
Vantagens permanentes relativas ao cargo: gratificações e adicionais vinculados aos cargos de carreira ou ao seu exercício, inclusive decorrentes de substituições	

Vantagens relativas às peculiaridades de trabalho: gratificação de função de confiança e dos vencimentos de cargo em comissão, adicionais de insalubridade e de periculosidade, adicional por serviço extraordinário e adicional noturno	Vantagens indenizatórias: alimentação, creche ou escola, conversão de férias ou parte delas em pecúnia, abono de permanência, créditos decorrentes de demissão, exoneração e aposentadoria relativos a férias ou adicional de férias ou conversão de licença-servidor em pecúnia, diária e passagem para viagem, fardamento e transporte
Vantagens pessoais: adicional por tempo de serviço, adicional de qualificação e vantagens pessoais nominalmente identificáveis	
Vantagens eventuais: auxílio-natalidade, auxílio-funeral e gratificação por encargo de curso ou concurso.	

TABELA V
MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS DO GDF SAÚDE

MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS DO GGP-CRABD			
CATEGORIA	QUEM SE ENQUADRA	FORMA DE CÁLCULO DA MENSALIDADE	OBSERVAÇÕES
Beneficiário Titular	Servidores efetivos ativos	4% (quatro por cento) sobre a remuneração bruta, considerando todos os vínculos	Respeitados os valores mínimo e máximo fixados em ato normativo próprio
	Empregados públicos ativos		
	Servidores comissionados sem vínculo efetivo		
	Contratados temporariamente		
	Pensionistas de servidores efetivos (ativos ou inativos)	4% (quatro por cento) sobre o valor da pensão recebida	
	Inativos (aposentados vinculados ao Iprev)	4% (quatro por cento) sobre o provento bruto	
Beneficiário Dependente	Todos os dependentes elegíveis	Valor fixado conforme faixa etária	Faixas etárias e valores definidos em ato normativo próprio
Beneficiário Optante	Titular Optante	Custeio integral, correspondente à soma de: (i) mensalidade calculada com base na última remuneração; e (ii) montante equivalente ao valor mínimo de mensalidade vigente	Valor mínimo estabelecido em ato normativo próprio
	Dependente Optante	Custeio integral, correspondente à soma de: (i) mensalidade calculada conforme a faixa etária; e (ii) montante equivalente ao valor da própria mensalidade	Soma-se ao valor do titular optante, quando houver

TABELA VI
PERMANÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS OPTANTES

BENEFICIÁRIO TITULAR OPTANTE	DIREITO DE PERMANÊNCIA
Ex-servidores comissionados	Por até 1 (um) ano, desde que o interessado formalize sua opção no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de seu desligamento.
Ex-contratados temporários	
Ex-empregados públicos	
Servidor efetivo: licença sem vencimento, afastamento temporário e cessão sem ônus	Direito de permanência, desde que o interessado formalize sua opção no prazo de 30 (trinta) dias a contar do afastamento.
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE OPTANTE	
Podem permanecer no GDF SAÚDE, na condição de beneficiários dependentes optantes, aqueles que já forem dependentes na data da formalização da opção pelo titular.	
A permanência seguirá as mesmas condições aplicáveis aos titulares optantes.	
Não será admitida a inclusão de novos beneficiários dependentes vinculados a titulares optantes, exceto no caso de filho(a) nascido(a) após a data da formalização da opção.	

TABELA VII
PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO

PERCENTUAIS DE COPARTICIPAÇÃO	
TIPO DE ATENDIMENTO	PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO ¹
Assistência Médica	
atendimento ambulatorial em geral (consultas, procedimentos e tratamentos, serviços de apoio ao diagnóstico)	30%
internações clínicas	5%
internações cirúrgicas	
procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	
quimioterapia ambulatorial	
radioterapia ambulatorial	
terapia renal substitutiva	
assistência em hospital-dia	50%
home care (internação domiciliar)	
internações psiquiátricas superiores a 180 (cento e oitenta) dias, contínuas ou fragmentadas	50%
cirurgias bucomaxilofaciais não relacionadas a trauma	50%
Assistência Multidisciplinar	
assistência em fisioterapia	50%
assistência em fonoaudiologia	
assistência em psicologia	
assistência em terapia ocupacional	
Telemedicina e Telessaúde	
teleconsulta de pronto atendimento e eletiva	30%
¹ Os percentuais de coparticipação serão aplicados sobre todas as despesas assistenciais que compreendem os valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos e Eventos em Saúde – TABGDFSAÚDE, materiais, medicamentos, diárias, taxas, gases e OPMEs.	
A coparticipação para procedimentos, medicamentos e eventos em saúde não previstos será de 30% (trinta por cento), conforme §3º do art. 107.	

TABELA VIII
PRAZOS DE CARÊNCIA

A PARTIR DA EFETIVAÇÃO DA ADESÃO		CARÊNCIA
atendimento de urgência e emergência¹		24 horas
consultas eletivas		60 dias
exames diagnósticos		90 dias
parto a termo (excluídos partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional)		300 dias
demais casos (cirurgias, internações, tratamento oncológico, etc)		180 dias
¹ Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, desde que constatado o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, conforme regras estabelecidas no art. 89.		
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário		
Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)	Conforme definidos na tabela do GDF SAÚDE. Exemplos: cirurgias cardíacas, neurocirurgias, transplantes	12 meses
Internações em leitos de alta tecnologia	Incluem Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade Coronariana e Unidade Neonatal	12 meses
Procedimentos cirúrgicos	Exemplos: procedimentos cirúrgicos complexos (cardíacos, transplantes, oncológicos, etc)	12 meses
Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, ainda que relacionados à Doença ou Lesão Preexistente (DLP) declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas.		
Isenção de carência de dependentes²		
Filho natural recém-nascido: desde que o cadastro ocorra mediante solicitação do beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias do nascimento.		
Filho adotivo que adquiriu tal condição por sentença de adoção: desde que o cadastro ocorra mediante solicitação do beneficiário titular, em até 30 (trinta) dias do pronunciamento definitivo do juízo.		
Beneficiário dependente que passou à condição de pensionista: no prazo de 60 (sessenta) dias do óbito do beneficiário titular com o protocolo de pedido da pensão junto ao respectivo órgão de previdência, assumindo a titularidade do Plano.		
Beneficiário que adquirir um novo vínculo ou condição de elegível em até 90 (noventa) dias da perda da condição de beneficiário.		
² Somente se o titular já tiver cumprido os prazos de carência. O beneficiário que não observar os prazos para adesão, estará sujeito aos períodos de carência previstos no Regulamento.		