



DIÁRIO OFICIAL



DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

Guarulhos, sexta-feira, 12 de maio de 2006 - Ano VI - Nº 595
BOLETIM OFICIAL Nº 038/2006-GP DE 12/05/2006 – pag. 27/32



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 001/2006 IPFPMG

O Presidente do Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos no uso de suas atribuições legais, com suporte no que dispõe a Lei Municipal 6056/05, artigo 11 e Lei Municipal 6083/05, § 1º do artigo 15;

Considerando os estudos realizados no sentido de revisar a Instrução Normativa vigente, em atendimento a Legislação de regência;

Considerando a necessidade de reformulação, alteração e inclusão de normas de regulamentação constante do anexo 1, da Instrução Normativa nº 004/2005-IPFPMG;

RESOLVE:

- 1 - EXPEDIR com a presente instrução o seguinte regulamento em anexo.
- 2 - O anexo a que alude o item 1 faz parte integrante da presente Instrução Normativa.
- 3 - Revogar a Instrução Normativa nº 004/2005-IPFPMG;
- 4 - A presente INSTRUÇÃO NORMATIVA entrará em vigor na data de sua publicação.

Guarulhos, 11 de maio de 2006.

Fernando Rodrigues da Silva
Diretor do Depto. Adm. e Financeiro do IPFPMG
Respondendo cumulativamente
pela Presidência

ANEXO 1 REGULAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DO OBJETIVO

Art. 1º O presente Regulamento define critérios de utilização dos serviços de assistência à saúde, conforme estabelecida pela Lei Municipal nº 6083/2005 de 07 de julho de 2005.

Art. 2º A Assistência à Saúde, administrada pelo Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos - IPREF, é complementar ao Sistema Único de Saúde e contempla um conjunto de serviços dos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia com acomodação em enfermaria, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, sendo custeado pelas mensalidades de beneficiários e recursos complementares provenientes da Prefeitura Municipal de Guarulhos, Serviços Autônomos de Água e Esgoto – SAAE, Câmara Municipal de Guarulhos e IPREF.

Art. 3º O âmbito da cobertura geográfica da Assistência à Saúde abrange rede credenciada local com serviços prestados exclusivamente no Município de Guarulhos-SP e rede credenciada complementar com serviços prestados no Município de São Paulo-SP.

§ 1º A rede credenciada complementar visa garantir ao beneficiário e seus dependentes acesso aos serviços previstos neste Regulamento e inexistentes na rede credenciada local mediante a orientação **técnica justificável**, e **autorização do IPREF**.

§ 2º O acesso à **rede complementar** será permitido após **autorização do IPREF**, mediante justificativas do profissional da saúde integrante da rede credenciada.

§ 3º Ao beneficiário é garantido o reembolso de despesas médicas hospitalares efetuadas em localidades onde não existir rede credenciada, exclusivamente, para casos comprovados de acidente pessoal, urgência e emergências médicas.

DA INSCRIÇÃO

Art. 4º A inscrição na Assistência à Saúde é automática a todos os servidores públicos do Município de Guarulhos que estavam regularmente vinculados ao IPREF até 25 de maio de 2005.

Art. 5º Considera-se Beneficiário Titular aquele que for responsável pelo pagamento das mensalidades em dia perante o IPREF por meio de desconto em folha de pagamento, pagamento direto ou outro meio acordado.

Art. 6º Poderão inscrever-se como dependentes e/ou assistidos do Beneficiário Titular e observando as regras deste Regulamento, a seguintes pessoas:

Como Dependentes:

I – cônjuge, companheiro(a) que mantenha união estável com o beneficiário, filhos solteiros de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos ou inválidos ou menores de 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, com renda mensal de até 5 (cinco) salários mínimos, desde que cursando estabelecimento escolar de nível superior;

II – na hipótese de o Beneficiário Titular não possuir dependentes, enquadrados no inciso anterior, poderá inscrever como dependentes seus pais, desde que sejam também seus dependentes econômicos exclusivos, devidamente comprovado por meio de Declaração de Rendimentos ou INSS;

III – equiparam-se aos filhos, mediante declaração escrita do Beneficiário Titular, o(a) enteado(a) e o(a) menor que por determinação judicial se ache sob a guarda ou tutela do Beneficiário Titular e que não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação e esteja residindo sob o mesmo teto que o Beneficiário Titular, cabendo tais circunstâncias serem comprovadas semestralmente junto ao Serviço Social do IPREF;

Como Assistidos:

IV – O Beneficiário Titular poderá inscrever como assistido, até no máximo de 2 (duas), pessoas por ele designadas desde que possuam laço de parentesco ou de afinidade e dele dependam economicamente, assim considerado aquele que não receba valor superior a 3 (três) vezes o menor salário, correspondente a jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais do quadro fixo da prefeitura, cabendo ao Beneficiário Titular prover a mensalidade em relação a cada um dos assistidos com base em valor discriminado na Tabela de Mensalidades para Assistidos.

Parágrafo único. Cabe ao Beneficiário Titular efetuar o pagamento da mensalidade em relação a cada um dos assistidos por meio de desconto em folha de pagamento, pagamento direto ou outro meio acordado.

Art. 7º Para novas inscrições ou reingresso, nos casos previstos neste Regulamento, a pessoa interessada deverá dirigir-se pessoalmente ao IPREF, preencher a Proposta de Inscrição, a Declaração de Saúde do beneficiário seus dependentes e assistidos, apresentar documentos de identidade funcional ou equivalente, hollerit atual, certidão de casamento, e quando for o caso, documentos que comprovem a união estável e certidão de nascimento de eventuais dependentes.

Parágrafo único. A Inscrição do beneficiário se efetivará após análise da documentação e deferimento da inscrição pelo IPREF nos autos do competente Processo Administrativo.

Art. 8º A inscrição implica na aceitação plena deste Regulamento, inclusive em relação ao desconto das mensalidades e a cobrança de co-participações no uso dos serviços, bem como a responsabilidade direta do beneficiário titular em caso de inadimplência.

Art. 9º Não existindo impedimento legal ou regulamentar será admitido o reingresso na Assistência à Saúde, apenas aos servidores inscritos ao IPREF até 25 de maio de 2005, na forma previstas neste Regulamento.

§ 1º Na hipótese de que trata o “caput” deste artigo, o beneficiário deverá cumprir a totalidade dos prazos de carência estabelecidos no Art. 28.

§ 2º Se configurará reingresso do beneficiário no IPREF quando este tiver alterada sua condição de Beneficiário Titular para dependente ou vice-versa por solicitação do servidor a partir da data de publicação da Lei Municipal nº 6.083/2005.

Art. 10. O reingresso de beneficiário que tenha a sua inscrição cancelada em razão de inadimplência, somente poderá ser admitido após a quitação de eventuais débitos junto a Assistência à Saúde, observadas as demais condições estabelecidas no Regulamento, inclusive no cumprimento das carências previstas.

Art. 11. Não serão aceitas inscrições, em qualquer condição, de beneficiários internados em hospitais, casas de saúde ou outra entidade de tratamento e recuperação.

DO CANCELAMENTO E SUSPENSÃO

Art. 12. O cancelamento de inscrição do Beneficiário Titular implica na exclusão automática de seus dependentes e assistidos, e dar-se-á por qualquer das hipóteses abaixo:

- I - Solicitação formal do Beneficiário Titular ou do Dependente ou Assistido, formulada com antecedência de 30 (trinta) dias;
- II - Falta grave comprovada, conforme definido no Art. 16, assegurando-se o princípio do contraditório e da ampla defesa;
- III - Exclusão do quadro de funcionários públicos do município;
- IV - Perda de requisito para figurar na qualidade de dependente ou assistido;
- V - Falecimento com desligamento automático.

Parágrafo único. O pedido de cancelamento de inscrição, até 180 (cento e oitenta) dias do prazo definido na Lei Municipal nº 6083/2005, implicará na devolução ao IPREF dos valores referentes à despesas dos procedimentos realizados pelos beneficiários, que excederem o valor das mensalidades pagas nos últimos 6 (seis) meses pelo Beneficiário Titular, na forma do Art. 117 da Lei Municipal nº 1429/68.

Art. 13. O cancelamento da inscrição de Beneficiário Titular se dará por solicitação formal ao IPREF e terá efeito da perda dos direitos à prestação dos serviços a partir do dia da solicitação, sendo devida a mensalidade do mês em curso.

Art. 14. A perda do vínculo do Beneficiário Titular com a Administração Pública de Guarulhos implica no imediato cancelamento da sua inscrição na Assistência à Saúde e terá efeito retroativo a data em que se der seu rompimento, sendo devida a mensalidade do mês em curso.

Art. 15. Será suspensa a inscrição do beneficiário por inadimplência de mensalidade, co-participação e outros débitos de utilização dos serviços em atraso superior a 30 (trinta) dias.

§ 1º Preliminarmente à suspensão da inscrição por inadimplência, o Beneficiário será notificado do débito, e caso não efetuado o pagamento o procedimento será efetivado.

§ 2º Decorridos 90 (noventa) dias de inadimplência de mensalidade em atraso ou sem a formalização de parcelamento o IPREF providenciará o cancelamento da inscrição do beneficiário. Caso o débito se refira ao Assistido somente este terá sua inscrição cancelada, subsistindo a responsabilidade pelo pagamento de eventuais débitos pelo beneficiário titular.

Art. 16. São consideradas faltas graves passíveis de aplicação de penalidades de cancelamento da inscrição da Assistência à Saúde os seguintes atos:

I - quaisquer atos que causem danos ou prejuízo ao IPREF;

II - o descumprimento do Regulamento do IPREF por parte dos beneficiários, naquilo que lhes couber;

III - a obtenção ou tentativa de obtenção de benefícios por meios ilícitos;

IV - inexatidão ou omissão nas declarações constantes da proposta de filiação que tenha influenciado na aceitação do beneficiário e seus dependentes;

V - inexatidão ou omissão nas declarações constantes da documentação necessária à internação hospitalar e/ou ao reembolso das despesas hospitalares;

VI - tentativa de impedir ou dificultar qualquer auditoria, perícia, exame ou diligência na elucidação de despesas médico-hospitalares;

VII - Desacato, violência física e/ou moral praticada pelo beneficiário contra servidor do IPREF durante o exercício de suas atividades ou em razão dela;

Parágrafo único. O IPREF oficiará ao órgão da administração municipal ao que o servidor estiver vinculado, expondo os motivos e a penalidade aplicada.

Art. 17. A exclusão e o cancelamento da Assistência à Saúde implica na imediata perda do direito de utilização de qualquer procedimento ou serviço oferecido pela Assistência à Saúde, ficando o Beneficiário Titular, seu Dependente ou Assistido obrigado ao ressarcimento de qualquer despesa que dê causa à Assistência à Saúde em razão de utilização indevida.

Art. 18. A perda da condição de Beneficiário Titular, ou, na falta deste implicará o cancelamento automático das inscrições dos Dependentes e seus Assistidos.

§ 1º Por ocasião do óbito do Beneficiário Titular, seus dependentes e/ou assistidos poderão permanecer na Assistência à Saúde pelo período máximo de 12 (doze) meses contados da data de falecimento do Titular, desde de que haja manifestação expressa perante o IPREF. A inscrição se processará na forma do estabelecido no Art. 6º deste Regulamento, sendo devidas as mensalidades, co-participações e atendidos as demais exigências deste normativo.

§ 2º Caso haja alteração na condição do dependente para pensionista, este permanece vinculado a Assistência à Saúde na opção Individual, enquadrado para fins de mensalidade em tabela de opção Individual publicada pelo IPREF, durante o período em que fizer jus ao benefício pensão ou cancelamento da opção de permanência.

Art. 19. O cancelamento da inscrição de Dependente ou Assistido, não exime o Beneficiário Titular das despesas e compromissos pendentes junto ao IPREF referentes ao beneficiário cuja inscrição foi cancelada.

DA IDENTIFICAÇÃO

Art. 20. O IPREF fornecerá Cartão de Identificação para todos beneficiários individualmente que deverá ser utilizada para o acesso aos serviços da rede credenciada.

§ 1º É indispensável a apresentação do Cartão de Identificação para utilização de qualquer atendimento, acompanhado de documento de identificação reconhecido legalmente.

§ 2º O eventual extravio do cartão de identificação deverá ser imediatamente comunicado pelo beneficiário ao IPREF, sob pena de imputação do custo de eventual uso indevido da Assistência Saúde.

§ 3º Na emissão de outra via de cartão de identificação extraviado, o IPREF cobrará do beneficiário titular valor equivalente a 5 (cinco) UFGs.

§ 4º O número da inscrição fornecido para o Cartão de Identificação é o identificador único de cada beneficiário.

§ 5º O beneficiário titular, dependente ou assistido quando do pedido de cancelamento da adesão a Assistência Saúde, ficará obrigado a devolver os cartões de identificação que estiverem em seu poder sob pena de aplicação das sanções previstas nos parágrafos anteriores.

DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 21. A Assistência Médico-Hospitalar será realizada por entidade pública ou privada, pessoa física ou jurídica credenciada junto ao IPREF, compreendendo os serviços previstos em contrato.

Art. 22. Os beneficiários da Assistência a Saúde, devidamente identificados, em dia com as suas obrigações, inclusive o cumprimento dos prazos de carência, poderão utilizar-se dos serviços perante a rede credenciada na forma do presente Regulamento.

Parágrafo único. As guias únicas emitidas pelo IPREF terão validade de **30 (trinta)** dias após a sua emissão.

Art. 23. Os atendimentos de urgência e emergência, realizados a qualquer tempo, e os demais ocorridos em finais de semana e feriados, poderão se efetivados mediante a simples apresentação do cartão de identificação e documento de identidade junto ao credenciado da rede local.

§ 1º O Beneficiário nas situações previstas no *caput* terá o prazo de **7 (sete) dias úteis** subsequente ao atendimento para requerer junto ao IPREF a expedição guia e entregá-la ao credenciado para regularização do atendimento.

§ 2º A não entrega da guia nas condições e prazos previstos no parágrafo anterior acarreta ao Beneficiário titular o pagamento integral das despesas de consultas e/ou exames realizados, bem como, a suspensão automática da emissão de guias em seu nome e de seus dependentes a até a data da efetiva regularização da(s) pendência(s).

§ 3º No caso de internação em hospital sem a guia única, a responsabilidade para comunicação do atendimento perante o IPREF é concorrente entre o beneficiário e o credenciado, podendo incidir para ambos as penalidades previstas no parágrafo anterior.

Art. 24. As despesas decorrentes dos serviços prestados pela rede credenciada em conformidade com o presente Regulamento, serão pagas à rede credenciada nas formas previstas nos contratos vigentes e de acordo com as tabelas praticadas pelo IPREF.

Art. 25. O beneficiário não deverá efetuar qualquer tipo de pagamento adicional ao estabelecimento ou profissional quando da utilização dos serviços previstos no presente Regulamento.

Art. 26. O Beneficiário Titular e seus dependentes somente farão jus aos serviços da Assistência à Saúde previstos neste Regulamento quando:

I – Estar inscrito com respectivo número de Beneficiário;

II – Estar em dia com o pagamento das mensalidades e não tiver quaisquer pendências financeiras;

III - Não houver qualquer impedimento ou restrição junto ao IPREF.

Art. 27. Compete ao Beneficiário Titular e seus dependentes zelarem pelo fiel cumprimento deste Regulamento e demais Normativos expedidos pelo IPREF.

Parágrafo único. É dever ainda do Beneficiário e seus dependentes relatar ao IPREF qualquer falha ocorrida no atendimento, ou a sua falta, visando desenvolvimento de ações de melhorias e/ou iniciar procedimento para eventual exclusão de credenciado.

DA CARÊNCIA

Art. 28. Ressalvados os casos de urgência ou emergência devidamente comprovada por laudo médico, o beneficiário de nova inscrição ou reingresso em qualquer caso, estará sujeito ao cumprimento dos seguintes prazos de carência:

I - consultas e exames laboratoriais: 30 (trinta) dias;

II – exames relacionados no § 2º do Art. 32: 180 (cento e oitenta) dias;

III – cirurgias eletivas: 180 (cento e oitenta) dias;

IV – cirurgias bariátricas: 300 (trezentos) dias;

V - internamentos clínicos: 180 (cento e oitenta) dias;

VI - casos de comprovada urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

VII - consulta pré-natal: 30 (trinta) dias;

VIII - parto: 300 (trezentos) dias;

IX - cirurgias cardíacas e neurológicas: 540 (quinhentos e quarenta) dias;

X - tratamentos de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, acupuntura e escleroterapia: 180 (cento e oitenta) dias;

XI - remoção inter-hospitalar de paciente: 180 (cento e oitenta) dias;

§ 1º Ficarão sujeitos também a períodos de carência nos itens I e II deste artigo, os beneficiários e seus dependentes ou assistidos que se tornarem inadimplentes em razão de atraso na mensalidade superior à 90 (noventa) dias.

§ 2º Fica assegurada ao recém nascido filho natural ou adotivo de beneficiária o direito da utilização dos serviços previstos neste Regulamento, sem carência, apenas durante os primeiros trinta dias de vida. Caso não seja efetuada iniciada o procedimento de inscrição do nascituro perderá o direito a continuidade da utilização dos recursos da Assistência à Saúde.

§ 3º Não terá carência o atendimento em casos de acidente pessoal e devidamente comprovado.

§ 4º Para todos os fins o início do período de carência dar-se-á a partir da data do deferimento da inscrição pelo IPREF.

DOS SERVIÇOS

Art. 29. A Assistência à Saúde compreende os recursos abaixo disciplinados, oferecidos em conformidade com coberturas, limites e critérios previstos neste Regulamento:

I - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

- a) Consultas Médicas
- b) Exames Complementares
- c) Tratamentos Médicos Especializados
- d) Dependência Química e Transtornos Psiquiátricos
- e) Fisioterapia
- f) Fonoaudiologia
- g) Psicoterapia
- h) Acupuntura
- i) Escleroterapia
- j) Terapia Ocupacional

II - PRONTO SOCORRO

III – INTERNAÇÕES

IV - OUTROS SERVIÇOS

- a) Órteses e Próteses
- b) Remoção
- c) Vacinas

DA REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Seção I

DAS CONSULTAS MÉDICAS

Art. 30. Os Beneficiários disporão do sistema de livre escolha para realização de consultas médicas na rede credenciada local.

Art. 31. A Assistência à Saúde cobrirá 80% (oitenta por cento) das despesas provenientes de consultas médicas, de acordo com as tabelas e preços contratados pelo IPREF, sendo de responsabilidade do Beneficiário o restante - 20% (vinte por cento), inclusive nos atendimentos de urgência e emergência, até acumular o teto de co-participação financeira estabelecida em normativo próprio.

Parágrafo único. A co-participação deverá ser paga diretamente ao IPREF no ato da emissão da Guia Única, ou conforme o caso, por meio de desconto em folha de pagamento ou outro meio acordado.

Seção II

DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Art. 32. Os Beneficiários realizarão os exames complementares na rede credenciada local, mediante solicitação médica de profissional credenciado ou pertencente a entidade credenciada.

§ 1º Para realização de exames complementares, as solicitações ou pedidos deverão necessariamente conter: identificação completa do beneficiário paciente, hipótese diagnóstica em código C.I.D. (Classificação Internacional de Doenças) formulada pelo médico requisitante, código correspondente da tabela AMB-92 ou outra adotada, data e assinatura com o carimbo do médico solicitante. Para os pedidos referente a Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética e Vacinas deverá constar também do pedido a justificativa médica.

§ 2º Para os procedimentos relacionados a seguir, além dos requisitos definidos no parágrafo anterior, é indispensável autorização do IPREF: Aconselhamento Genético (Cariótipo), Angiografias (Digital ou Não), Arteriografia Digital, Artroscopia ou Videoartroscopia, Braquiterapia, Cardioestimulação Esofágica, Cardiotocografia (Monitoragem Fetal), Cintilografias ou Mapeamentos de qualquer espécie, Colangiopancreatografia Retrógrada, Diálise Peritoneal, Ecocardiografia Endoscópica e Transoperatória, Eletroneuromiografia, Estudo Cardíaco Hemodinâmico (Cateterismo), Estudos de Medicina Nuclear (Cintilográficos ou Não), Fisioterapia RPG, Acupuntura, Escleroterapia, Fotocoagulação a Laser, Hemodiálise, Hemofiltração, Hibridização Molecular, Histereoscopia (Diagnóstica e Cirúrgica), Laparoscopia e Videolaparoscopia, Litotripsia Extra Corpórea, Mapeamento Cerebral, Otoneurológico Completo (BERA), Procedimentos Dermatológicos (Diagnose e Terapia), Procedimentos em Cardiologia (Diagnose e Terapia), Procedimentos em Hemodinâmica (Diagnose e Terapia), Quimioterapia, Radioterapia, Ressonância Nuclear Magnética Tomografia Computadorizada, Vacinas e todos outros procedimentos que excederem a 2.000 (dois mil) CHs.

Art. 33. A Assistência à Saúde cobrirá 80% (oitenta por cento) das despesas provenientes de exames complementares de acordo com as tabelas e preços contratados pelo IPREF, sendo de responsabilidade do Beneficiário o restante - 20% (vinte por cento), inclusive nos atendimentos de urgência e emergência, até acumular o teto de co-participação financeira estabelecida em normativo próprio.

Parágrafo único. A co-participação deverá ser paga diretamente ao IPREF no ato da emissão da Guia Única, ou conforme o caso, por meio de desconto em folha de pagamento ou outro meio acordado.

Seção III

DOS TRATAMENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Art. 34. Os Beneficiários poderão escolher o médico ou clínica dentro da rede credenciada local para realização do tratamento médico especializado.

Parágrafo único. Estão incluídos nos tratamentos médicos especializados todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos ambulatoriais ou hospitalares, e tratamentos definidos no Art. 37 e relacionados a cada especialidade.

Art. 35. A Assistência à Saúde cobrirá 80% (oitenta por cento) do custo dos tratamentos médicos especializados.

Seção IV

DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Art. 36. Terão cobertura ambulatorial assegurada pela Assistência à Saúde:

§ 1º o atendimento às urgências e emergências decorrentes de crise, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros - incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão - e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

§ 2º A psicoterapia de crise, entendida está, como o atendimento prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, sendo limitado a 12 sessões por ano não cumulativas;

§ 3º As internações relacionadas à dependência química e aos transtornos psiquiátricos são tratadas na Seção VII deste Regulamento.

Seção V

DA FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, PSICOTERAPIA, ACUPUNTURA E ESCLEROTERAPIA

Art. 37. Os beneficiários realizarão os tratamentos de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia, acupuntura e escleroterapia por meio de rede credenciada local.

§ 1º Para a realização de tratamentos de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia, acupuntura e escleroterapia é indispensável a apresentação de solicitação emitida pelo especialista da qual deverá constar o quadro clínico.

§ 2º Além do disposto no § 1º, a realização de tratamentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia, acupuntura e escleroterapia requer autorização do IPREF.

§ 3º Para a realização de tratamento de escleroterapia a solicitação emitida pelo médico especialista deverá indicar no quadro clínico diagnóstico reparativo e não estético podendo ser constatado por Perícia Médica indicada pelo IPREF.

Art. 38. Os tratamentos de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia, acupuntura e escleroterapia, terão cobertura de 80% (oitenta por cento) do custo pela Assistência à Saúde de acordo com as tabelas e preços contratados pelo IPREF, restando ao Beneficiário os outros 20% (vinte por cento) até acumular o teto, referente à co-participação financeira, estabelecido em Instrução Normativa, que será paga diretamente ao Instituto no ato da emissão da Guia Única.

§ 1º Os tratamentos descritos no “caput” deverão seguir as orientações da tabela abaixo:

Tratamento	Limite	Necessidade de Autorização
Fisioterapia Clínica	Não	Não
Fisioterapias - RPG – Clínica	Não	Sim
Terapia Ocupacional	ver § 5º	Sim
Fonoaudiologia	24 sessões/ano e ver § 5º	Sim
Psicoterapia	24 sessões/ano	Sim
Acupuntura	20 sessões/ano	Sim
Escleroterapia	10 sessões/ano	Sim

§ 2º A cobertura para os tratamentos de psicoterapia é exclusivo aos beneficiários inscritos na Assistência à Saúde.

§ 3º Os tratamentos de terapia ocupacional T.O. são exclusivos para os pacientes com necessidades especiais e pacientes em recuperação doenças com seqüelas.

§ 4º Para os tratamentos de acupuntura, as despesas referentes à aquisição de agulhas ficam totalmente por conta do beneficiário paciente.

§ 5º Os tratamentos de T.O. e fonoaudiologia em pacientes em recuperação de doenças com seqüelas, desde que em conformidade com o Art. 37, sendo que o limite de sessões poderá ser estendido a no máximo de 48 sessões/ano.

§ 6º Pacientes com necessidades de tratamento domiciliar a cobertura fica limitada aos tratamentos de fisioterapia, desde que em conformidade com o Art. 37, sendo que o limite de sessões poderá ser estendido a no máximo de 48 sessões/ano.

§ 7º A retirada de guias únicas para continuidade de tratamento deverão ser realizadas nos primeiros 10 (dez) dias do mês; caso o tratamento seja inicial a guia poderá ser emitida em qualquer dia útil do mês.

§ 8º Para o efeito deste artigo, considera-se “ano”, a referência de 365 dias contados a partir da data de inscrição do beneficiário.

Seção VI DO PRONTO SOCORRO

Art. 39. Os beneficiários disporão da rede credenciada local para atendimento clínico ou cirúrgico de urgência ou emergência.

Art. 40. A Assistência à Saúde em Regime de Pronto Socorro garante o atendimento pleno ao Beneficiário, limitadas às coberturas previstas neste Regulamento.

Seção VII DAS INTERNAÇÕES

Art. 41. Os beneficiários terão direito a internar-se nas clínicas e hospitais credenciados da rede credenciada local e em rede credenciada complementar desde de que com autorização prévia.

§ 1º Somente poderão ter acesso a internação na rede credenciada complementar os beneficiários que seus casos forem autorizados com base em justificativa técnica e não houver recursos disponíveis no município.

§ 2º Nas internações a Assistência à Saúde será responsável pelo pagamento de honorários médicos com base nas Tabelas e Preços Contratados e apenas um profissional por especialidade, exceto se constatada a impossibilidade técnica de acompanhamento pelo um único médico assistente.

Art. 42. A internação para procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo somente se efetivará mediante autorização prévia do IPREF, desde de que requerida em processo administrativo.

Art. 43. O processo administrativo para procedimento eletivo deverá incluir obrigatoriamente: solicitação médica e relatório, contendo a indicação precisa da necessidade da realização do evento, exames e/ou indicações médicas que concluíram pelo diagnóstico e demais documentos pertinentes exigidos em protocolo clínico específico.

Art. 44. Nos casos das cirurgias eletivas bariátricas, ortopédicas ou neurológicas que utilizem Prótese/Órtese, bem como as cirurgias de grande porte e aquelas com custo prévio estimado acima de 15.000 (quinze mil) CHs estabelecido em tabela do IPREF, além dos documentos exigidos no artigo anterior, devem constar do processo administrativo o segundo parecer médico indicado pelo IPREF.

Parágrafo único. A realização de cirurgias eletivas obedecerá a lista de prioridades, organizada por critério de ordenamento de risco, idade, data do requerimento e parecer da Perícia Médica do IPREF.

Art. 45. Em regime de internação a Assistência à Saúde terá cobertura também nos casos abaixo relacionados:

a) em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização por risco de vida;

b) em hospital psiquiátrico ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise.

§ 1º Para os distúrbios do comportamento causados por alterações neurológicas ou alterações do metabolismo, não haverá limite de cobertura para assistência médica ambulatorial ou hospitalar.

§ 2º O beneficiário terá direito 30 dias de internação psiquiátrica com autorização do IPREF com base em relatório circunstanciado das condições do paciente, podendo ser prorrogada desde que acompanhada de relatório médico especializado que comprove a sua necessidade.

§ 3º O IPREF poderá autorizar mediante a laudo pericial a prorrogação da internação prevista no parágrafo anterior a critério de Perícia Médica.

§ 4º Em hospital especializado da rede credenciada complementar de São Paulo, para aqueles pacientes em que o pedido foi fundamentado em laudo médico justificando a indicação da necessidade de procedimento ou tratamento em razão de não haver o equivalente nos hospitais da rede credenciada local ou em hospital onde o paciente esta internado na época do evento.

Art. 46. A Assistência à Saúde cobrirá 30 (trinta) dias por ano, não cumulativas, de internação em clínicas credenciadas para tratamento específico da dependência química, excluindo as situações de risco de morte.

Parágrafo único. Em caso de interrupção do tratamento ou reincidência, não haverá nova cobertura da Assistência à Saúde.

Art. 47. Têm assegurada a assistência ao parto e ao pós-parto a beneficiária; e em UTI neonatal, o recém-nascido, dentro dos limites previstos nas Tabelas e Preços Contratados pelo IPREF, observando-se as condições estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo único. Este benefício se estende ao parto normal, operações de cesariana, despesas de berçário e de curetagem e abortamentos exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente ou do feto, ou do sofrimento intenso materno-fetal, desde que observados os princípios da deontologia médica.

Seção VIII

DAS ÓRTESES E PRÓTESES

Art. 48. A Assistência à Saúde concederá cobertura de 100% (cem por cento) para aquisição de órtese ou prótese de procedência exclusivamente nacional com finalidade médica e decorrente exclusivamente no ato de intervenção cirúrgica, desde que imprescindíveis à reparação de função afetada por lesões, ocasionadas somente nos casos de acidente, seqüelas decorrentes de doenças malignas ou em casos de urgência e emergência médica.

Parágrafo único. O pedido deve ser fundamentado em laudo médico, justificando a indicação do tratamento, mediante autorização do IPREF, precedido de avaliação médica por profissional indicado pelo Instituto.

Seção IX DA REMOÇÃO

Art. 49. A Assistência à Saúde cobrirá 100% (cem por cento) das despesas com remoção para hospitais da rede credenciada local ou rede credenciada complementar se, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e, ficar caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo estabelecimento para continuidade de atenção ao paciente para tratamento com necessidade de internação.

Parágrafo único: Caso haja necessidade de realização de procedimento não coberto pela Assistência Saúde, também haverá cobertura total do custo da remoção para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seção X DAS VACINAS

Art. 50. Os beneficiários disporão exclusivamente da rede credenciada local para aplicação de vacinas que não estão disponíveis na rede pública. Para utilização deste benefício, será necessária a prescrição médica e autorização do IPREF.

Parágrafo único. Não estão inclusas na cobertura descrita no “caput” as vacinas auto-imunes.

Art. 51. A Assistência à Saúde cobrirá 100% (cem por cento) das despesas advindas de vacinas previamente autorizadas.

Seção XI DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Art. 52. A cobertura concedida para despesas de internação descritas nos termos deste Regulamento, não contemplará:

I - despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências dispostas no Art. 28.

II - os valores excedentes às Tabelas e Preços Contratados pelo IPREF, inclusive aquelas referentes a honorários médicos, materiais e taxas hospitalares;

III – despesas não contratadas pelo IPREF autorizadas pelo beneficiário;

IV - as despesas de hospital, após a alta dada pelo médico assistente;

V - os serviços de enfermagem de origem particular, tanto para hospital quanto para domicílio;

VI - as refeições de acompanhante;

VII - os extraordinários de contas hospitalares, telefonemas, fraldas descartáveis, lavagem de roupa, frutas, objetos destruídos ou danificados, despesas de caráter pessoal ou particular, tanto do paciente quanto do acompanhante.

VIII – Taxas e Diárias e Materiais/Medicamentos definidos em normativo do IPREF.

Art. 53. A Assistência à Saúde não cobrirá despesas oriundas de procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como para aquisição de órteses e próteses para o mesmo fim, exceto se originadas da assistência à saúde prestada com a finalidade de reparação de função.

Parágrafo único. Entende-se por reparação de função aquelas intervenções médicas, inclusive cirurgia buco-maxilo-facial, em órgãos ou membros que sofreram traumas e queimaduras, decorrentes de acidentes pessoal ou seqüelas por doença maligna.

Art. 54. Além dos serviços expressamente assinalados neste Regulamento como não cobertos, também não terão cobertura da Assistência à Saúde:

I - tratamento dentário e aparelhos odontológicos;

II - medicamentos importados;

III - consultas ou serviços médicos domiciliares, exceto para fisioterapia domiciliar prevista no Art. 38;

IV – medicamentos, gasoterapia, ou materiais para tratamento domiciliar;

V - tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e suas conseqüências, cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas conseqüências;

VI - tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

VII - enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

VIII - cirurgias plásticas que não sejam restauradoras em função de seqüelas de doença maligna e decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência da Assistência à Saúde. Não terá cobertura os tratamentos cirúrgicos para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de senilidade, rejuvenescimento e finalidade estética, em suas várias modalidades.

IX - qualquer procedimento realizado fora do território nacional;

X - tratamentos em estâncias hidrominerais e de repouso;

XI - despesas realizadas em clínicas para acolhimento de idosos para tratamentos de repouso, de recuperação física ou mental;

XII - casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

XIII - acidentes, lesões e quaisquer estados mórbidos provocados por embriaguês, uso de entorpecentes e/ou psicotrópicos, ato ilícito ou tentativa de suicídio;

XIV - check-up preventivo;

XV - internações para tratamentos com medicamentos homeopáticos;

XVI - Stent farmacológico e Balão Intragástrico ("BIB" sigla em Inglês);;

XVII - cirurgia plástica para retirada de excesso de pele ou resíduo de tecido decorrente de emagrecimento em razão do resultado de cirurgia bariátrica ou outra modalidade de controle de peso e emagrecimento.

XVIII - reincidência ou nova cirurgia bariátrica em razão de acidente ou descuido do paciente em relação às regras de manutenção do pós cirúrgico, independente do tempo transcorrido;

IXX - remoção de pacientes, exceto nos casos autorizados neste Regulamento;

XX - Órteses e Próteses exceto nos casos explicitados neste Regulamento;

XXI - transplantes de órgãos e tecidos, exceto rim e córnea;

XXII - mensalidade ou custos de educação em escolas para pacientes portadores de necessidades especiais.

Parágrafo único. As parcelas relativas aos valores de tratamentos e outras despesas não passíveis de cobertura correrão por conta do beneficiário, quando este fizer uso desses serviços.

DO REEMBOLSO

Art. 55. Serão reembolsadas, na forma e dentro das limitações deste Regulamento, as despesas médico-hospitalares efetuadas em entidades não conveniadas situadas no território nacional, pelo beneficiário ou seus dependentes somente em casos de urgência e emergência onde não houver rede credenciada.

§ 1º O reembolso previsto neste artigo será feito com base na Tabela AMB-92 e Tabelas e Preços Contratado pelo IPREF com hospital ou clínica da rede credenciada local com características similares a instituição que prestou o serviço e referente a data do atendimento.

§ 2º O reembolso deverá ser solicitado por meio de Processo Administrativo.

Art. 56. Quando o atendimento for prestado ao beneficiário da Assistência à Saúde, e este contar com a cobertura de outra organização de assistência médico-hospitalar, seja pública ou privada, o IPREF fica isento de reembolso.

Art. 57. O beneficiário poderá solicitar o reembolso, pagando diretamente os serviços médicos prestados a entidade ou profissional não conveniados, desde de que o atendimento tenha cobertura e se faça nas condições estabelecidas neste Regulamento.

Art. 58. Os pedidos de reembolso deverão ser requeridos pelo Beneficiário Titular responsável pelas mensalidades junto ao IPREF e apresentando os documentos exigidos nas seguintes disposições.

Parágrafo único. O reembolso será efetuado após deferimento em Processo Administrativo no IPREF, mediante crédito em conta corrente bancária e obedecendo os seguintes limites:

I - atendimento de pronto-socorro e internações de urgência ou emergência, tratamentos cirúrgicos especializados: cobertura de até 100% (cem por cento) das despesas comprovadas, limitada sempre pela Tabela AMB-92 e Tabelas e Preços Contratadas utilizadas na rede credenciada local do IPREF;

II - consultas médicas e exames complementares: cobertura de até 80% (oitenta por cento) das despesas comprovadas, limitada sempre pela Tabela AMB-92, Tabelas e Preços Contratadas utilizadas na rede credenciada local do IPREF;

III - despesas previstas nos incisos I e II deste artigo somente serão passíveis de reembolso naqueles termos se originadas de assistência à saúde prestada em localidade onde não houver rede credenciada e nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 59. O reembolso relativo a órteses e próteses, utilizados durante ato cirúrgico, observará os limites de cobertura estabelecidos no Art. 48, sendo o pagamento somente liberado quando o Processo Administrativo for deferido.

Art. 60. O IPREF somente efetuará o reembolso quando solicitado e devendo ser observadas as seguintes condições:

I - os comprovantes de prestação de serviços prescrevem em 30 (trinta) dias, a partir do último dia do mês da ocorrência do evento ou da alta hospitalar, se for o caso. **II** - ao processo de pedido de reembolso deverão ser anexados os seguintes documentos originais devidamente preenchidos e datados, de pessoa jurídica, em nome do beneficiário, discriminando os serviços prestados como segue para:

a) Internações Hospitalares e Prorrogações:

1. conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais da nota fiscal fatura;

2. vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos;

3. relatório médico justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital; e

4. laudo do exame anatomopatológico da lesão, quando houver.

b) Pequenos Atendimentos:

1. vias originais dos recibos com CPF e CRM dos médicos ou Registro em Conselho Federal de outro profissional da saúde envolvidos, discriminação dos serviços realizados e valor por extenso;

2. relatório médico especificando o diagnóstico, resultado dos principais exames e tipos de tratamentos efetuados;

3. relação de materiais e medicamentos utilizados, com os preços por unidade, independentemente dos honorários médicos; e

4. laudo do exame anatomopatológico da lesão, quando houver.

c) Remoção de Pacientes em Ambulância:

1. via original do recibo especificando a data, os locais de saída e destino, bem como a quilometragem percorrida; e

2. relatório médico especificando o diagnóstico e justificando a impossibilidade de locomoção do paciente, bem como os dados da internação do mesmo.

III - Nas internações, a nota fiscal deve discriminar: quantidade e valor de diárias, taxas, materiais e medicamentos utilizados.

IV Nos tratamentos seriados, a nota fiscal ou recibo deverá conter a data em que as sessões foram realizadas.

V - Além dos documentos referidos nas alíneas a) e b) do inciso II deste artigo, deverão ser anexados:

a) no caso de exames médicos, o pedido médico com laudo;

b) no caso de procedimentos especializados, com ou sem internação, laudo médico contendo o diagnóstico detalhado.

Art. 61. Para o pedidos de reembolsos deverão ser apresentados os documentos requisitados. O não atendimento dos documentos solicitados pode impossibilitar e prejudicar o andamento e solução do Processo Administrativo.

Parágrafo único. Para fins de reembolso, sempre devem ser observadas as restrições e limitações de cobertura deste Regulamento.

CUSTEIO

Art. 62. O valor das mensalidades e teto de co-participação serão fixados por meio de Tabelas expedidas em Instruções Normativas pelo IPREF, calcadas em estudos econômico-financeiros periodicamente realizados em relação à Assistência à Saúde, sempre tendo por base o respeito às necessidades de pagamentos do IPREF, sua natureza sem fins lucrativos da Assistência à Saúde, sua administração e o custeio pelos Beneficiários o que lhe confere uma característica de mutualismo , a saber:

I - Tabela de Mensalidades Individual;

II - Tabela de Mensalidades Familiar;

III - Tabela de Mensalidades para Assistidos;

IV - Tabela Limite Máximo Acumulado para Co-Participação para cada Beneficiário.

Art. 63. Os Beneficiários deverão adequar-se ao sistema de mensalidades seguindo a orientação abaixo:

I - Os Beneficiários Titulares e seus dependentes enquadram-se na opção Familiar;

II - Os Beneficiários Titulares Individuais enquadram-se na opção Individual;

III - Os Beneficiários Assistidos enquadram-se na opção Assistidos;

IV - Os Beneficiários Pensionistas enquadram-se na opção Individual.

Art. 64. As mensalidades não descontadas em folha de pagamento deverão ser pagas independente do recebimento do aviso de cobrança até o 5º dia útil do mês subsequente.

Parágrafo único. Após o prazo definido no “caput” deste artigo, incidirá a cobrança de juros de mora e de multa de 2% (dois por cento), sobre o valor total do saldo devedor já corrigido monetariamente.

Art. 65. Será constituído Fundo de Reserva formado por recursos da co-participação e de eventuais sobras de arrecadação das mensalidades, o qual submeter-se-á ao regime de acumulação com acompanhamento contábil próprio.

Art. 66. As despesas decorrentes de utilizações indevidas, nos termos deste Regulamento, serão cobradas na totalidade dos valores despendidos pelo IPREF, ficando o Beneficiário Titular sujeito às penalidades previstas neste Regulamento.

Art. 67. Esgotada a via administrativa na cobrança de débitos e respeitados os prazos dispostos neste Regulamento, o Beneficiário Titular será acionado judicialmente pelo IPREF para os devidos ressarcimentos.

Art. 68. Os valores referentes a co-participação indicados neste Regulamento deverão ser pagos diretamente ao IPREF no ato da retirada da guia única para realização das consultas, exames e tratamentos.

Art. 69. Os valores acumulados mensalmente referentes a co-participação ficam limitadas ao Teto Máximo de Co-participação Acumulado Mensal por Beneficiário, conforme valor do teto da tabela em vigor. Os valores acumulados para cada beneficiário ao início de cada mês retornarão automaticamente ao saldo inicial igual a (0) zero.

Art. 70. Será assumido, na totalidade pela Assistência à Saúde, o valor da co-participação financeira excedente ao teto máximo por beneficiário, quando acumulado no mês ficar acima do limite estabelecido em Tabela publicada, considerando isoladamente cada evento realizado e os valores estabelecidos.

Parágrafo único. O valor do teto máximo referido no “caput” deste artigo será ajustado mediante estudos técnicos e avaliações promovidas sobre os doze meses anteriores ao mês de avaliação.

Art. 71. O pagamento das mensalidades e a co-participação serão sempre referente à totalidade do valor, não podendo haver pagamento parcial.

Art. 72. Quando houver mudança na faixa de remuneração, que implique em mudança no valor da mensalidade familiar, o Beneficiário Titular deverá comunicar ao IPREF esta alteração para a realização da nova adequação do valor da mensalidade.

Parágrafo único. Na falta da comunicação da mudança, ocorrendo cobrança à menor o IPREF cobrará a diferença devida à *posterior*”.

DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 73. As divergências de natureza médica sobre os serviços e atendimentos previstos no presente Regulamento serão dirimidas por uma junta constituída de 3 (três) médicos, sendo um nomeado pelo IPREF, outro pelo beneficiário titular o terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 1º Se não houver acordo na escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada à Entidade Médica reconhecida e relacionada à especialidade em questão.

§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar, e os do terceiro serão pagos pela Assistência à Saúde e beneficiário, em partes iguais.

§ 3º As partes interessadas abster-se-ão de promover qualquer ação judicial com base nesta cláusula, antes do pronunciamento final da junta médica.

Art. 74. Nos termos deste Regulamento consideram-se casos de:

I - urgência, a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessite de assistência médica imediata, nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II - emergência, a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato.

Parágrafo único. Nos casos de urgência ou emergência, definidos nos incisos I e II deste artigo, a cobertura assegurada pela Assistência à Saúde rege-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, desde a admissão do paciente até a alta hospitalar.

Art. 75. Nos termos deste Regulamento, é assegurada, sem ônus para o beneficiário, a cobertura referente a:

I - transplante de córnea e rim e despesas com os procedimentos vinculados obedecendo os seguintes critérios:

a) Despesas necessárias à realização do transplante incluindo:

1. as despesas assistenciais com doadores vivos;

2. os medicamentos utilizados durante a internação;

3. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção;

4. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos a serem transplantados, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

a) Os beneficiários, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e seleção, observando-se que a lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

b) As despesas médicas e hospitalares relacionadas à cobertura de transplantes somente serão cobertas quando previamente autorizadas pelo IPREF.

II - remoção para uma unidade do SUS, se o beneficiário estiver em cumprimento de carência.

Art. 76. O IPREF, quando julgar necessário, poderá encaminhar seus beneficiários à Perícia Médica, para decidir sobre a cobertura de qualquer tratamento clínico ou cirúrgico.

Art. 77. É dever do beneficiário informar-se junto ao IPREF sobre os preços de consultas, exames e tratamentos no ato de emissão da guia única para o da co-participação correspondente.

Art. 78. É de responsabilidade do beneficiário a leitura e o entendimento completo deste Regulamento, sendo que é responsabilidade do beneficiário sanar quaisquer dúvidas através dos canais formais de comunicação com o IPREF.

Art. 79. Outras instruções e orientações complementares, a este Regulamento, são dispostas em Instruções Normativas de emissão do IPREF, incluindo-se as Tabelas e Preços Contratados, Tabelas de Mensalidades, Tetos de Co-Participação, e instruções que se fazem necessárias para operacionalização da Assistência à Saúde.

Parágrafo único. Quando ocorrer revisão do Regulamento, o conteúdo das Instruções Normativas referente a critérios de utilização serão incorporadas ao mesmo.

Art. 80. As dívidas referente a atraso nas mensalidades poderão ser parceladas tendo em vista o valor devido e a condição financeira do devedor, observado subsidiariamente os critérios definidos na Lei Municipal nº 1429/68.

Art. 81. Observadas as demais exigências legais, este Regulamento passará a vigorar a partir de sua data de publicação e revogando-se Instrução Normativa IPFPMG n.º 04/2005 em todos os seu termos.

Fernando Rodrigues da Silva
Diretor do Depto. Adm. e Financeiro do IPFPMG
Respondendo cumulativamente
pela Presidência