

REGULAMENTO GERAL DO INSTITUTO DE PROMOÇÃO E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE SERVIDORES DO ESTADO DE SERGIPE – IPESAÚDE

APROVADO NA 205ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DELIBERATIVO

Dispõe sobre a gestão financeira, procedimentos administrativos e sobre os benefícios assistenciais ofertados pelo IPESAÚDE.

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

01 - O Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe – IPESAÚDE é responsável pela administração de serviços de assistência à saúde, ofertados mediante as contribuições previstas na Lei nº 9.226, de 28 de junho de 2023, para a cobertura de despesas decorrentes dos procedimentos previstos nas tabelas próprias, na forma da Lei, deste Regulamento e de demais atos normativos expedidos pela Diretoria do Instituto.

02 - Este Regulamento tem como objetivo dispor as regras para utilização dos serviços ofertados pelo IPESAÚDE, devendo ser de conhecimento pleno de todo e qualquer beneficiário inscrito, desde a data da sua adesão e durante toda a sua permanência como beneficiário.

CAPÍTULO II

ADESÃO

03 - A inscrição como beneficiário titular ou dependente no IPESAÚDE, é facultativa aos usuários elencados, respectivamente, nos arts. 13 e 14, da Lei nº 9.226.

04 - A inscrição no IPESAÚDE para os titulares ou dependentes, resulta de solicitação formal e expressa do servidor titular, de forma presencial na sede do IPESAÚDE, com a apresentação dos documentos originais exigidos:

a) PARA O TITULAR (SERVIDORES DO ESTADO E CONVENIADOS)

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada;
2. RG e CPF atualizados;
3. Comprovante de residência.

b) PARA PAI E/OU MÃE

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Comprovante de Residência do titular e do dependente;
4. Extrato Previdenciário do(a) genitor(a) – CNIS Cidadão (INSS): detalhado dos vínculos (Emissão via site do INSS: <https://meu.inss.gov.br/central/>). O CNIS tem validade de três (3) meses.

OBSERVAÇÃO: Para se qualificar na hipótese de dependente, o(a) genitor(a) não pode possuir nenhum tipo de renda, com exceção do BPC/LOAS.

OBSERVAÇÃO: A inclusão do dependente pai e/ou mãe será feita mediante desconto de 8% (oito por cento) da remuneração consignável de todos os vínculos existentes do titular, incluindo desconto sobre as férias e décimo terceiro; ou conforme o valor estipulado na tabela por faixa etária (municípios conveniados).

c) PARA O FILHO/ENTEADO MENOR

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular;
3. RG ou Certidão de Nascimento e CPF atualizados do dependente;
4. Comprovante de residência do titular;
5. Certidão de casamento ou Declaração de União Estável do Titular (apenas para enteado).

d) PARA O FILHO/ENTEADO UNIVERSITÁRIO (ATÉ 24 ANOS)

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Comprovante de residência do titular;
4. Extrato Previdenciário do filho(a) – CNIS Cidadão (INSS): detalhado dos vínculos (Emissão via site do INSS: <https://meu.inss.gov.br/central/>). O CNIS tem validade de três (3) meses;
5. Declaração da faculdade atualizada ou a grade de horário, todos contendo nome do(a) filho(a), nome da Instituição de ensino e o período;
6. Certidão de casamento ou Declaração de União Estável do Titular (apenas para enteado).

OBSERVAÇÃO: O universitário não pode possuir nenhum tipo de renda.

e) PARA O FILHO/ENTEADO INVÁLIDO

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;

2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Relatório médico (com data inferior a 03 anos) constatando a condição de invalidez do(a) filho(a), com exceção dos casos em que o RG do filho já conste a informação da condição de invalidez;
4. Comprovante de residência atualizado do titular;
5. Certidão de casamento ou Declaração de União Estável do Titular (apenas para enteado).

OBSERVAÇÃO: Após a solicitação de adesão, o dependente passará por perícia médica correspondente, com exceção dos casos em que o RG do filho já conste a informação da condição de invalidez. O relatório da perícia será posteriormente avaliado pela Procuradoria Jurídica do Instituto, mediante elaboração de parecer.

f) PARA O FILHO/ENTEADO ATÉ 35 ANOS

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Comprovante de residência do titular e do dependente.
4. Certidão de casamento ou Declaração de União Estável do Titular (apenas para enteado).

g) PARA O(A) ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A)

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Comprovante de residência do titular;
4. Certidão de casamento ou declaração de união estável pública;

5. Extrato Previdenciário do esposo(a)/companheiro(a) – CNIS Cidadão (INSS): detalhado dos vínculos (Emissão via site do INSS: <https://meu.inss.gov.br/central/>). O CNIS tem validade de três (3) meses;

OBSERVAÇÃO: O(a) esposo(a)/companheiro(a) dependente não pode possuir renda maior que três (03) salários-mínimos bruto.

h) PARA O TUTELADO (ATÉ 18 ANOS)

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Comprovante de residência do titular;
4. Decisão judicial com a concessão da tutela.

i) PARA O CURATELADO

1. Contracheque ou ficha financeira atualizada do titular;
2. RG e CPF atualizados do titular e do dependente;
3. Comprovante de residência do titular;
4. Decisão judicial com a concessão da curatela (observar vigência da curatela na decisão).

j) PARA O SERVIDOR FACULTATIVO AFASTADO

1. RG e CPF;
2. Os três (3) últimos contracheques ou ficha financeira, com desconto do IPESAÚDE;
3. Comprovante de residência;

4. Se for afastamento por interesse particular: portaria de afastamento;
5. Se for afastamento por motivo de doença/invalidez:
 - Laudo médico, requerimento da perícia e declaração do órgão de origem; **ou**
 - Concessão do benefício pelo INSS.

k) PARA O SERVIDOR FACULTATIVO CEDIDO

1. RG e CPF;
2. Comprovante de residência;
3. Contracheque ou ficha financeira atualizada;
4. Portaria de cessão válida.

l) PARA O SERVIDOR INATIVO COM REGIME CELETISTA (ESTADO E CONVENIADOS)

1. RG e CPF;
2. Comprovante de residência;
3. Declaração de aposentaria do órgão de origem;
4. Extrato Previdenciário – CNIS Cidadão (INSS): detalhado dos vínculos (Emissão via site do INSS: <https://meu.inss.gov.br/central/>). O CNIS tem validade de 3 (três) meses;

m) PARA O SERVIDOR INATIVO ESTATUTÁRIO

1. RG e CPF;
2. Comprovante de residência;

3. Portaria de aposentaria;
4. Contracheque ou ficha financeira atualizada.

n) PARA O PROVÁVEL PENSIONISTA

1. RG e CPF;
2. Comprovante de residência;
3. Comprovante de solicitação de pensão;
4. Último contracheque ou ficha financeira do falecido;
5. Atestado de óbito.

o) PARA O SERVIDOR TEMPORÁRIO

1. Último contracheque ou ficha financeira;
2. RG e CPF;
3. Carteira do IPESAÚDE;
4. Comprovante de residência;
5. Portaria ou Declaração de exoneração/Termo de Demissão/PDV/PDI.

05 – A análise para adesão será concluída pelo IPESAÚDE no prazo de até 72 (setenta e duas) horas, contadas em dias úteis, a partir do momento da solicitação do titular.

06 – As solicitações que necessitem passar por setores além do setor de cadastro, a exemplo do setor jurídico, será concluída em até 15 (quinze) dias úteis. Nessa hipótese estão inclusas as solicitações para adesão de filhos inválidos, processos de tutelas e curatelas.

07 – No momento da solicitação para adesão dos titulares ou dependentes, o beneficiário titular deverá:

a) Assinar o Formulário Médico de Inscrição, no qual o solicitante responde ao questionário acerca da sua condição de saúde ou do seu dependente, para conhecimento prévio da Autarquia;

b) Assinar o Termo de Adesão e Consentimento, no qual declara conhecer e aceitar as regras e condições em que serão prestados os serviços assistenciais gerenciados pelo IPESAÚDE, seguindo o disciplinamento da legislação em vigor, inclusive deste Regulamento.

I - Em casos específicos, de acordo com a necessidade, o IPESAÚDE poderá convocar o solicitante para realização de perícia presencial previamente à sua inscrição.

II - O acesso aos serviços assistenciais depende do cumprimento dos períodos de carência estabelecidos no art. 43 da Lei nº 9.226.

08 – Após conclusão da análise por parte do IPESAÚDE, o beneficiário deverá comparecer a sede do Instituto para emissão da sua carteira física ou poderá acessá-la digitalmente por meio do Portal do Beneficiário.

CAPÍTULO III

CANCELAMENTO

09 – A solicitação para cancelamento da adesão poderá ser realizada de forma presencial na sede do IPESAÚDE ou pelo Portal do Beneficiário, pelo titular do plano.

I – Em relação ao cancelamento dos dependentes, o beneficiário dependente capaz e maior de 18 (dezoito) anos, poderá realizar o próprio cancelamento; já em relação ao beneficiário dependente incapaz ou menor de 18 (dezoito) anos, o cancelamento deverá ser feito por seu responsável legal.

10 – Para solicitação de cancelamento deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Requerimento assinado de forma legível (assinatura compatível com o documento de identificação apresentado);
- b) Documento de identificação do solicitante: RG E CPF.

Parágrafo único – Para a solicitação de cancelamento de adesão do dependente, por motivo de óbito do dependente, somente é necessária a apresentação do documento de identificação do solicitante e da certidão de óbito do falecido.

11 – Após a solicitação de cancelamento, mediante apresentação da documentação necessária, o IPESAÚDE terá o prazo de até 24 (vinte e quatro horas) para conclusão do processo.

12 – Para os beneficiários vinculados aos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta, dos Poderes Constituídos do Estado de Sergipe – Executivo, Legislativo e Judiciário, do Tribunal de Contas, da Defensoria Pública e do Ministério Público Estaduais, a solicitação do cancelamento precisa ser feita até o último dia útil do mês para que haja a suspensão do desconto no mês subsequente.

13 – Aos beneficiários vinculados às Prefeituras e Câmaras conveniadas, a solicitação do cancelamento deverá ser feita até o dia 10 de cada mês para que haja a suspensão do desconto no mês do cancelamento.

14 – Em caso de encerramento do contrato de trabalho dos beneficiários oriundos de contratos temporários (a exemplo de Processos Seletivos Simplificados - PSS), a solicitação para continuidade no IPESAÚDE poderá ser realizada sem a apresentação imediata do Termo de Rescisão, caso este ainda não tenha sido emitido pela Instituição competente, devendo o documento ser apresentado pelo beneficiário no prazo máximo de até 90 (noventa) dias corridos.

Parágrafo único – Nesses casos, para fins de autorização da permanência do beneficiário junto ao plano, o IPESAÚDE levará em consideração a data da rescisão.

15 – A solicitação do cancelamento poderá ser desfeita desde que seja solicitada a reativação até o último dia do mês do cancelamento. Ultrapassando esse prazo, o beneficiário só poderá retornar ao IPESAÚDE após decorridos 180 (cento e oitenta) dias, conforme art. 31 da Lei nº 9.226/2023.

16 – A condição de dependente é cancelada automaticamente no momento em que o filho menor completar 18 (dezoito) anos. Nessa ocasião, o beneficiário poderá comparecer à sede do IPESAÚDE no prazo de até 30 (trinta) dias corridos para solicitar a permanência no plano na modalidade de filho universitário ou com pagamento por faixa etária até 35 anos, sem a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência.

Parágrafo único – Caso o beneficiário não compareça à sede do IPESAÚDE no prazo de até 30 dias, será realizado um novo contrato com carência.

17 – A condição de dependente é cancelada automaticamente no momento em que o filho completar 35 (trinta e cinco) anos, sem possibilidade de permanência do dependente no plano após essa idade.

Parágrafo único – Se a dependente que tiver a sua inscrição cancelada automaticamente ao completar 35 (trinta e cinco) anos estiver gestante, terá direito a permanecer cadastrada junto ao IPESAÚDE até 01 (um) mês após o parto.

18 – Os beneficiários que contribuem com o IPESAÚDE mediante desconto em folha de pagamento, terão o plano suspenso se não houver desconto no período de 60 (sessenta) dias; e cancelado se não houver desconto pelo período de 90 (noventa) dias.

CAPÍTULO IV

RENOVAÇÃO

19 – A renovação do plano será automática aos titulares e dependentes cadastrados junto ao IPESAÚDE, com exceção de:

I – Filho universitário: renovação a cada 6 (seis) meses, com a apresentação da Declaração da faculdade atualizada ou a grade de horário, todos contendo nome do(a) filho(a), nome da Instituição de ensino e o período;

II – Filho inválido temporário: renovação a cada 3 (três) anos, com a apresentação de relatório médico (com data inferior a 03 anos) constatando a condição de invalidez;

III – Curatelados: renovação conforme a vigência da curatela constante na decisão judicial;

IX – Titulares e dependentes decorrentes de convênios cooperados com pagamento por boleto: renovação ocorrerá a cada 2 (dois) anos e no momento da renovação deverá ser apresentado contracheque atualizado ou declaração de vínculo.

20 – Nos casos descritos acima, não será exigido o CNIS no momento da renovação, conforme Portaria nº 169, de 22 de Setembro de 2023.

CAPÍTULO V

SERVIDORES MUNICIPAIS QUE DESEJAM SER DEPENDENTES DE SERVIDORES ESTATUTÁRIOS

21 – A condição definida no art. 19 da Lei nº 9.226 só se aplica aos servidores do Estado. Com relação aos municípios conveniados, a regra não deverá ser aplicada.

CAPÍTULO VI

REGRAS DE CONTRIBUIÇÃO

22 – As contribuições mensais são devidas por todos os beneficiários do IPESAÚDE, conforme as determinações estabelecidas no art. 32 e seguintes da Lei nº 9.226.

I – Só será considerado beneficiário do IPESAÚDE e, nessa condição, usufruir dos serviços prestados, após realizado o pagamento da primeira contribuição.

II – As contribuições junto ao IPESAÚDE respeitarão os seguintes moldes:

a) TITULARES:

1. Servidores estatutários, ocupantes de cargos de provimento efetivo ou empregos públicos e cargos em comissão, integrantes dos Quadros de Pessoal dos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta, dos Poderes Constituídos do Estado de Sergipe – Executivo, Legislativo e Judiciário, do Tribunal de Contas, da Defensoria Pública e do Ministério Público Estaduais, ativos e inativos, civis e militares e pensionistas: **6% (seis por cento) calculado sobre o total da remuneração consignável de todos os vínculos existentes, incluindo desconto sobre as férias e décimo terceiro;**

b) DEPENDENTES

1. Pai e/ou mãe: **pagamento por desconto em folha de pagamento de 8% (oito por cento) calculado sobre o total da remuneração consignável de todos os vínculos existentes do titular, incluindo desconto sobre as férias e décimo terceiro;**

2. Filho, enteado, tutelado, curatelado ou neto (neto somente para quem aderiu até 30 de junho de 2023) menor, universitário ou inválido; e Esposo(a) ou companheiro(a): **pagamento por desconto em folha de pagamento, nos seguintes percentuais conforme cada faixa etária, calculado sobre o total da remuneração consignável de todos os vínculos existentes do titular, incluindo desconto sobre as férias e décimo terceiro:**

| FAIXA ETÁRIA | PERCENTUAL |
|---------------------|-------------------|
| 00 a 10 anos | 2,00% |
| 11 a 17 anos | 2,30% |
| 18 a 23 anos | 2,60% |
| 24 a 29 anos | 2,90% |
| 30 a 39 anos | 3,20% |
| 40 a 49 anos | 3,50% |
| 50 a 59 anos | 3,80% |

| | |
|---------------------|-------|
| A partir de 60 anos | 4,00% |
|---------------------|-------|

3. Filho, enteado, tutelado, curatelado ou neto (neto somente para quem aderiu até 30 de junho de 2023) na hipótese até 35 anos: **pagamento por boleto bancário conforme a seguinte tabela por faixa etária:**

| FAIXA ETÁRIA | VALOR DA MENSALIDADE |
|---------------------|-----------------------------|
| 00 a 18 anos | R\$ 106,19 |
| 19 a 23 anos | R\$ 122,22 |
| 24 a 28 anos | R\$ 145,32 |
| 29 a 33 anos | R\$ 167,12 |
| 34 a 38 anos | R\$ 178,82 |
| 39 a 43 anos | R\$ 207,43 |
| 44 a 48 anos | R\$ 261,36 |
| 49 a 53 anos | R\$ 334,55 |
| 54 a 58 anos | R\$ 448,29 |
| 59 anos ou mais | R\$ 582,78 |

c) TITULARES E DEPENDENTES DECORRENTES DOS CONVÊNIOS COM MUNICÍPIOS E CÂMARAS MUNICIPAIS: pagamento por boleto bancário conforme a seguinte tabela por faixa etária:

| FAIXA ETÁRIA | VALOR DA MENSALIDADE |
|---------------------|-----------------------------|
| 00 a 18 anos | R\$ 106,19 |
| 19 a 23 anos | R\$ 122,22 |
| 24 a 28 anos | R\$ 145,32 |
| 29 a 33 anos | R\$ 167,12 |
| 34 a 38 anos | R\$ 178,82 |
| 39 a 43 anos | R\$ 207,43 |
| 44 a 48 anos | R\$ 261,36 |

| | |
|-----------------|------------|
| 49 a 53 anos | R\$ 334,55 |
| 54 a 58 anos | R\$ 448,29 |
| 59 anos ou mais | R\$ 582,78 |

23 – Os Convênios Especiais firmados com as prefeituras de Aracaju, Lagarto, Simão Dias e Itabaianinha, bem como com a Câmara Municipal de Aracaju, são válidos para os beneficiários vinculados que ingressaram no IPESAÚDE até março de 2019.

24 – A regra de contribuição dos Convênios Especiais é que os titulares realizem o pagamento de 12% (doze por cento) sobre o total da remuneração consignável de todos os vínculos existentes, incluindo desconto sobre as férias e décimo terceiro, e os dependentes contribuam seguindo a mesma regra dos estatutários.

OBSERVAÇÃO: A Prefeitura de Aracaju possui a Lei Municipal nº 5.219, de 17 de junho de 2019, na qual define que realizará o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor de contribuição de cada servidor vinculado, com exceção dos comissionados, que deverão arcar com o total de 12% (doze por cento) da remuneração ou o valor da tabela correspondente.

CAPÍTULO VII

REGRAS PARA SERVIDORES CEDIDOS

25 – Servidores cedidos para órgãos da Administração Pública Estadual Direta ou Indireta, dos Poderes Constituídos do Estado de Sergipe – Executivo, Legislativo e Judiciário, do Tribunal de Contas, da Defensoria Pública ou do Ministério Público Estaduais: contribuição do IPESAÚDE realizada mediante desconto de percentual de 6% (seis por cento) calculado sobre o total da remuneração consignável de todos os vínculos existentes do titular, incluindo desconto sobre as férias e décimo terceiro, descontado em folha de pagamento. É devida a contribuição patronal por parte do órgão para o qual o servidor estiver cedido.

Parágrafo único – Nas situações em que o ônus da cessão do servidor não for do Estado, o

pagamento será realizado mediante boleto bancário conforme a tabela por faixa etária.

26 – Servidores estaduais cedidos para Prefeituras (conveniadas ou não) ou para qualquer outro órgão ou ente federativo: Contribuição do IPESAÚDE realizada mediante pagamento de boleto bancário conforme a tabela por faixa etária.

Parágrafo único – A contribuição dos servidores cedidos para a Prefeitura ou Câmara de Aracaju é realizada mediante desconto em folha, utilizando a tabela de valores por faixa etária.

27 – Servidores do Estado cedidos para qualquer Prefeitura (conveniada ou não) ou para qualquer outro órgão ou ente federativo: terá direito ao IPESAÚDE (o valor da contribuição será conforme a regra do item 26 deste Regulamento).

28 – Servidores de Prefeituras não conveniadas ou de qualquer outro órgão ou ente federativo, cedidos para Prefeituras conveniadas: terão direito ao IPESAÚDE (o valor da contribuição será conforme a regra do item 26 deste Regulamento).

29 – Servidores de Prefeituras (conveniadas ou não) ou de qualquer outro órgão ou ente federativo, cedidos para o Estado: terá direito ao IPESAÚDE (o valor da contribuição será calculado sobre o total de todas as remunerações, seguindo a regra do item 25 deste Regulamento).

CAPÍTULO VIII

REGRAS PARA SERVIDORES AFASTADOS POR LICENÇA MÉDICA (INSS)

30 – Contribuirão junto ao IPESAÚDE mediante pagamento do percentual de 6% (seis por cento) calculado sobre a média dos três últimos meses de remuneração, por meio de boleto bancário.

CAPÍTULO VIX

REGRAS PARA SERVIDORES EM LICENÇA SEM VENCIMENTOS

31 – Os servidores em licença sem vencimentos contribuirão com o percentual de 12% (doze por

cento), calculado sobre a média dos três últimos meses de remuneração, por meio de boleto bancário.

CAPÍTULO X

REGRA PARA FILHO RECÉM-NASCIDO DEPENDENTE

32 – É assegurada a inscrição do filho recém-nascido, natural ou adotivo, como dependente, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo titular, observado o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

CAPÍTULO XI

REGRA PARA PROVÁVEIS PENSIONISTAS

33 – Para os prováveis pensionistas, decorrentes de titular falecido, que estão aguardando a aprovação da pensão, o dependente deve formalizar a solicitação através de requerimento junto ao IPESAÚDE, realizando o pagamento da contribuição mediante boleto bancário conforme condições definidas no Anexo I da Lei nº 9.226/2023, utilizando como fator moderador o rendimento do titular e a média de contribuição dos três últimos meses.

CAPÍTULO XII

HIPÓTESES DE MIGRAÇÃO DE CONTRATO

34 – Os servidores integrantes do quadro de pessoal das prefeituras de Aracaju, Lagarto, Itabaianinha e Simão Dias, bem como da Câmara Municipal de Aracaju (Convênios Especiais) que realizam o pagamento junto ao IPESAÚDE por meio de percentual (servidores que aderiram ao IPESAÚDE até março de 2019) poderão migrar para a modalidade de pagamento por tabela de

faixa etária, desde que respeitados os prazos de carência estabelecidos no art. 43 da Lei nº 9.226. Essa regra engloba os titulares e todos os seus dependentes (filho/enteado menor, inválido, universitário e até 35 anos), pai e mãe com ou sem renda, neto e suas derivações, companheiro(a)/esposo(a), tutelado e curatelado).

35 – Na hipótese de migração em que o servidor deixa de ser dependente e passa a ser titular do benefício em razão de vínculo público, não haverá necessidade de carência.

36 – Os servidores que possuem mais de um vínculo com folhas de pagamentos diversas (ex.: Estado e Prefeitura) e o desconto do IPESAÚDE ocorre apenas em um dos vínculos, poderão migrar o contrato do IPESAÚDE, conforme entender pertinente, de um vínculo para outro, desde que respeitados os prazos de carência estabelecidos no art. 43 da Lei nº 9.226.

CAPÍTULO XIII

DISPOSIÇÕES SOBRE INADIMPLÊNCIA

37 – Quando não for verificado o repasse de valores devidos ao IPESAÚDE:

I – Pelos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta, dos Poderes Constituídos do Estado de Sergipe – Executivo, Legislativo e Judiciário, do Tribunal de Contas, da Defensoria Pública e do Ministério Público Estaduais e Conveniados: a Gerência de Arrecadação (GEAR) deverá notificá-los, cientificando-os sobre o valor do repasse em atraso;

II – Pelos beneficiários titulares e dependentes oriundos dos Convênios, temporários, facultativos, cujo pagamento é realizado por meio de boleto bancário:

- a) Ocorrerá a suspensão a partir de 2 (dois) boletos em atraso;
- b) Ocorrerá o cancelamento a partir de 3 (três) boletos em atraso.
- c) A reativação do plano ocorrerá após o pagamento das parcelas em atraso.

38 – O beneficiário ou o órgão que estiver em situação de inadimplência por um período de **até**

6 (seis) meses poderá promover a regularização dos seus débitos à vista ou de forma parcelada, em até 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas, desde que:

I – Na hipótese de pagamento à vista, o devedor solicite a emissão do boleto diretamente ao setor de arrecadação, podendo gozar dos serviços prestados pelo IPESAÚDE após a compensação bancária do referido pagamento.

II – Na hipótese de pagamento parcelado, o devedor solicite diretamente ao setor de arrecadação, a formalização de Termo de Acordo, que será autorizado pela Diretoria de Relacionamento e Cadastramento dos Beneficiários – DIRCAB.

Parágrafo único – Caso a inadimplência seja superior a 6 (seis) meses será necessário o cumprimento do prazo de retorno e do prazo de carência definido na Lei nº 9.226/2023.

39 – O beneficiário que estiver com a sua inscrição suspensa por inadimplência e optar pelo pagamento parcelado, poderá gozar dos serviços prestados pelo IPESAÚDE após a compensação bancária correspondente à primeira parcela do acordo.

40 – O órgão ou entidade inadimplente que optar pela sua regularização sob a forma parcelada deverá formular proposta escrita dirigida à Procuradoria Jurídica – PROJUR, que deverá analisar e emitir parecer jurídico quanto a obediência às normas contidas neste Regulamento e, uma vez opinando pela possibilidade jurídica, converterá a proposta em minuta de Termo de Acordo.

41 – O parecer jurídico e a minuta de Termo de Acordo serão encaminhados à Diretoria de Relacionamento e Cadastramento dos Beneficiários – DIRCAB que, após análise e manifestação, encaminhará à Presidência da Autarquia, a quem caberá a aprovação ou não da proposta de parcelamento.

42 – Havendo a aprovação pela Presidência, o processo será enviado à Gerência de Arrecadação – GEAR, que deverá dar conhecimento ao órgão ou entidade inadimplente, ficando a consolidação condicionada ao pagamento da primeira parcela, dentro do prazo de vencimento.

43 – É vedada a quitação de débitos mediante dação em pagamento com bens móveis ou imóveis de qualquer natureza, ações ou quaisquer outros títulos.

44 – A minuta do Termo de Acordo deverá conter o seguinte:

I – Planilha de cálculo da atualização do valor devido;

II – Período da dívida;

III – Quantidade de parcelas.

45 – O descumprimento de quaisquer cláusulas do Termo de Acordo, implica:

I – Rescisão automática;

II – Vencimento antecipado de todas as parcelas;

III – Cancelamento do plano e impossibilidade de celebração de novo Termo de Acordo quanto ao débito constante do acordo descumprido.

46 – Quando da análise do Termo de Acordo, o Diretor-Presidente deve, preferencialmente, privilegiar e observar o equilíbrio econômico e financeiro do IPESAÚDE, de modo que possa ser assegurada maior eficiência na prestação das atividades e serviços de promoção e de assistência à saúde de servidores do Estado.

CAPÍTULO XIV

PRAZOS DE CARÊNCIA

47 - Após o cadastramento dos beneficiários, deve ser respeitado o prazo de carência estabelecido na Lei nº 9.226, que compreende o período de tempo necessário para que os beneficiários, titulares e dependentes, façam jus à prestação das atividades de promoção e assistência à saúde, bem como dos serviços de assistência médico-odontológica ofertados pelo IPESAÚDE.

48 - Todos os beneficiários, titulares e dependentes, ficam sujeitos aos seguintes períodos de carência:

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Atendimento de urgência e emergência no Serviço de Pronto Atendimento definido pelo IPESAÚDE | Sem carência |
| Consultas e exames laboratoriais, exames de diagnósticos, com ou sem regulação prévia (exceto Tomografia e Ressonância Magnética) e Radiologia | 30 dias |
| Tomografia, Densitometria Óssea, Ressonância Magnética e Cateterismo Cardíaco, Fisioterapia, Hemodiálise, Acupuntura, Quimioterapia, Psicoterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e outras | 180 dias |
| Cirurgias ambulatoriais eletivas | 180 dias |
| Partos (normal ou cesárea) | 300 dias |
| Tratamentos, internações e cirurgias decorrentes de doenças e lesões preexistentes | 24 meses |

49 - O início da contagem dos prazos de carência ocorre após a compensação do pagamento da primeira contribuição, inclusive para os atendimentos de urgência e emergência.

50 – O beneficiário do IPESAÚDE, titular ou dependente, que tiver a sua inscrição cancelada, de acordo com as hipóteses previstas na Lei nº 9.226/2023, por qualquer período, fica sujeito, quando do seu retorno, se for o caso, aos períodos de carência.

51 – A tabela de carência definida pela Lei nº 9.226/2023 também se aplica aos procedimentos odontológicos ofertados pelo Instituto.

CAPÍTULO XV

COBERTURAS

SEÇÃO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

52 - Os serviços de assistência à saúde ofertados pelo IPESAÚDE compreendem assistência médica hospitalar, ambulatorial, fonoaudiológica, psicológica, fisioterapêutica, nutricional, domiciliar e odontológica, bem como consultas, exames e atos necessários ao diagnóstico e tratamento de especialidades, respeitando a tabela de procedimentos adotada pela Instituição, observados também os procedimentos administrativos e regras vigentes para a utilização dos serviços.

53 – A Lei nº 9.226/2023 veda o fornecimento pelo IPESAÚDE de medicamentos e materiais importados, inclusive próteses, órteses e materiais especiais, não nacionalizados, produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, bem como o fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde - CONITEC.

SEÇÃO II

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

54 - Considera-se o atendimento em regime ambulatorial, a cobertura dos seguintes serviços, respeitando os limites estabelecidos na Lei nº 9.226:

I - Consultas médicas em consultórios, pronto-socorros e clínicas médicas;

II - Exames laboratoriais;

III - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

IV - Assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não;

V - Procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritonial;
- b) Quimioterapia;
- c) Radioterapia;
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

VI - Órteses e próteses cirúrgicas e materiais especiais ligados ao ato cirúrgico, devidamente certificados nos órgãos competentes;

VII - Assistência ambulatorial em Hospital-Dia/Clínica-Dia;

VIII - Sessões de fisioterapia e acupuntura;

IX - Tratamentos básicos, em regime ambulatorial, de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

55 - Estão incluídos no atendimento a transtornos psiquiátricos mencionados no item IX do artigo anterior:

I - Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

II - Atendimento à psicoterapia de crise, esta compreendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental;

III - Tratamento básico, prestado por profissional médico, assegurada cobertura às consultas, serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, desde que observados critérios médicos específicos e autorizado pelo IPESAÚDE.

SEÇÃO III

ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

56 - Considera-se a assistência médica hospitalar, a cobertura dos seguintes serviços:

I - Internações hospitalares, com vistas à realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos, em hospitais ou clínicas básicas e especializadas, regularmente contratados pelo IPESAÚDE, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, desde que solicitadas por médico assistente, observada a correspondente emissão de guia de autorização previamente emitida pelo IPESAÚDE;

II - Tratamentos básicos em regime de internação, para transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

57 - Estão incluídos no atendimento relacionado as internações hospitalares para a realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos citados no artigo anterior:

I - Atendimentos hospitalares em UTI, CTI, ou similares, com acomodação de enfermaria, sujeitos à supervisão e auditoria médica do IPESAÚDE;

II - Cobertura de despesas referentes a honorários do clínico, cirurgião, dos auxiliares médicos, anesthesiologistas, hemodinamicistas, dos serviços gerais de enfermagem, alimentação e de higiene;

III - Cobertura de exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, desde que obedecidos os critérios técnico-científicos;

IV - Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, e sessões de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e psicoterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, que estarão sujeitas a revisão técnica e auditoria do IPESAÚDE;

V - Cobertura de despesas com alimentação do acompanhante, efetuadas em ambiente

hospitalar, desde que o usuário seja menor de 18 anos ou maior de 60 anos;

VI - Cobertura de transplante de medula óssea autólogo, incluídas todas as despesas com procedimentos vinculados, bem como aquelas necessárias à realização do transplante, tais como despesas assistenciais com doadores, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, imediato e tardio, e medicamentos de manutenção;

VII - Cobertura de órteses, próteses, materiais especiais e de síntese, ligadas ao ato cirúrgico;

XI - Cirurgia plástica reparadora de funções e órgãos;

XII - Cirurgia plástica reconstrutora de mama utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XIII - Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) Hemoterapia;

e) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

f) Embolizações e radiologia intervencionista;

g) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

h) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

i) Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

58 - Fica garantido o atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério.

SEÇÃO IV

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

59 - Para os fins do disposto neste Regulamento, entende-se por emergência, todos os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizados por declaração do médico assistente; e por urgência todos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

60 - O atendimento de urgência e emergência é garantido após a compensação do primeiro pagamento e não abrange situações de internação, as quais devem respeitar os prazos de carência.

61 - Internações e procedimentos necessários à recuperação de pacientes oriundos da urgência e emergência que estejam em cumprimento de carência não serão custeadas pelo IPESAÚDE, ficando as despesas cargo do beneficiário.

62 - Os locais de atendimento de urgência e emergência que porventura sejam estabelecidos pelo IPESAÚDE, deverão ser definidos em Portaria publicada pelo Diretor-Presidente do IPESAÚDE, após decisão do Conselho Deliberativo.

63 - O serviço de urgência e emergência deverá ser prestado nos locais definidos pelo IPESAÚDE e, em caso de necessidade de regulação do paciente para local diverso, a equipe técnica do Instituto será responsável pela análise do caso e direcionamento ao hospital pertinente, o qual será definido com base nas necessidades assistenciais do beneficiário e possibilidade de atendimento pelo prestador.

64 - A regulação decorrente do atendimento de urgência e emergência só poderá ser feita para os hospitais credenciados junto ao IPESAÚDE.

65 - Em caso de carência, a regulação será feita para as unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde, que deverá respeitar o protocolo estabelecido pelo SUS.

66 - Os beneficiários deverão respeitar os locais estabelecidos para atendimento de urgência e emergência, sob pena de não autorização da utilização do IPESAÚDE como fonte pagadora das despesas oriundas da prestação daquele serviço.

67 - Se o beneficiário ingressar em unidade de saúde para atendimento de urgência e emergência diferente das estabelecidas pelo IPESAÚDE, ficará a cargo do beneficiário o pagamento de toda e qualquer despesa decorrente daquele atendimento, não sendo permitida a transferência dos custos particulares para a cobertura pelo IPESAÚDE.

SEÇÃO V

DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

68 - Os serviços e procedimentos que integram a assistência odontológica disponibilizada aos usuários são aqueles expressamente indicados nas tabelas adotadas pelo Instituto.

69 - Nos tratamentos odontológicos em que houver utilização de materiais e/ou serviços não cobertos e ou não autorizados pelo IPESAÚDE, a despesa decorrente da opção será de responsabilidade exclusiva do usuário.

70 - A assistência odontológica compreende os atendimentos realizados por profissionais da rede contratada pelo IPESAÚDE, visando à prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias do sistema estomatognático, asseguradas as seguintes coberturas:

I - Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;

II - Dentística restauradora;

III - Endodontia;

IV - Odontopediatria;

V - Periodontia;

VI - Radiologia;

VII - Consultas clínicas, exames auxiliares ou complementares.

71 - A assistência odontológica ofertada pelo IPESAÚDE não envolve os tratamentos de cunho estético.

SEÇÃO VI

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

72 - Os serviços e procedimentos que integram a assistência domiciliar obedecerão os critérios estabelecidos no Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), mediante avaliação da equipe multidisciplinar, respeitando a autonomia individual e a premissa de que o paciente é, legalmente, de responsabilidade da família, tendo o direito à dignidade, respeito e solidariedade.

73 - A assistência domiciliar terá por base o laudo médico e avaliação da equipe assistencial do Programa de Atendimento Domiciliar do IPESAÚDE, tendo como referências as tabelas preconizadas para estabelecer o perfil assistencial, que definirá as necessidades de cada beneficiário.

74 - O ordenamento do Programa de Atendimento Domiciliar será publicado em Anexo a este Regulamento.

CAPÍTULO XVI

EXCLUSÕES DE COBERTURA

75 - Ficam excluídos da cobertura do IPESAÚDE os procedimentos, produtos e serviços abaixo relacionados:

I - Atendimento em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados

pela autoridade competente;

II - Consultas domiciliares de pacientes que não estejam no Programa de Atendimento Domiciliar;

III - Fornecimento de medicamentos e materiais importados, inclusive próteses, órteses e materiais especiais, não nacionalizados, produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, bem como o fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

IV - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

V - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

VII - Transplantes, exceto para medula óssea autólogo;

VIII - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou Conselho Federal de Odontologia - CFO;

IX - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética assim como procedimentos em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

X - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos

pelas autoridades competentes;

XI - Despesas decorrentes de serviços prestados por médicos ou estabelecimentos não contratados pelo IPESAÚDE;

XII - Tratamento clínico sob regime de internação de pacientes com diagnóstico primário de dependência química à nicotina ou à cafeína;

XIII - Consultas, tratamentos e internações realizados no período de carência;

XIV - Investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como técnicas de fecundação e inseminação assistida;

XV - Check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XVI - Exames médicos para clubes, academias, avaliação vocacional, e outros exames que não sejam para cuidados com a saúde;

XVII - Despesas e ou tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e estabelecimentos para acolhimento de idosos;

XVIII - Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XIX - Serviços realizados em desacordo com o disposto neste Regulamento.

XX – Tratamentos quimioterápicos que não estejam incluídos na Portaria nº 199, de 29 de Setembro de 2023, e suas alterações.

XXI – Manutenção de marcapasso.

XXII – Anticorpos Anti Fator Intrínseco.

XXIII – Anti Células Parietais.

XXIV – Proteína C Reativa Ultra Sensível Qualitativa.

XXV – Avaliação neuropsicológica completa com avaliação de quociente intelectual.

XXVI – Ultrassonografia morfológica no 1º Trimestre com Doppler.

XXVII – Anti Trans Glutaminase IGA.

XXVIII – PET CT com PSMA.

XXIX – Conceito Bobath.

XXX – Imunofenotipagem sangue total.

XXXI – Antígeno NS1 do vírus da dengue.

XXXII – Radiocirurgia com Gamma Knife.

§ 1º - Será considerado tratamento clínico ou cirúrgico experimental aquele que empregue medicamentos, técnicas ou produtos para a saúde não registrados ou não regularizados no Brasil e não possua as indicações descritas na bula ou no manual registrado na ANVISA (uso off-label).

76 - O pagamento de despesas não cobertas pelo IPESAÚDE é de responsabilidade do usuário e deve ser feito diretamente ao profissional ou estabelecimento que realizar os serviços.

77 - Não serão cobertos pela assistência odontológica os seguintes procedimentos:

I - Implantes;

II - Tratamentos ortodônticos (nem o tratamento ortodôntico preparativo para cirurgia ortognática);

III - Cirurgias buco-maxilo-faciais com finalidade estética;

IV - Substituições de restaurações com finalidade estética;

V - Demais procedimentos não codificados pela Tabela de Procedimentos adotada pelo IPESAÚDE.

78 - Os tratamentos realizados sem aprovação prévia ou que incluam procedimentos não constantes das tabelas próprias adotadas pelo IPESAÚDE não serão pagos aos prestadores e os valores correspondentes aos referidos serviços não serão ressarcidos ao usuário.

CAPÍTULO XVII

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DOS PROCEDIMENTOS

79 - Será necessária a prévia autorização do IPESAÚDE para a realização dos procedimentos abaixo descritos:

a) Ambulatoriais;

a) Cirúrgicos;

b) Diagnósticos e terapêuticos;

80 - O IPESAÚDE instituirá administrativamente a forma de realização de perícia médica para a autorização dos procedimentos.

81 - Ficam isentos de autorização prévia a realização de consultas e exames laboratoriais.

CAPÍTULO XVIII

DO PROCEDIMENTO PARA REEMBOLSO

82 - O reembolso de despesas oriundas de atendimento realizado por prestador de serviço não contratado pelo IPESAÚDE será devido quando:

I - O serviço realizado estiver no rol de cobertura definido pelo IPESAÚDE; e

II - For comprovada a ausência de entidade ou profissional contratado para a realização do procedimento.

83 - O procedimento para a solicitação do reembolso será:

a) Solicitação formal do beneficiário, titular ou dependente, via Portal do Beneficiário ou presencial na sede do IPESAÚDE, antes da realização do procedimento, para obtenção da autorização prévia do reembolso, anexando cópia da guia de perícia, quando for o caso, relatório médico, identidade e CPF. Nesse caso, somente será feita a análise prévia acerca do cabimento/valor do reembolso e o procedimento é opcional;

b) Após a realização do procedimento, o beneficiário deverá solicitar formalmente, via Portal do Beneficiário ou presencial na sede do IPESAÚDE, o pagamento do reembolso, com a apresentação das notas fiscais, comprovante de realização do procedimento e dados bancários.

84 - Em qualquer caso, os dados bancários informados deverão ser do beneficiário relacionado à solicitação, podendo ser do titular, quando se tratar de ressarcimento de procedimento realizado pelo dependente, sendo vedada a apresentação de dados bancários de terceiros.

85 - O valor de qualquer reembolso será conforme a tabela de procedimentos adotada pelo IPESAÚDE.

86 - A solicitação de reembolso deverá ser realizada pelo beneficiário no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da conclusão da realização do procedimento, sob pena de prescrição.

87 - A análise da solicitação de pré-autorização para reembolso deverá ser concluída pelo IPESAÚDE no prazo de até 15 (quinze) dias úteis.

88 - A análise da solicitação do pagamento de reembolso, deverá ser concluída pelo IPESAÚDE, no prazo de até 30 (trinta) dias úteis.

Parágrafo único - Concluída a análise, o IPESAÚDE deverá realizar o pagamento, na conta bancária informada na solicitação, no prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da decisão final deferindo o reembolso.

89 – É vedado o pagamento de despesas a título de reembolso antes da realização dos

procedimentos médicos.

90 – É vedado o pagamento de despesas fora do Estado.

CAPÍTULO XIX

CONTRATAÇÃO DE PRESTADORES DE SAÚDE

91 - A contratação dos prestadores de saúde ocorrerá mediante as condições definidas em Edital de Chamamento Público, o qual deverá dispor as regras para o credenciamento de pessoas jurídicas para suprir a demanda em determinadas especialidades e/ou localidades.

92 - Concluída a contratação dos prestadores, os mesmos deverão prestar os serviços estabelecidos em contrato, respeitando inclusive a tabela de valores adotada pelo IPESAÚDE.

93 - No processo de contratação, o IPESAÚDE deverá estabelecer o valor contratual mensal para a prestação de serviços pelo prestador contratado, conforme análise acerca da demanda pelo serviço, possibilidade de atendimento pelo prestador e inclusive os limites orçamentários da Autarquia, devendo, no momento do pagamento, ser respeitado o limite contratual estabelecido.

CAPÍTULO XX

DISPOSIÇÕES FINAIS

94 - Todos os beneficiários do IPESAÚDE terão direito a prestação dos serviços descritos na Lei nº 9.226 e neste Regulamento, mediante o pagamento das contribuições devidas.

95 - O IPESAÚDE poderá criar padrões de coberturas, que poderão ser ofertadas aos beneficiários mediante alteração no valor da contribuição.

96 - Este Regulamento poderá ser modificado mediante decisão do Conselho Deliberativo do IPESAÚDE e as novas regras deverão ser respeitadas por todos os beneficiários inscritos, novos ou antigos.

97 - O Conselho Deliberativo do IPESAÚDE poderá expedir atos normativos complementares ao disciplinamento e à operacionalização dos serviços assistenciais e/ou programas especiais estabelecidos neste Regulamento, por meio de Resolução.

98 - Revogam-se as disposições em contrário.

Aracaju, 19 de março de 2024



ASSINADO ELETRONICAMENTE
Verificar autenticidade conforme mensagem
apresentada no rodapé do documento

LUCIVANDA NUNES RODRIGUES
Presidente do Conselho

Protocolo de Assinatura(s)

O documento acima foi proposto para assinatura digital. Para verificar as assinaturas acesse o endereço <http://edocs Sergipe.se.gov.br/consultacodigo> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código de verificação: A5Y4-HSH5-SHKW-B3OT



O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 22/04/2024 é(são) :

- LUCIVANDA NUNES RODRIGUES - 19/03/2024 10:22:42 (Docflow)