



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE RONDONÓPOLIS-MT

Lei Municipal nº 4.616, de 25 de agosto de 2005.
Av. João Ponce de Arruda, 1.510 – Bairro Caixa D'água
CEP 78.700-260 – Rondonópolis-MT. (66) 2101-7879 -99239-2412

FICHA CADASTRAL

Todos os campos são de preenchimento obrigatórios-CEP-Atualizado da Rua

Dados do(a) Titular:

Matrícula:	Nome completo sem abreviatura:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: () Masculino () Feminino	RG/Órgão Emissor:	CPF:
Estado Civil:	Nome da mãe:	Nome do pai:	
Endereço (Rua/Av.)			CEP:
Bairro:	Cidade:		UF:
Fone Residencial:	Celular:	Fone Contato:	E-mail:
Secretaria de origem:	Cargo/Função:	Local de Trabalho e telefone:	
() Concursado () Celetista () Celetista Estável () Aposentado () Pensionista () Comissionado			

Dados do(a) Cônjuge/Companheiro(a):

(Dep.1) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone/Celular	RG/Órgão Emissor:	CPF:	Local de Trabalho e telefone:

Dados dos Demais Dependentes:

(Dep.2) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

(Dep.3) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

(Dep.4) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

(Dep.5) – Nome:			Data de Nascimento: / /
Telefone:	Sexo: () Masculino () Feminino	Certidão Nasc. / RG:	CPF:
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior () Guarda Judicial () Genitor () Outro			

Rondonópolis-MT, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor

Assinatura Cônjuge/Convivente



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE RONDONÓPOLIS-MT

Lei Municipal nº 4.616, de 25 de agosto de 2005.
Av. João Ponce de Arruda, 1.510 – Centro – CEP 78.700-260 – Rondonópolis-MT
Fone (66) 3423-2627 – Fax (66) 3421-3341 – www.servsaudemt.com.br

REGRAS GERAIS DE ADESÃO AO PLANO SERV SAÚDE

• DA COBERTURA

I - O Serv Saúde é órgão da administração indireta que tem a finalidade de fornecer assistência à saúde do servidor segurado e seus dependentes, sendo regulado por Lei própria, tendo cobertura territorial de assistência no município de Rondonópolis, poderá realizar convênio com especialistas, hospitais, laboratórios e clínicas de outros municípios, nos termos da Lei 4.616/2005 e suas alterações.

II - O Serv Saúde consiste na cobertura das despesas decorrentes de atendimentos médicos, clínicos, ambulatoriais, hospitalares, cirúrgicos, obstétricos, urgência e emergência, fisioterapêuticos, fonoaudiólogos e psicológicos, bem como dos atos necessários ao diagnóstico e ao tratamento prestados aos segurados por profissionais e instituições credenciados na forma estabelecida na Lei 4.616/2005 e suas alterações, considerando os seguintes benefícios:

1 – A cobertura de internações hospitalares é assegurada da data da admissão até a alta hospitalar do paciente, em consonância com a determinação do médico assistente;

2 - Consultas em consultório médico ou em estabelecimentos de urgência e emergência médica, devidamente credenciada;

3 - Exames previstos na Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira – AMB e da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM;

4 – Internações na modalidade enfermagem e demais procedimentos ligados ao ato na rede credenciada;

5 – Internações em unidade de terapia intensiva – UTI na rede credenciada, conforme o caso;

6 – Órteses, próteses e materiais – OPME envolvidos nos atos cirúrgicos devidamente solicitados e justificados pela rede credenciada;

7 – Cirurgias previstas na Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira – AMB e da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM;

8 – Os serviços de saúde prestados aos beneficiários, observados os períodos de carência previstos no § 2º art. 13 da Lei 4.616/2005, ocorrerá 30 (trinta) dias após a primeira contribuição;

9 – O segurado titular do Serv Saúde contribuirá com as despesas, denominada coparticipação quando da utilização de consultas, tratamentos ambulatoriais, exames complementares, internações e cirurgias a título de fator moderador, conforme disposto no artigo 12 da Lei 4.616/2005;

10 – A medicação só será paga pelo Serv Saúde quando administrada ao paciente em tratamento ambulatorial ou internação hospitalar;

11 – O Serv Saúde não fornece remoção, mas poderá credenciar este serviço aos segurados dentro do município, sendo facultada a utilização do mesmo, restando-lhes o ônus integral de sua utilização, sendo que caberá a instituição onde o segurado ou seu dependente estiver internado realizar a chamada da ambulância e o servidor ou seu acompanhante assinar a autorização;

12 – Os procedimentos previstos nos itens 2, 3, 4, 5 e 6 só serão realizados mediante prescrição médica e prévia autorização do Instituto, ressalvado os casos de emergência.

• DA EXCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PREVISTA NO ART. 9º DA LEI 4.616/2005 E SUAS ALTERAÇÕES

I – Serão pagas pelo usuário ao Serv Saúde, as diferenças de preços das tabelas dos serviços médicos e dos estabelecimentos de saúde, que sejam superiores àqueles constantes das tabelas adotadas pelo Instituto e autorizados pelo segurado ou seu dependente.

II – O usuário que der causa a despesas médicas e hospitalares não cobertas pelo Plano, responderá pela totalidade das respectivas obrigações financeiras, junto ao Serv Saúde.

III – Não serão cobertos pelo Serv Saúde os procedimentos descritos abaixo, sendo facultada ao segurado responsável a livre negociação com os profissionais da área médica e pelo pagamento dos serviços utilizados:

1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental para fins de pesquisa;

2 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, abração química, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

3 – Cirurgia de acne, fulguração de telangiectasias (micro vasos ou vasinhos na superfície da pele) e gesso sintético;

4 - Tratamentos relacionados com métodos de anticoncepção e infertilidade e suas consequências, inseminação artificial e procedimentos de esterilização;

5 - Fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados ou medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;

6 - Doenças e acidentes provocados por ato ou operação de guerra e qualquer outra perturbação da ordem pública, envenenamento e exposição à radioatividade ou radiação de qualquer natureza de caráter coletivo;

7 – Medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

8 – Exames do programa de controle médico de saúde ocupacional – PCMSO;

9 – Tratamento de rejuvenescimento, emagrecimento, convalescença e suas consequências;

10 - Tratamentos em clínica de repouso, de emagrecimento, em estâncias hidrominerais ou outros tipos de internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

11 - Transplantes, exceto o de córnea;

12 - Cirurgias plásticas, com exceção das reparadoras provenientes de acidentes ou reconstrutiva de mama decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que tenha se manifestado na vigência do plano ou dermolipectomia para correção de abdômen após tratamento de obesidade mórbida ou ainda da reconstrutiva de mama quando esta estiver acarretando problemas ortopédicos, devendo, neste caso, a solicitação estar fundamentada com laudos e exames comprobatórios aprovados pela perícia médica do Instituto, ficando a critério da diretoria a liberação dos procedimentos de acordo com as disponibilidades financeira e orçamentária;

13 – Check-up preventivo ou sob-regime de internação hospitalar;

14 – Condicionamento físico, exceto em caráter temporário, decorrente de lesões traumáticas;

15 – Atos ilícitos e suas consequências imediatas ou tardias, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e alterações do corpo;

16 – Qualquer cirurgia refrativa para pacientes que tenham menos de 5 (cinco) graus, podendo ser unilateral ou bilateral;

17 – Despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico hospitalar;

18 – Aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de internação hospitalar, ressalvada a possibilidade de o Instituto fornecer por meio de empréstimo, equipamentos próprios como cadeira de rodas, de banho, muletas e outros conforme norma fixada pelo mesmo, cabendo ainda o custeio do empréstimo ao segurado titular;

- 19 – Serviço de remoção e transporte, UTI móvel, que sendo necessário, o transporte ou remoção, a despesa será arcada exclusivamente pelo segurado;
- 20 – Cobertura e assistência a nível nacional;
- 21 – Coleta de exames laboratoriais a domicílio;
- 22 – Consulta, serviços de fisioterapia e enfermagem para tratamento em domicílio, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais;
- 23 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 24 – Materiais e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar e/ou de atendimento ambulatorial de urgência e emergência;
- 25 – Consulta para obtenção ou renovação de Carteira de Habilitação Nacional – CNH;
- 26 – Necropsias, preparo de cadáver, velório e afins;
- 27 – Tratamentos odontológicos com cobertura pelo Instituto;
- 28 – Procedimentos para reversão de esterilização;
- 29 – Despesas com acompanhantes nos casos de internação de pacientes com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e inferior a 60 (sessenta) anos;
- 30 – Atos ilícitos ou antiéticos e suas consequências imediatas ou tardias, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 31 – Doenças pré-existentes no período de carência.

• **DO GENITOR E FILHO MAIOR FACULTATIVOS – cobertura limita aos incisos I e II do Art. 9º desta Lei.**

Art. 5º - São dependentes legais do Servidor Segurado: III – É facultado ao servidor segurado casado e/ou com filhos, que não se enquadre no inciso anterior, a inclusão dos genitores como dependentes, com pagamento da tabela cheia dos procedimentos realizados, descontando 1,0% (um por cento) sobre os rendimentos do servidor segurado por genitor incluído como dependente, para custeio das despesas operacionais, com cobertura limitada aos incisos I e II do Art. 9º desta Lei; IV – É facultado ao Servidor Segurado casado e/ou com filhos, que não se enquadre no inciso I, a inclusão como dependente, do filho maior de 18 (dezoito) e menor de 24 (vinte e quatro) anos, solteiro, não emancipado e dependente economicamente do titular, com pagamento da tabela cheia dos procedimentos realizados, descontando 1,0% (um por cento) sobre os rendimentos do servidor segurado por filho maior incluído como dependente, para custeio das despesas operacionais, com cobertura limitada aos incisos I e II do Art. 9º desta Lei; Art. 9º - (...) I – Consultas realizadas em consultório médico particular ou em estabelecimentos de urgência médica, devidamente credenciada; II – exames previstos na Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira – AMB e da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM;

• **DA CONTRIBUIÇÃO**

- 1 – Todo segurado titular contribuirá com 3% (três por cento) dos rendimentos (salário bruto) do cargo ocupado, que será descontado em folha de pagamento.
- 2 – Os segurados inativos do INSS, os servidores ativos em licença não remunerada ou aqueles cedidos a outros órgãos cuja contribuição patronal não seja possível, contribuirão com 6% (seis por cento) da remuneração comprovada, com pagamento por meio de boleto ou transferência bancária.
- 3 – O segurado a que se refere o item 2 (dois), que deixar de recolher a contribuição e decorridos 30 (trinta) dias após a última data de vencimento, terá suspenso os benefícios e no caso de uma ou mais contribuições, decorridos 60 (sessenta) dias consecutivos ou não do primeiro vencimento em aberto, perde o direito aos benefícios e a condição de segurado, estando no caso de reingresso, sujeito a novos prazos de carência.
- 4 – Os servidores ocupantes de cargos de agentes políticos ou comissionados e seus dependentes, somente terão acesso a exames de alta complexidade e cirurgias eletivas mediante pagamento antecipado de 50% (cinquenta por cento) do valor dos procedimentos a que cabe ao servidor, com pagamento via transferência bancária.
- 5 – Para os filhos dos segurados que já se encontram no plano, ao completarem 18 (dezoito) anos até 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, não emancipados e dependentes economicamente do titular, com pagamento de tabela cheia dos procedimentos realizados, terão o desconto de 1% (um por cento) sobre os rendimentos brutos do servidor segurado por filho incluído.
- 6 – Para os filhos dos novos segurados que já possuam 18 (dezoito) anos até 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, não emancipados e dependentes economicamente do segurado titular com pagamento de tabela cheia dos procedimentos realizados com desconto de 1,5 (um e meio por cento) sobre os rendimentos brutos do servidor segurado por filho incluído.
- 7 – Para o segurado titular que se encontrava no plano até 31/12/2016 poderão incluir os genitores com desconto de 1% (um por cento) sobre os rendimentos brutos do servidor segurado, com tabela cheia dos procedimentos por genitor incluído.
- 8 – Para genitores de novos segurados o desconto será de 1,5% (um e meio por cento) sobre os rendimentos brutos do servidor segurado, com tabela cheia por genitor incluído.
- 9 – Para filho maior de 24 (vinte e quatro) anos, solteiro, não emancipado, inválido ou interdito, portador de doenças crônicas e, ou degenerativas comprovadas através de laudos médicos e dependente economicamente do titular, com pagamento de tabela cheia dos procedimentos realizados, com desconto de 1,5 (um e meio por cento) sobre os rendimentos brutos do servidor segurado por filho incluído.

• **DO FATOR MODERADOR**

- I – O fator moderador é o percentual que o segurado paga em relação ao valor pago pelo Instituto dos procedimentos de acordo com o art.12 da Lei 4.616/2005 e suas alterações.
- 1 – Será cobrado do segurado, a título de fator moderador, em caso de consulta, o correspondente ao percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor da tabela paga pelo Instituto, inclusive nas emergências até o limite de 08 (oito) ao ano. A partir da nona consulta no ano, o fator moderador será de 100% (cem por cento), exceto para crianças de 0(zero) a 12 (doze) meses;
 - 2 – Será cobrado do segurado em caso de exames de análises clínicas e anatomia patológica, o correspondente ao percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor da tabela paga pelo Instituto;
 - 3 – Será cobrada do segurado, em caso de exames por imagens, radiologia em geral e medicina nuclear, o correspondente ao percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor da tabela paga pelo Instituto, exceto aqueles previstos no inciso IV do artigo 12 da Lei 4.616/2005;
 - 4 – Será cobrado do segurado, em caso de exames de testes ergométricos, cintilografias, ultrassonografias, densitometria óssea, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, colonoscopia, mapeamento cerebral, monitorização ambulatorial de pressão (MAPA 24 h), sistema Holter, o correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor pago pelo Instituto até o limite de 02(dois) exames ao ano;
 - 5 – As sessões realizadas nas especialidades de fonodialogia e psicologia só serão custeadas pelo Serv Saúde após autorização prévia do médico perito, ficando o beneficiário responsável pelo pagamento de 50%(cinquenta por cento) a título de fator moderador;

- 6 – As sessões de fisioterapias só serão custeadas pelo Serv Saúde mediante prescrição de médico especialista, podendo o fisioterapeuta prescrever até o limite de oito sessões para conclusão do tratamento, após autorização do médico perito, ficando o beneficiário responsável pelo pagamento de 50% (cinquenta por cento) a título de fator moderador;
- 7 - Será cobrado do segurado, em caso de exames ginecológicos, urológicos, cardiológicos e gastroenterológicos, o correspondente ao percentual de 30% (trinta por cento) do valor pago pelo Instituto;
- 8 - Será cobrado do segurado, em caso de internação clínica ou tratamento ambulatorial, o correspondente ao percentual de 30% (trinta por cento) do valor pago pelo Instituto;
- 9 - Será cobrado do segurado, em caso de cirurgias ou procedimentos obstétricos, o correspondente ao percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor realizado, exceto cirurgias bariátricas cujo percentual é de 50% (cinquenta por cento) do valor pago pelo Instituto;
- 10 - Será cobrado do segurado, em caso de utilização de órteses e próteses envolvidas no ato cirúrgico, o correspondente ao percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor dos referidos OPMEs;
- 11 - Será cobrado do segurado, nos casos de inclusão de lentes o valor de 100% (cem por cento) do valor pago pelo Instituto, em até cinco parcelas em boleto ou transferência bancária, sendo que só será autorizada uma segunda lente após a quitação da primeira;
- 12 - Será cobrado do segurado, em caso de procedimentos médicos e ou paramédicos, cuja remuneração dos procedimentos seja por pacote, o percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor pago pelo Instituto;
- 13 - Será cobrado do segurado, em caso de procedimentos referentes à especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, em nível ambulatorial e hospitalar o percentual de 100% (cem por cento) do valor pago pelo Instituto;
- 14 - A segurada que durante o período de pré-natal ultrapassar o limite previsto no inciso I, art.12 da Lei 4.616/2005, manterá o percentual correspondente a 50% (cinquenta por cento) para consultas e para exames de ultrassom gestacional, sendo este último até o limite de 03 (três) ao ano a partir da nona consulta a título de fator moderador, a ser solicitado pelo titular;
- 15 - Será cobrado do segurado, em caso de internação em UTI, o correspondente a 30% (trinta por cento) sobre o valor da despesa médica hospitalar paga pelo Instituto;
- 16 - Será cobrado do segurado, em caso de tratamento com quimioterapia, radioterapia, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor das despesas pagas pelo Instituto.

• DO TITULAR

- 1 – Servidores de cargo efetivo e estatutário, ativo e inativo; celetista ativo e inativo; os pensionistas, os agentes de saúde comunitários e os agentes de endemias, os agentes políticos e os cargos comissionados e servidores da Coder e das Autarquias.
- 2 – O titular poderá se desvincular do plano a qualquer tempo, desde que não tenha dívida para com o Instituto ou negocie com a assessoria jurídica;
- 3 – A inscrição como segurado do Serv Saúde é facultativa e depende exclusivamente da manifestação expressa do servidor.
- 4 - A inscrição dos dependentes legais cabe ao servidor, devendo ser realizada no ato de sua inscrição, mediante requerimento instruído com a documentação e as certidões necessárias à qualificação individual comprovadora do vínculo jurídico e econômico.

• DOS DEPENDENTES LEGAIS DO SERVIDOR SEGURADO

- 1 – O cônjuge, o companheiro ou companheira e os filhos menores de 18 (dezoito) anos, solteiros, não emancipados, dependente economicamente do titular e ou aqueles considerados pela legislação do imposto de renda ou decisão judicial que se encontre sob guarda ou tutela do servidor.
- 2 - O pai e a mãe que vivam sob a dependência econômica do servidor/segurado, desde que não tenha qualquer outro dependente de qualquer natureza;
- 3 – O enteado (a) assim considerado pela Lei Civil, não emancipado, enquanto menor de 18 (dezoito) anos, solteiro, sem outra pensão ou rendimento e desde que comprove a dependência econômica em relação ao servidor;

• DOS DEPENDENTES FACULTATIVOS

- 1 – Filhos maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, estudantes, não emancipados e dependentes economicamente do titular;
- 2 – Filhos maiores de 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, não emancipados, inválidos ou interditos, portadores de doenças crônicas ou degenerativas comprovadas através de laudo médico, dependente economicamente do titular;
- 3 – Os genitores quando o segurado já possui outros dependentes no plano.

• DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO CONJUGE

- I – O cônjuge/ convivente beneficiário do Segurado titular é solidário nas obrigações concernentes aos deveres obrigacionais envolvidos na relação assistência requeridos no ato de inscrição de segurado facultativo nos termos da Lei 10.406/2002 denominado Código Penal.
- II - O cônjuge/ convivente beneficiário do Segurado titular é solidário nas obrigações concernentes aos deveres obrigacionais envolvidos na relação assistência requeridos no ato de inscrição de segurado, em caso de falecimento, havendo dívida por parte do titular com o Serv Saúde, esta será repassada automaticamente ao beneficiário pensionista.

• DA RESPONSABILIDADE SUBSIDIÁRIA

- 1 – Os segurados titulares e seus dependentes são subsidiariamente responsáveis pelas dívidas contraídas quando da utilização dos benefícios assistenciais previstos na Lei 4.616/2005, inclusive pode o Instituto efetuar, no caso de morte do segurado titular, a cobrança do espólio ou do pensionista do ex-segurado, sendo que neste último caso, o pagamento dar-se-á mediante consignação compulsória em folha de pagamento do benefício concedido pelo órgão previdenciário – IMPRO.
- 2 – Independente do que dispõe o item anterior, nos casos de falecimento do titular, havendo débito deixado pelo segurado, este será liquidado mediante compensação por parte da Prefeitura e dos Órgãos da Administração Direta e Indireta, Empresa de Economia Mista e Câmara Municipal com os créditos a que faça jus, tais como salários, subsídios, vencimentos e outras vantagens salariais de qualquer natureza, incluindo auxílios, gratificações de natal, indenizações de férias e seu adicional de 1/3 (um terço), ações coletivas, entre outros. O valor compensado deverá ser repassado integralmente ao Serv Saúde junto aos demais créditos, sob pena de ser executada judicialmente e corrigidos de acordo com as disposições previstas no art. 33 da Lei 4.616/2005.

3 – O segurado titular ao ser exonerado ou se desvincular do Serv Saúde e tiver débito relacionado à prestação de serviços, terá o prazo de 30 (trinta) dias para negociar o montante devido em até 18 (dezoito) parcelas com pagamento em boleto ou transferência bancária. Vencido o prazo estipulado para o pagamento, esgotada a via administrativa na cobrança dos débitos e respeitado o prazo previsto no parágrafo único, inciso II, art.6º da Lei 9.048/2016 alteração da Lei 4.616/2005, o beneficiário titular ou seus dependentes poderão ser acionados judicialmente pelo Instituto para os devidos ressarcimentos.

• **DA CARÊNCIA**

1 – Os serviços de saúde previstos no art.9º da Lei 4.616/2005 serão prestados aos beneficiários 30(trinta) dias após o primeiro desconto em folha da contribuição, observados o período de carência previsto no parágrafo 2º, art. 13 da lei 4.616/2005; vedado desconto retroativo para novas inclusões.

2 - Após a inscrição, o segurado e seus dependentes terão carência de 18(dezoito) meses para ter direito aos percentuais previstos para a utilização dos procedimentos dos incisos III a V do art. 9º e a partir do inciso IV e demais incisos do art. 12 da Lei 4.616/2005.

3 – Quando houver alteração de titularidade dos segurados ou alteração de vínculo funcional perante os órgãos municipais, ou caso de afastamento para o INSS deverá ser requerida formalmente pelo segurado a continuidade, desde que não haja interrupção das contribuições na forma da Lei 4.616/2005 e suas alterações, permitido o desconto retroativo, nestes casos, para que não configure a interrupção, desde que solicitado formalmente.

4 – Caso não haja a formalização por parte do interessado, após 30(trinta) dias este deverá cumprir novamente a carência estabelecida na legislação do Instituto § 2º, art.13, Lei 4.616/2005.

5 – O segurado que se manifestar pela desfiliação do Serv Saúde, caso retorne obedecerá a carência estabelecida nos incisos III a V do art.9º e a partir do inciso IV e demais incisos do art. 12 da Lei 4.616/2005.

6 – No caso de inclusão de dependente recém-nascido até o 30º (trigésimo) dia, não será exigido o cumprimento de carência, desde que o segurado titular já tenha cumprido a carência devida, conforme a Lei 4.616/2005.

• **DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS**

1 – Só será expedido guia para exames simples, de alta complexidade e cirurgias mediante pedido médico assinado por especialista ou clínico geral.

2 - O segurado ou o seu dependente quando da apresentação do pedido médico original para expedição de guia/autorização junto aos Serv Saúde, deverá constar neste as seguintes informações: nome completo do paciente; assinatura do médico com o CRM; número do CID ou outro motivo que justifique o pedido; data da emissão do pedido; conter grafia legível; pedidos em formulário padrão do Instituto, das instituições conveniadas, do próprio médico ou do Sistema Único de Saúde-SUS;

3 – O pedido médico tem validade de 30(trinta) dias para solicitação de exames e para dar entrada em cirurgias eletivas;

4 – O Instituto, de acordo com normativas, tem o prazo de até 48(quarenta e oito) horas para liberar ao segurado o pedido médico de exames e procedimentos cirúrgicos, avaliados e deferido por médico perito;

5 – Estão sujeitos à autorização prévia do médico perito, todos os procedimentos constantes no art. 73 do regimento interno do Instituto.

• **DAS PENALIDADES**

1 – O uso indevido e a falsificação ou alteração de documentação para identificação como segurado e/ou dependente do Serv Saúde, implicará na exclusão do titular e de seus dependentes, ficando o servidor infrator responsável pelo ressarcimento das despesas efetuadas pelo Instituto, poderá ainda responder a inquérito administrativo e criminal, cujos autos serão remetidos à Secretaria de lotação do mesmo.

2 – O servidor titular é responsável, civil e criminalmente, pelo uso indevido do benefício do Serv Saúde, bem como pela inscrição de dependente realizada com base em documento e informações falsas por ele fornecidas.

3 – O usuário que der causa a despesas médicas e hospitalares não cobertas pelo Plano, responderá pela totalidade das respectivas obrigações financeiras junto ao Serv Saúde.

4 – Serão pagas pelo usuário, as diferenças de preços das tabelas dos serviços médicos e dos estabelecimentos de saúde, que sejam superiores àqueles constantes da tabela padrão adotadas pelo Instituto Serv Saúde.

• **PERDEM A QUALIDADE DE DEPENDENTE**

1 – Aquele que por vontade do segurado titular seja excluído;

2 – O cônjuge que estiver separado judicialmente, divorciado ou ainda pela anulação do casamento;

3 – O cônjuge pelo abandono do lar, desde que reconhecida esta situação a qualquer tempo, por sentença judicial transitada em julgado;

4 – O (a) companheiro(a) pela cessação da união estável com o(a) servidor(a);

5 – O dependente inválido ou interdito, portador de doença crônica ou degenerativa, pela cessação da invalidez ou interdição ou quando da cura da doença crônica ou degenerativa;

6 – Os dependentes em geral, pelo matrimônio ou pela manutenção de união reconhecida como entidade familiar de acordo com a Lei 9.278 de 10 de maio de 1996;

7 – Os dependentes economicamente do titular, ao completarem 18 (dezoito) anos ou após os 24 (vinte e quatro) anos de idade, quando cessar esta situação.

• **PERDEM A QUALIDADE DE SEGURADO**

1 – Aquele que, por qualquer forma, perder a condição de servidor público municipal, exceto o servidor celetista quando da sua aposentadoria e manifestar o desejo de continuidade da assistência à saúde, pagando contribuição integral.

2 – Os servidores segurados, que não figure mais na folha de pagamento oficial ou que perdeu o vínculo com o Município, Autarquias, Câmara e Coder.

• **DO RESSARCIMENTO**

1 – Será concedido ao segurado o ressarcimento dos descontos indevidos e dos valores despendidos quando o procedimento assistencial para o tratamento ou procedimento médico-hospitalar não for realizado pela Rede credenciada e for previamente autorizado pelo Instituto;

2 – O prazo para requerer o ressarcimento é de 60 (sessenta) meses, contados a partir do mês que se operou o desconto indevido ou procedimento efetuado fora da rede credenciada, conforme regulamento expedido pelo Instituto;

3 – O ressarcimento de crédito ao segurado titular decorrente de desconto indevido ou de indenização de procedimentos efetuados fora da rede credenciada será efetuado de acordo com os valores pagos por parte do usuário ao Instituto, desde que tenha todos os comprovantes emitidos pelo profissional ou instituição onde houve a realização dos procedimentos e nos termos deste parágrafo, prioritariamente por meio de compensação com os débitos se houver, não havendo, será devolvido os valores ao segurado via transferência bancária.

• **DA RESPONSABILIDADE DO SEGURADO TITULAR**

1 – O (a) filho (a) ao completar 18 (dezoito) anos, terá automaticamente bloqueado o acesso a assistência médica. A inclusão é facultativa, sendo necessário que o titular faça o requerimento com 30(trinta) dias de antecedência para que não haja a interrupção da assistência.

2 – O (a) servidor (a) titular ao aposentar deverá comparecer no Instituto munido de portaria para requerer a continuidade no plano e, havendo dívida fazer a transferência para a nova folha;

3 – O (a) servidor (a) ao exonerar do serviço público municipal, após a rescisão deverá comparecer no Instituto para verificar se ainda há dívida e negociar com a assessoria jurídica a forma de pagamento;

4 – O servidor efetivo poderá se desvincular do Instituto a qualquer momento, desde que não tenha dívida ou após a negociação da mesma com a assessoria jurídica;

5 – Aos agentes políticos e comissionados não será estendido o credenciamento para o plano odontológico devido à cláusula de permanência de dois anos;

6 – O (a) servidor (a) que aposentou ou foi exonerado e deixou dívidas para o Instituto, só terá um novo credenciamento após quitação da dívida em sua totalidade.

7 – Os demais direitos e deveres estão estabelecidos na Lei 4.616/2005 e suas alterações, regimento interno e normativas do Instituto que devem ser seguidos, obedecidos e respeitados.

Venho **requerer minha inclusão** e/ou de meus dependentes, conforme ficha cadastral junto ao SERV SAÚDE na qualidade de Segurado Facultativo, para que possa usufruir dos BENEFÍCIOS médicos hospitalares oferecidos e declaro ser sabedor de todas as faculdades e prerrogativas, carências, coberturas e proibições, contidas no bojo da Lei instituidora do Instituto de Assistência a Saúde dos Servidores Públicos do Município de Rondonópolis – denominado SERV SAÚDE.

Autorizo o desconto em folha de pagamento, em não sendo possível, autorizo a emissão de boleto bancário ou outro documento financeiro competente para recolhimento, das contribuições assistenciais e das despesas decorrentes da coparticipação relativa aos atendimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares, bem como decorrente de tratamentos e diagnósticos correlatos.

DOS DEPENDENTES – RESPOSNSABILIDADE SUBSIDIÁRIA: Reconheço enquanto titular que os meus dependentes são subsidiariamente responsáveis pelas dívidas contraídas quando da utilização dos benefícios assistenciais previstos nesta lei, inclusive podendo o Instituto efetuar **automaticamente** no caso de morte do segurado titular a cobrança do espólio ou do pensionista do ex-segurado, sendo que neste último caso, o pagamento dar-se-á mediante consignação compulsória em folha de pagamento do benefício concedido pelo órgão previdenciário – IMPRO, nos termos Código Civil e da Lei nº 4.616/2005, incluída pela Lei nº 9.048, de 28 de setembro de 2016.

Declaro(mos) ainda, para os devidos fins legais, que as informações supra mencionadas são verdadeiras, podendo inclusive ratificá-las em Juízo, se for necessário, e também ciente dos direitos e deveres constantes na Lei 4.616/2005 que regulamenta o Serv Saúde, podendo ser consultado no endereço eletrônico: www.servsaudemt.com.br.

Diante do exposto o servidor(a) segurado(a) e o cônjuge/convivente atestam que tomaram ciência das regras gerais fixadas pela Lei 4616/2005, forma de utilização, restrições e coberturas inerentes aos benefícios assistenciais.

Rondonópolis _____, de _____ 20 _____.

Assinatura do(a) Servidor(a) titular

Assinatura do(a) Cônjuge/Convivente