
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA – ASSESSORIA TÉCNICA

D E C R E T O Nº 2.195, DE 8 DE MAIO DE 2006.

Homologa o Regulamento da Lei nº 6.439, de 14 de janeiro de 2002.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual, e tendo em vista o disposto no art. 20 da Lei 6.439, de 14 de janeiro de 2002,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica homologado o Regulamento da Lei nº 6.439, de 14 de janeiro de 2002, que dispõe sobre o Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, anexo a este Decreto.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.
PALÁCIO DO GOVERNO, 8 de maio de 2006.

SIMÃO JATENE

Governador do Estado

TERESA LUSIA MÁRTIRES COELHO CATIVO ROSA

Secretária Especial de Estado de Gestão

REGULAMENTO DA LEI Nº 6.439, DE 14 DE JANEIRO DE 2002

CAPÍTULO I

NORMAS GERAIS

Art. 1º Este Regulamento institui normas relativas ao Plano de Assistência à Saúde - PAS, criado pela Lei nº 6.439, de 14 de janeiro de 2002.

§ 1º A adesão ao Plano é de caráter facultativo.

§ 2º A promoção e assistência à saúde dos servidores públicos e seus dependentes através do PAS compreende serviços ambulatoriais e hospitalares prestados, direta ou indiretamente, por intermédio do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará - IPASEP, observadas as normas, condições, limites e carências estabelecidos neste Regulamento.

§ 3º As normas, limites, condições e carências estabelecidos neste Regulamento serão revistos e alterados sempre que necessário à manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial do Plano, por meio de Resolução do Conselho de Administração.

§ 4º Às sociedades de economia mista e empresas públicas estaduais e às Organizações Sociais que prestam serviços ao Estado, bem como aos empregados destes entes, é facultada a adesão ao PAS, mediante avaliação prévia por parte do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Pará - IPASEP, consubstanciada em parecer atuarial, e aprovação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO II DOS USUÁRIOS

Art. 2º São usuários do PAS:

I - na qualidade de segurados:

a) os servidores ocupantes de cargos efetivos do Poder Executivo, incluindo sua administração direta, autárquica e fundacional, dos Poderes Judiciário e Legislativo, do Ministério Público Estadual, dos Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios e do Ministério Público junto aos Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios;

b) os Juízes e Desembargadores do Poder Judiciário Estadual, membros do Ministério Público Estadual, do Ministério Público junto aos Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios e Conselheiros dos Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios;

c) os militares ativos, da reserva remunerada e os reformados do Estado, os servidores inativos, os ocupantes exclusivamente de cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração e os ocupantes de funções temporárias;

d) os empregados das empresas públicas e sociedades de economia mista do Estado e Organizações Sociais que aderirem ao PAS nos termos deste Regulamento;

e) os pensionistas do Sistema de Previdência Estadual;

II - na qualidade de dependentes dos titulares:

a) o cônjuge, companheira(o), na constância do casamento ou da união estável;

b) os filhos solteiros não emancipados, de qualquer condição, menores de 18 (dezoito) anos;

c) os filhos maiores inválidos ou absolutamente incapazes, solteiros, desde que a invalidez ou incapacidade anteceda ao ato de inscrição no PAS;

d) o enteado, desde que comprovadamente esteja sob dependência econômica do usuário titular;

e) o menor tutelado, desde que comprovadamente resida com o usuário titular e deste dependa economicamente;

f) os filhos que estejam cursando ensino superior em estabelecimento oficial ou reconhecido, até 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que solteiros e mediante a comprovação semestral da matrícula e frequência regular em curso de nível superior ou de sujeição a ensino especial, nas hipóteses previstas no art. 9º da Lei Federal nº 5.692, de 11 de agosto de 1971;

g) os pais, desde que não percebam renda própria superior a dois salários mínimos;

h) o menor sob guarda judicial.

§ 1º Considera-se companheiro(a) a pessoa que, não sendo casada, mantém união estável com o(a) usuário(a) solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a) ou separado de fato, desde que habitem sob o mesmo teto, perfazendo núcleo familiar como se marido e mulher fossem os conviventes.

§ 2º É facultado ao dependente do usuário do PAS que vier a falecer proceder provisoriamente sua inscrição no PAS, na qualidade de pensionista, mediante comprovação de tramitação no IGEPREV de processo de concessão de pensão em seu favor, devendo o pagamento ser feito através de guia de recolhimento referente ao valor de sua contribuição, acrescida do percentual da contribuição do Estado.

§ 3º A inscrição do pensionista prevista no parágrafo anterior se prolongará até conclusão do processo de concessão de pensão, transformando-se em inscrição permanente em caso de deferimento do referido benefício.

§ 4º Caso seja indeferido o processo de concessão de pensão no IGEPREV, o usuário não poderá permanecer filiado ao PAS.

Art. 3º No ato da inscrição no PAS, deverá ser apresentado:

- I - para cônjuge, a certidão de casamento;
 - II - para os filhos solteiros não emancipados, de qualquer condição, menores de 18 (dezoito) anos, a certidão de nascimento e, em caso de adoção, termo de adoção;
 - III - para filhos maiores inválidos ou absolutamente incapazes:
 - a) certidão de nascimento do dependente;
 - b) laudo pericial, fornecido pela perícia médica do IPASEP, atestando a invalidez do dependente;
 - IV - para o enteado:
 - a) certidão de nascimento do enteado;
 - b) certidão de casamento do usuário titular com o cônjuge genitor(a) do enteado;
 - c) declaração do Imposto de Renda, na qual o enteado figure como dependente;
 - d) pelo menos 3 (três) documentos dentre os listados no § 1º deste artigo;
 - V - para o menor tutelado:
 - a) certidão de nascimento do menor;
 - b) termo de tutela do menor;
 - VI - para os filhos até 24 (vinte quatro) anos que estejam cursando nível superior em estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido:
 - a) certidão de nascimento do dependente;
 - b) comprovação semestral da matrícula em estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido;
 - c) certidão de frequência regular em curso de nível superior, fornecida semestralmente pelo estabelecimento de ensino;
 - VII - para os pais, desde que não percebam renda própria superior a 2 (dois) salários mínimos:
 - a) documento de identidade dos pais;
 - b) documento de identidade dos titulares;
 - c) certidão negativa do INSS, IGEPREV e regime previdenciário municipal, se houver;
 - VIII - para o menor sob guarda até 18 (dezoito) anos:
 - a) certidão de nascimento;
 - b) certidão de guarda expedida pelo Poder Judiciário.
- § 1º Para efeito de comprovação do vínculo de companheiro(a), deverá ser apresentado, no mínimo, 3 (três) dos documentos a seguir enumerados:
- a) certidão de nascimento de filho havido em comum;
 - b) certidão de casamento religioso;
 - c) declaração do Imposto de Renda do usuário titular em que conste o interessado como seu dependente;
 - d) disposições testamentárias;

e) anotação constante da CP (Carteira Profissional) e/ou CTPS (Carteira do Trabalho e Previdência Social), feita pelo órgão competente;

f) prova da mesma residência há mais de 6 (seis) meses;

g) prova de encargos domésticos evidentes e da existência de sociedade de fato nos atos da vida civil;

h) procuração ou fiança reciprocamente outorgada;

i) conta bancária conjunta;

j) registro em associação de qualquer natureza, no qual conste o interessado como dependente do usuário titular;

k) anotação constante de ficha ou livro de registro de empregado;

l) apólice de seguro, da qual conste o usuário titular como instituidor do seguro à pessoa interessada como sua beneficiária;

m) ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o usuário titular como responsável;

n) escritura de compra e venda de imóvel adquirido pelo usuário titular em nome do dependente;

o) quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar.

§ 2º A apresentação de um dos documentos enumerados nas alíneas "c", "d" e "f" do parágrafo anterior constitui, por si só, prova bastante e suficiente para a comprovação do vínculo de companheiro(a).

Art. 4º Somente terão direito aos serviços do PAS os usuários e seus dependentes inscritos nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO III

DA INSCRIÇÃO, DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE USUÁRIO

Art. 5º A inscrição do usuário no PAS se dará através de requerimento padronizado dirigido ao IPASEP, por intermédio do qual o interessado manifestará expressamente sua adesão, bem como o conhecimento e a aceitação de todas as normas, condições, limites e carências estabelecidos neste Regulamento.

§ 1º Após a inscrição, o usuário receberá do PAS, gratuitamente, o seu Cartão de Identificação e de seus dependentes.

§ 2º A inscrição será formalizada após o pagamento da primeira contribuição, comprovada mediante desconto em contracheque.

§ 3º Será preenchida pelo usuário a declaração pessoal de saúde e de seus dependentes.

§ 4º Em caso de perda, extravio ou roubo do Cartão de Identificação, o usuário deverá comunicar ao IPASEP através de formulário próprio fornecido pelo PAS, anexando o Boletim de Ocorrência Policial.

§ 5º Pela emissão da 2ª via do cartão do PAS será cobrada uma taxa de R\$ 2,00 (dois reais).

Art. 6º A inclusão de dependentes deverá ser realizada pessoalmente pelo titular ou através de procurador regularmente constituído.

Art. 7º A comprovação da união estável é imprescindível para efeito de inscrição do(a) companheiro(a) no PAS.

Art. 8º Perderá a qualidade de usuário:

I - o titular e o dependente que vier a falecer;

II - o titular que for exonerado, dispensado, demitido ou desligado;

III - o filho que alcançar a maioridade civil, ainda que antecipada, ressalvado o disposto no art. 2º, inciso II, alíneas “c” e “f”;

IV - o filho que vier a contrair matrimônio, união estável ou vier a perder a dependência econômica;

V - o(a) cônjuge, pelo abandono do lar reconhecido por sentença judicial transitada em julgado, anulação do casamento, separação judicial, divórcio ou separação de fato devidamente comprovada;

VI - o(a) companheiro(a), pela cessação da união estável com o usuário;

VII - o enteado e o menor tutelado, com a perda da dependência econômica ou percepção de alimentos;

VIII - os usuários economicamente dependentes, quando cessar essa situação;

IX - o usuário dependente, pela perda da dependência do titular;

X - o usuário que perder o vínculo funcional com o Estado;

XI - o usuário que deixar de receber do Tesouro Estadual.

Art. 9º No caso de rescisão ou exoneração, o servidor poderá manter a condição de usuário por um período de 10 (dez) meses, mediante contribuição para o PAS equivalente ao valor da sua cota, acrescida do valor da cota patronal, a ser efetuada através de guia de recolhimento.

§ 1º O usuário terá um prazo de 30 (trinta) dias, a partir da publicação da Portaria de rescisão ou exoneração, para solicitar a sua permanência no PAS.

§ 2º O usuário de que trata o parágrafo anterior será automaticamente desligado do PAS se deixar de recolher as suas contribuições por mais de 60 (sessenta) dias.

Art. 10. O usuário poderá, em qualquer época e voluntariamente, retirar-se ou retirar quaisquer de seus dependentes do Plano, bastando encaminhar requerimento ao Protocolo do IPASEP, sem direito à restituição dos valores já recolhidos.

Parágrafo único. O usuário poderá pedir seu reingresso no PAS, ou dos seus dependentes que se retiraram do Plano voluntariamente, ficando sujeito a novos períodos de carência, conforme estipulado neste Regulamento.

Art. 11. O usuário do PAS cuja contribuição não for averbada em contracheque por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias terá suspenso o direito aos serviços do PAS até regularização da averbação.

Parágrafo único. O usuário poderá voltar a receber o atendimento mediante a quitação de todos os meses em débito com o PAS, através de guia de recolhimento bancário emitida pelo IPASEP.

Art. 12. Os valores do recolhimento de que trata o artigo anterior corresponderão ao valor de sua cota, acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês e da correção monetária, a qual será expressa pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC referente ao período das contribuições em atraso.

Art. 13. O usuário do PAS que deixar de receber sua remuneração do Estado sem perder o vínculo funcional poderá solicitar ao IPASEP a permanência no Plano,

mediante contribuição mensal no valor correspondente a sua cota e da patronal, através de guia de recolhimento bancário.

§ 1º O recolhimento das contribuições de que trata o presente artigo deverá ser feito até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao vencido.

§ 2º Caso o afastamento do usuário decorra de auxílio-doença pelo Regime Geral de Previdência Social, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

I - último contracheque constando à contribuição do PAS;

II - carta de concessão do benefício (auxílio-doença);

III - declaração do órgão de lotação do servidor ratificando o período de afastamento referente à licença.

§ 3º Caso o benefício de que trata o parágrafo anterior estenda-se por mais de 3 (três) meses, o usuário deverá apresentar ao IPASEP, no ato da expedição da guia de recolhimento, a declaração a que se refere o inciso III do parágrafo anterior devidamente atualizada.

§ 4º Se o usuário deixar de efetuar o recolhimento das contribuições do PAS por mais de 60 (sessenta) dias, será excluído do Plano, sem direito à restituição de qualquer valor pago.

CAPÍTULO IV DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS

Art. 14. O IPASEP assegura aos seus usuários expressamente inscritos as coberturas abaixo especificadas, depois de cumpridos os períodos de carência estabelecidos e observadas as condições previstas neste Regulamento, com abrangência em todo Estado do Pará:

I - assistência ambulatorial;

II - assistência hospitalar;

III - assistência fonoaudiológica;

IV - assistência psicológica;

V - assistência domiciliar.

Parágrafo único. Em todo e qualquer atendimento pelo PAS, o usuário deverá apresentar o Cartão de Identificação do Plano, o último contracheque ou a guia de recolhimento comprovando a contribuição para o PAS e a carteira de identidade.

Seção I Da Assistência Ambulatorial

Art. 15. A assistência ambulatorial compreende:

I - cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, concedidas sem autorização prévia, observando o limite de gratuidade de 6 (seis) consultas/ano por usuário, salvo exceções previstas no Anexo II deste Regulamento;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, devendo os exames e procedimentos ambulatoriais considerados especiais, tais como diálise peritoneal, hemodiálise, sessões de quimioterapia, radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias, hemoterapia, nutrição enteral e parenteral, procedimentos

diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações, radiologia intervencionista, exames pré-anestésico ou pré-cirúrgico, ser concedidos de acordo com o previsto nos Anexos I e II deste Regulamento, mediante autorização do PAS em formulário próprio;

III - cobertura de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID 10, em atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem riscos ou danos físicos para o próprio usuário ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes; a psicoterapia de crise, entendida esta como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano, não-cumulativas;

IV - atendimento de urgência e emergência, inclusive os decorrentes de acidente pessoal ou processo gestacional que demandam a atenção continuada, pelo período de 12 horas, no pronto atendimento do PAS ou na rede credenciada.

§ 1º O atendimento de urgência e emergência é aquele prestado ao usuário em condição clínica ou cirúrgica que se caracteriza por sofrimento intenso ou risco de morte imediata, garantindo-lhe assistência de modo a preservar sua vida, órgãos e funções, e por lesões irreparáveis, incluindo as resultantes de acidentes pessoais, complicações no processo gestacional ou transtornos psiquiátricos.

§ 2º Após o atendimento de urgência e emergência e constatada a necessidade do tratamento em regime hospitalar pelo médico assistente, o PAS garantirá a cobertura da internação na rede credenciada.

§ 3º O disposto no parágrafo anterior não se aplica às exceções estabelecidas nos Anexos I e II deste Regulamento, hipótese em que os procedimentos excedentes serão concedidos gratuitamente, desde que os usuários estejam regularmente matriculados no Programa de Doenças Crônicas-Degenerativas, Gestantes e Recém-Natos.

Art. 16. Em todo procedimento ambulatorial o PAS dará cobertura de serviços médicos, enfermagem, medicamentos e materiais inerentes, e taxas acordadas em contrato de credenciamento.

Art. 17. Os usuários poderão usufruir os tratamentos oferecidos nos limites estabelecidos nos Anexos I e II deste Regulamento, mediante solicitação do médico assistente e com autorização prévia do PAS.

Art. 18. É facultado aos usuários utilizar os serviços de consultas, exames complementares e tratamentos especializados além dos limites estabelecidos nos Anexos I e II deste Regulamento, mediante o pagamento do valor do procedimento constante da lista de procedimentos do PAS diretamente ao estabelecimento prestador de serviço.

Art. 19. Os atendimentos de urgência e emergência serão realizados em:

I - Belém:

a) urgência: pronto atendimento do PAS;

b) emergência: rede credenciada pelo PAS;

II - outros municípios: urgência e emergência - na rede credenciada, de acordo com as normas estabelecidas pelo PAS no município.

Art. 20. Para os atendimentos de urgência e emergência não existe carência.

Seção II Da Assistência Hospitalar

Art. 21. A assistência hospitalar compreende a cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive os procedimentos obstétricos.

Art. 22. O atendimento hospitalar compreende, exclusivamente, aqueles ocorridos em unidade hospitalar regularmente credenciada pelo IPASEP.

Art. 23. Estarão asseguradas às expensas do PAS todas as despesas decorrentes de internação, conforme descrição abaixo:

I - a internação será realizada em acomodação coletiva (enfermaria), podendo o usuário optar por acomodação superior, caso em que o IPASEP, através de contrato, manterá acordo com a rede hospitalar quanto aos valores da diferença por itens, os quais, se acatados pelo usuário, deverão ser pagos diretamente ao credenciado, não gerando reembolso de qualquer espécie;

II - honorários de um segundo médico assistente, somente quando solicitado pelo médico assistente e autorizado pelo PAS, não se admitindo mais de um médico por especialidade;

III - honorários do médico solicitado pelo médico assistente para emitir parecer, desde que seja credenciado ou pertencente ao corpo clínico do hospital credenciado e seja autorizado pelo PAS;

IV - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente e autorização da Auditoria Médica do PAS;

V - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e exames complementares indispensáveis para o controle da evolução e elucidação diagnóstica da doença; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais; sessões de fisioterapia, quimioterapia, diálise, hemodiálise, radioterapia, nutrição enteral e parenteral; transfusão de sangue e seus derivados, conforme prescrição do médico assistente, realizadas ou ministradas durante o período de internação hospitalar, e toda e qualquer taxa acordada em contrato, incluindo materiais utilizados até a alta hospitalar;

VI - assistência hospitalar, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, ao recém-nascido filho natural do usuário titular ou de seu dependente regularmente inscrito;

VII - cobertura das despesas decorrentes de curetagem e laqueaduras de trompas determinadas pelo médico assistente exclusivamente em razão de risco de morte da paciente;

VIII - cobertura para as cirurgias reparadoras e decorrentes de acidente coberto pelo PAS, ocorrido na vigência do contrato para cuja finalidade considera-se cirurgia ou tratamento reparador aquele necessário à restituição das funções dos membros ou órgãos;

IX - cirurgia plástica de mama por mutilação decorrente da utilização de técnica de tratamento de Câncer, utilizando-se de todos os meios técnicos necessários, bem como aquelas consideradas patológicas (Gigantomastia), associadas à patologia de coluna.

Parágrafo único. As internações hospitalares eletivas dependerão sempre de autorização prévia do PAS, que avaliará as causas que determinaram sua solicitação, com possibilidade de apazamento após cumprimento do período de carência.

Art. 24. Todo serviço que necessite de autorização prévia, conforme o disposto nos Anexos I e II deste Regulamento, será liberado mediante apresentação da

identidade fornecida pelo PAS e da solicitação do médico assistente devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo profissional, bem como da autorização prévia do médico auditor do IPASEP no hospital credenciado.

§ 1º Quando se tratar de tratamentos especiais, além dos documentos constantes do “caput”, o usuário deverá apresentar laudo com os dados clínicos solicitados pelo médico especializado da área justificando o procedimento.

§ 2º Nos casos de cirurgias eletivas, a autorização será mediante apresentação de relatório do cirurgião contendo descrição do quadro clínico, indicação da cirurgia e resultado dos exames complementares que comprovem a necessidade do procedimento cirúrgico, bem como indicação do material de órtese e prótese e seus acessórios a serem usados no ato da cirurgia com a devida codificação da tabela utilizada.

Art. 25. Nos casos de urgência e emergência em que o usuário for atendido em hospitais não-credenciados e que haja necessidade de continuidade do tratamento, de acordo com o laudo médico consubstanciado, o responsável deverá comunicar imediatamente ao PAS para que seja providenciada a remoção do paciente junto à rede credenciada.

Art. 26. Para obtenção da Guia de Autorização - GSR (urgência e emergência e internamento clínico e cirúrgico), o usuário deverá estar de posse do laudo de atendimento emitido pelo médico assistente, o qual deverá conter as seguintes informações:

I - diagnóstico (com CID 10) ou hipótese diagnóstica;

II - tratamento realizado ou proposto;

III - duração provável do tratamento;

IV - justificativa do tratamento que caracterize a situação, inclusive de urgência e emergência, se for o caso.

§ 1º O médico assistente determinará a necessidade e o prazo provável de internação, o qual poderá ser prorrogado, sempre que necessário, mediante a apresentação de laudo médico consubstanciado, com autorização prévia do médico auditor do IPASEP no hospital credenciado.

§ 2º A assistência hospitalar será realizada por médicos pertencentes ao corpo de profissionais das entidades credenciadas ou por aqueles autorizados pelo PAS.

Art. 27. A assistência hospitalar também compreende a cobertura de remoção de pacientes, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos ofertados pela unidade de saúde para a continuidade do tratamento do paciente.

Parágrafo único. Deverá ser disponibilizada ambulância com recursos necessários para garantir a manutenção da vida do paciente.

Art. 28. O PAS cobrirá o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Revisão - CID 10, adotando medidas que evitem a estigmatização e institucionalização desses transtornos.

Seção III Da Assistência Fonoaudiológica

Art. 29. A cobertura fonoaudiológica compreende os atendimentos realizados por fonoaudiólogos regularmente credenciados pelo IPASEP, visando à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento dos distúrbios de comunicação oral e escrita, dos

distúrbios de linguagem, voz e motricidade oral, e atendimento em audiologia, sendo que os limites estão registrados no Anexo I deste Regulamento.

Seção IV Da Assistência Psicológica

Art. 30. A cobertura psicológica compreende os atendimentos realizados por psicólogos regularmente credenciados pelo IPASEP, visando à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento dos distúrbios de comportamento e relação humana, limites estes previstos no Anexo I deste Regulamento.

Seção V Da Assistência Domiciliar

Art. 31. A cobertura de assistência domiciliar fica restrita ao tratamento de pacientes crônicos ou fora de possibilidade terapêutica que necessitem de desospitalização, por indicação do médico assistente do paciente, análise e parecer favorável da equipe da empresa credenciada para atendimento domiciliar, com autorização prévia da Auditoria Médica do PAS.

Seção VI Do Reembolso

Art. 32. Em casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios ou credenciados pelo IPASEP, poderá ser solicitado pelo usuário titular o reembolso das despesas efetuadas.

§ 1º Para cumprimento do disposto no “caput”, faz-se necessária a apresentação, no Protocolo do IPASEP, da documentação comprobatória do atendimento, dos documentos fiscais originais, de requerimento em formulário próprio do IPASEP, do laudo médico preenchido pelo médico assistente, no qual conste, obrigatoriamente, o nome do paciente, a descrição do atendimento com o diagnóstico caracterizando atendimento de urgência e emergência, a hora de admissão, a alta a data, a assinatura e o carimbo do médico assistente, da conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos utilizados, com o preço por unidade, juntamente com cópia dos laudos dos exames complementares devidamente assinados e o recibo original da fatura.

§ 2º O processo será analisado pela Auditoria do IPASEP e os valores a serem reembolsados serão aqueles constantes das tabelas de remuneração dos serviços credenciados pelo IPASEP, sendo que o período máximo de reembolso será de 60 (sessenta) dias.

Seção VII Do Custo Operacional

Art. 33. Entende-se por custo operacional o pagamento integral, pelo usuário, dos procedimentos por ele utilizados, quando estes não estiverem cobertos pelo PAS.

CAPÍTULO V DA COBERTURA DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 34. O PAS garantirá a seus usuários tratamento das doenças e lesões preexistentes.

Parágrafo único. O usuário obedecerá ao período de carência e às limitações descritos nos Anexos I e II deste Regulamento.

CAPÍTULO VI DO CUSTEIO

Art. 35. O PAS será custeado através das seguintes fontes de receita:

I - contribuição mensal dos segurados ativos, com percentual de 6% (seis por cento) sobre o total de sua remuneração, subsídios e proventos;

II - contribuição mensal dos segurados inativos, dos militares da ativa, da reserva remunerada e reformados, no percentual de 6% (seis por cento) sobre o total de seus subsídios e proventos;

III - contribuição mensal dos segurados ocupantes exclusivamente de cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração, e dos ocupantes de funções temporárias que aderirem ao PAS, no percentual de 6% (seis por cento) sobre o total de sua remuneração;

IV - contribuição mensal dos pensionistas que aderirem ao PAS, no percentual de 6% (seis por cento) sobre o total de sua pensão;

V - contribuição mensal de quaisquer dos Poderes do Estado do Pará, suas autarquias e fundações, sociedades de economia mista, empresas públicas estaduais e Organizações Sociais que prestem serviços ao Estado, no percentual de 6% (seis por cento) incidente sobre a folha de pagamento do total das remunerações, salários, subsídios e proventos dos servidores ativos e inativos, dos militares da ativa, da reserva remunerada ou reformados, dos servidores ocupantes exclusivamente de cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração, e dos ocupantes de funções temporárias e pensionistas que aderirem ao PAS;

VI - contribuição extraordinária, no valor de R\$30,00 (trinta reais), para a inscrição de cada um dos pais como dependentes do PAS;

VII - receita proveniente de contribuições complementares para o Programa de Assistência à Saúde;

VIII - receitas oriundas da remuneração, a qualquer título, das disponibilidades do Plano, inclusive as decorrentes de encargos pelo pagamento em atraso de quaisquer valores a ele devidos;

IX - outras receitas que lhe forem destinadas.

§ 1º O valor máximo da contribuição ao PAS deverá corresponder a R\$300,00 (trezentos reais).

§ 2º A contribuição extraordinária para a inscrição dos pais, de que trata o inciso VI deste artigo, não será devida caso o segurado não possua qualquer dos dependentes de que trata o inciso II do art. 2º deste Regulamento.

Art. 36. Considera-se base de cálculo para fins de contribuição ao PAS:

I - do segurado ativo que aderir ao PAS, a remuneração total, subsídios ou proventos totais, assim entendidos como os vencimentos, subsídios ou soldo acrescido das

gratificações e adicionais de qualquer natureza, excluindo-se o 13º (décimo terceiro) salário, as indenizações e auxílios;

II - do segurado inativo que aderir ao PAS, a totalidade dos proventos ou subsídios, excluindo-se o 13º (décimo terceiro) salário;

III - do pensionista que aderir ao PAS, a totalidade do benefício, excluindo-se o 13º (décimo terceiro) salário, mesmo quando rateado entre dois ou mais beneficiários, hipótese em que o desconto incidirá proporcionalmente sobre cada cota-parte da pensão.

§ 1º Considera-se como remuneração os vencimentos acrescidos das demais vantagens, de caráter permanente ou temporário, atribuídas ao servidor pelo exercício de cargo público.

§ 2º Excetuam-se da base de cálculo de contribuição as diárias, as ajudas de custo, o salário-família, o auxílio-fardamento e as gratificações de periculosidade, de insalubridade e de risco de vida.

Art. 37. As contribuições pertinentes ao PAS serão descontadas de ofício pelos setores encarregados do pagamento dos respectivos subsídios, remunerações e proventos, e recolhidas ao IPASEP até o 12º (décimo segundo) dia do mês subsequente, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa do responsável pelo órgão ou entidade inadimplente, independente do disposto no art. 38, também aplicável à espécie.

Art. 38. As contribuições não recolhidas nos prazos estabelecidos neste Regulamento ficam sujeitas a juros de mora e atualização monetária, de acordo com a variação do índice oficial adotado pelo Governo.

Parágrafo único. As contribuições em atraso dos órgãos que deveriam efetuar os recolhimentos, de qualquer Poder, serão objeto de desconto nos repasses subsequentes.

Art. 39. O cancelamento de inscrição do usuário do PAS, em qualquer hipótese, não lhe dará direito à restituição das contribuições pagas.

CAPÍTULO VII DAS EXCLUSÕES

Art. 40. Estão excluídos da cobertura do PAS, quer nos aspectos clínico-cirúrgicos como de investigação diagnóstica, os seguintes procedimentos, tenha ou não havido internação, mesmo resultantes de acidentes pessoais:

I - internação hospitalar em clínicas de rejuvenescimento, de emagrecimento ou de reabilitação com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

II - despesas decorrentes de serviços prestados por médicos ou entidades não credenciadas pelo IPASEP, salvo quando de atendimentos de urgência e emergência;

III - atos médicos não éticos ou proibidos pelo Conselho Regional de Medicina e suas conseqüentes complicações;

IV - tratamento fora do Estado, exceto para os atendimentos de urgência e emergência, após criada a câmara de compensação/intercâmbio pelo CONIASSP;

V - fornecimento de medicamentos importados ou não-nacionalizados;

VI - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

VIII - eventos que ultrapassem os limites e condições estipuladas nas segmentações contratadas ou não estejam ali incluídas;

IX - despesas excluídas e que estejam consignadas nas cláusulas das segmentações contratadas;

X - procedimentos e/ou tratamento odontológico;

XI - despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste Regulamento, exceto as urgências e emergências;

XII - internamento para tratamento fisioterápico, exceto os casos em que o laudo médico estabeleça esse procedimento;

XIII - qualquer serviço eventualmente prestado por hospital credenciado, direta ou indiretamente, e não relacionado estritamente com o tratamento do usuário, considerado como extraordinário (telefonemas, telegramas, despesas com frigo e acompanhantes para maiores na faixa de 18 (dezoito) a 60 (sessenta) anos de idade), e indenização por danos ou destruição;

XIV - vacinas preventivas, exceto quando da realização de campanhas efetuadas pelo IPASEP;

XV - escleroterapia de varizes dos membros inferiores;

XVI - acidentes, lesões e patologias decorrentes da prática de exercícios de atividade de risco voluntário, assim discriminados: asa-delta, caça submarina, automobilismo, motociclismo, boxe, pára-quedismo e outras assemelhadas;

XVII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto para os usuários que se encontram em tratamento pelo Programa de Assistência Domiciliar, devidamente autorizado pela Auditoria Médica do PAS;

XVIII - transplantes;

XIX - procedimentos sujeitos a limites, executados acima do número de sessões estipulado nas normas complementares, caso em que será aplicado o disposto no art. 18 deste Regulamento;

XX - procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta seja feita no Brasil;

XXI - cirurgia dermolipectomia abdominal não estética (plástica abdominal), plástica mamária feminina não-estética, exceto aquela associada a tumores malignos, cirurgia refrativa, independente do grau de refração.

CAPÍTULO VIII DO PERÍODO DE CARÊNCIA

Art. 41. Período de carência é o lapso de tempo correspondente ao número mínimo de contribuições, mensais e sucessivas, indispensáveis para que o usuário e seus dependentes possam utilizar os serviços oferecidos pelo PAS.

§ 1º Os procedimentos de carências encontram-se relacionados no Anexo II deste Regulamento.

§ 2º Os servidores e seus dependentes já inscritos no PAS e que nele permanecerem após a publicação deste Regulamento não estarão sujeitos aos períodos de carência previstos no Anexo II deste Regulamento.

§ 3º Os filhos do usuário titular nascidos na vigência do Plano e não inscritos até 30 (trinta) dias após a data do nascimento estarão sujeitos as carências previstas no Anexo II deste Regulamento.

CAPÍTULO IX DAS PENALIDADES

Art. 42. Pela prática de atos que resultem em prejuízos de qualquer natureza para o PAS, os usuários e seus dependentes ficam sujeitos à penalidade de advertência, cuja aplicação é de competência do Presidente do IPASEP, cabendo recursos ao Conselho de Administração, sendo cabível nos seguintes casos:

- I - assinar guias ou quaisquer documentos do PAS em branco;
- II - permitir que pessoas não autorizadas assinem guias ou quaisquer documentos do PAS;
- III - não comunicar ao PAS o extravio do Cartão de Identificação do titular ou dependente no prazo máximo de 15 (quinze) dias;
- IV - causar prejuízos de qualquer natureza ao IPASEP, desde que evidenciada a má-fé, sendo que, na ocorrência de prejuízos pecuniários, estes ficarão sob responsabilidade dos usuários titulares;
- V - permitir a utilização do Cartão de Identificação do PAS por terceiros, caso em que as despesas decorrentes desse ato serão de responsabilidade do usuário titular.

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. As solicitações médicas de exames, tratamentos e/ou procedimentos emitidos pelo PAS terão validade de 30 (trinta) dias corridos, passados os quais as mesmas perderão a validade.

Parágrafo único. As guias de internamento (eletivo) terão validade de 15 (quinze) dias.

Art. 44. Os valores de contribuição estabelecidos neste Regulamento passarão a vigorar 30 (trinta) dias após a sua publicação.

Art. 45. Todos os usuários estarão sujeitos ao cumprimento das normas, limites e valores vigentes, especialmente no que se refere aos períodos de carência, cuja contagem se dará a partir da primeira contribuição, exceto para os atendimentos de urgência e emergência.

Art. 46. Este Regulamento entra em vigor após sua homologação por decreto do Governador, publicado no Diário Oficial do Estado.

TERESA LUSIA MARTIRES COELHO CATIVO ROSA

Presidente do Conselho de Administração

ANTONIO CARLOS FONTELLES DE LIMA

Conselheiro

FREDERICO ANIBAL DA COSTA MONTEIRO

Conselheiro

MARIA RUTE TOSTES DA SILVA

Conselheira
MAIRTON MARQUES CARNEIRO
Representante do Tribunal de Justiça do Estado
PIO MENEZES VEIGA NETO
Representante da Assembleia Legislativa do Estado
CEL PM JOAQUIM SILVA SOUZA
Conselheiro
RENEE DOS PRAZERES MAIA
Representante dos Inativos e Pensionistas
FRANCISCO MARTINS DE LIMA
Representante dos Servidores

ANEXO I

ESPECIFICAÇÃO

QUANTIDADE DE EXAMES SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CONFORME O

MODERADOR

QUANTIDADE DE EXAMES COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CONFORME O

MODERADOR

GRUPO
SUBGRUPO

CONSULTAS

6 POR USUÁRIO/ANO

PATOLOGIA CLÍNICA BIOQUÍMICA

ESPERMA

FEZES

HEMATOLOGIA

HORMÔNIOS

IMUNOLOGIA

LIQ. AMINIÓTICO

LIQ. SINOVIAL E DERRAMES

LIQ. CEFALORRAQUEANO

MICROBIOLOGIA

SUCO GÁSTRICO

URINA

PATOLOGIA CLÍNICA OCUPACIONAL

15 EXAMES/ANO POR USUÁRIO

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

A COTA DE UM EXAME NÃO INCLUI OS EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS
(PEÇAS RETIRADAS EM ATO CIRÚRGICO)

2 EXAMES/ANO POR USUÁRIO

RADIODIAGNÓSTICO GRUPO I

(Nº DE INCIDÊNCIAS-EXAMES COMPLETO DE SEGMENTO OU ÓRGÃO)

CRÂNIO-FACE
COLUNA VERTEBRAL
ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES
BACIA E MEMBROS INFERIORES
ÓRGÃOS INTERNOS DO TÓRAX
3 EXAMES/ANO POR USUÁRIO
RADIODIAGNÓSTICO GRUPO II

(Nº DE INCIDÊNCIAS-EXAME COMPLETO DE SEGMENTO OU ÓRGÃO)

APARELHO DIGESTIVO
APARELHO GENITURINÁRIO
NEURORADIOLOGIA
ANGIOGRAFIA
2 EXAMES/ANO POR USUÁRIO
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
AUDITORIA MÉDICA

CONSULTAS E EXAMES COMPLEMENTARES DE APOIO DIAGNÓSTICO COM
OS
SEUS LIMITADORES

ESPECIFICAÇÃO
QUANTIDADE DE EXAMES SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CONFORME O
MODERADOR
QUANTIDADE DE EXAMES COM
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CONFORME O MODERADOR

GRUPO
SUBGRUPO
GRUPO III (EXAMES ESPECIAIS)
ULTRA-SONOGRAFIA
MAMOGRAFIA
2 EXAMES/ANO POR USUÁRIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
1 EXAME/ANO POR USUÁRIO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
DIAGNÓSTICAS (NÃO ESTÃO INCLUÍDAS AS ENDOSCOPIAS CIRÚRGICAS E
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO) PERORAL
2 EXAMES/ANO POR USUÁRIO
MEDICINA NUCLEAR
EXAMES IN-VIVO
1 EXAME/ANO POR USUÁRIO
EXAMES IN-VITRO
8 EXAMES/ANO POR USUÁRIO
RADIOIODOTERAPIA
AUDITORIA MÉDICA

DIAGNOSE
OTORRINOLARINGOLOGIA
OFTALMOLOGIA
ELETRONEUROFISIOLOGIA
CLÍNICA
TISIOPNEUMOLOGIA
1 EXAME/ANO POR USUÁRIO
E.C.G.
2 EXAMES/ANO POR USUÁRIO
TESTE ERGOMÉTRICO
1 EXAME/ANO POR USUÁRIO
HOLTER
ELETROENCEFALOGRAMA
MAPA 24 HORAS
VECTOCARDIOGRAMA
FONOMEKANOCARDIOGRAFIA
1 EXAME/ANO POR USUÁRIO

ESPECIFICAÇÃO
QUANTIDADE DE EXAMES SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CONFORME O
MODERADOR
QUANTIDADE DE EXAMES COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA CONFORME O
MODERADOR

GRUPO
SUBGRUPO
Tratamento especializado seqüencial
QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA
30 SESSÕES/ANO
DIÁLISE
10 SESSÕES/ANO
HEMODIÁLISE
30 SESSÕES/ANO
PSICOTERAPIA
12 SESSÕES/ANO
FISIOTERAPIA
30 SESSÕES/ANO
EXERCÍCIOS ORTÓPICOS
10 SESSÕES/ANO
FONOTERAPIA
30 SESSÕES/ANO
EXCEÇÕES
Gestantes

DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO SERÃO LIBERADOS:
- 6 (SEIS) CONSULTAS PARA GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA
- 18 (DEZOITO) EXAMES PATOLOGIA CLÍNICA
- 2 (DUAS) ULTRA-SONOGRAFIAS OBSTÉTRICAS

Pré-operatório

- 1 (UM) EXAME RADIODIAGNÓSTICO DO GRUPO I
- 1 (UM) EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA
- 12 (DOZE) EXAMES PATOLOGIA CLÍNICA
- 1 (UMA) CONSULTA PARA O RISCO CIRÚRGICO

Criança no 1º ano de vida

- 12 (DOZE) CONSULTAS

Doenças crônicas

- APÓS ESGOTADA AS COTAS DO MODERADOR, OS USUÁRIOS MATRICULADOS NOS PROGRAMAS DE SAÚDE TERÃO SEUS PROCEDIMENTOS LIBERADOS DE ACORDO COM SUAS PATOLOGIAS.

ANEXO II

DAS CARÊNCIAS

Eventos

Para inscrições até 60 dias da publicação deste Regulamento

Para inscrições após 60 dias da publicação deste Regulamento

Para servidores concursados, inscrições até 30 dias da nomeação

Para servidores concursados, inscrições após 30 dias da nomeação

Urgências e emergências

24 h contadas da inscrição do servidor

24 h contadas da inscrição do servidor

24 h contadas da inscrição do servidor

24 h contadas da inscrição do servidor

Consultas e exames simples

Após o pagamento da primeira contribuição

Após o pagamento da primeira contribuição

Após o pagamento da primeira contribuição

Após o pagamento da primeira contribuição

Demais exames e internações

30 dias contados a partir da primeira contribuição

90 dias contados a partir da primeira contribuição

30 dias contados a partir da primeira contribuição

90 dias contados a partir da primeira contribuição

Parto a termo

270 dias contados a partir da primeira contribuição

270 dias contados a partir da primeira contribuição

270 dias contados a partir da primeira contribuição

270 dias contados a partir da primeira contribuição

Doenças preexistentes

365 dias contados a partir da primeira contribuição

365 dias contados a partir da primeira contribuição

365 dias contados a partir da primeira contribuição

365 dias contados a partir da primeira contribuição

DOE Nº 30.677, de 09/05/2006.

TEXTO IDÊNTICO AO PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO PARÁ



**ASSEMBLEIA
LEGISLATIVA**



ESTADO DO PARÁ