Resolução nº 201/1989

Consolida a legislação que criou o Plano de Assistência Médica Suplementar.

O Presidente do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela alínea "g" do art. 63, combinada com o parágrafo único do art.64, ambos da Lei 7.672, de 18 de junho de 1982,

RESOLVE:

Art. 1º - Consolidar o Plano de Assistência Médica Suplementar deste Instituto, cujo objetivo precípuo é o de oferecer facultativamente aos beneficiários da Autarquia internamento hospitalar em classe privativa.

Parágrafo Único – O PAMES será executado pelas Diretorias de Previdência e Assistência Médica.

Art. 2º - O PAMES prevê internamento hospitalar em classe privativa, isto é, aposento individual com banheiro privativo e direito a acompanhante.

§ 1º - Os opcionais oferecidos nos aposentos, como telefone, condicionador de ar, TV, etc., não terão cobertura pelo Plano.

§ 2º - O Plano Privativo Simples, resguardados os direitos adquiridos, continuará em manutenção até a extinção total dos contratos vigentes.

Art. 3º - O PAMES prevê os seguintes serviços:

I. cobertura das despesas com hotelaria hospitalar na classe prevista, incluindo ainda:

a) ao beneficiário, cobertura das despesas com refeições, inclusive dietéticas;
b) ao acompanhante, cobertura das despesas com diárias e café da manhã.

II. cobertura das despesas com honorários Médicos.

Art. 4º - Poderão inscrever-se no PAMES os segurados do IPERGS e seus dependentes inscritos na Declaração de Beneficiários, os conveniados e seus dependentes, bem como, os pensionistas da Autarquia.

§ 1º - É fixado em menos de 70 (setenta) anos o limite de idade para ingresso no Plano.

§ 2º - É vedada a inscrição de pessoas não beneficiárias do IPERGS.

Art. 5º - O PAMES poderá ser adquirido pelos beneficiários nas modalidades individual ou familiar.

§ 1º - A modalidade individual considera a inclusão somente do segurado, pensionista ou conveniado.

Alínea "a" – Os segurados que atingirem a idade limite para ingresso no Plano, poderão inscrever seus dependentes na modalidade individual, respeitando o limite de idade de ingresso e as demais disposições desta Resolução.

§ 2º - A modalidade familiar considera a inclusão de todo o grupo familiar do segurado inscrito da Declaração de Beneficiários, atualizada no momento de adesão ao Plano, excetuando-se expressamente os participantes do Plano de Assistência Complementar – PAC.

§ 3º - Na alteração da modalidade deverão ser sempre respeitadas as carências fixadas no art.7º, para novos inscritos, bem como para o segurado, considerando a data de sua inscrição no Plano.

Art. 6º - No ato da inscrição, o candidato preencherá declaração de saúde. Datando-a e assinando-a.

§ Único – É facultado ao Instituto, sempre que assim o entender, exigir perícia ou exame médico do candidato a ingresso no Plano.

Art. 7º - Os usuários incluídos no Plano somente farão jus a qualquer benefício nele estipulado, desde que estejam quites com suas contribuições na data de utilização e que tenham cumprido carência mínima de 6 (seis) meses consecutivos de contribuição, sendo que para assistência obstétrica e para transplantes e implantes, a carência mínima será, respectivamente, de 11 (onze) e 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de contribuição.

§ 1º - Aos dependentes de associado do PAMES, inscritos na modalidade familiar, que no prazo de 30 (trinta) dias da data em que adquirirem a condição de pensionista do Instituto, se inscreverem na modalidade individual, será considerada a data de ingresso do ex-segurado no Plano, para contagem dos prazos de carência fixados no caput deste artigo.

§ 2º - Aos beneficiários definidos no parágrafo anterior, fica assegurado pelo prazo de 30 (trinta) dias, da data do óbito do associado do plano, o direito à percepção dos benefícios nele estipulados.

§ 3º - Em se tratando de tratamento obstétrico, através de parto prematuro, será antecipada a carência em igual número de meses em que ocorreu o nascimento prematuro em relação ao parto normal de 9 (nove) meses.

Art. 8º - A falta de pagamento de 06 (seis) contribuições consecutivas, imputável ao segurado, implicará no cancelamento automático do Plano.

Art. 9º - A fonte principal de recursos para manutenção do PAMES será constituída pelas contribuições dos associados do Plano.

§ 1º - Caberá ao órgão atuarial do IPERGS o cálculo das contribuições previstas no caput do artigo, bem como de suas alterações.

§ 2º - Em qualquer época poderá haver reajustamento do Plano, visando o equilíbrio financeiro em razão de estudo técnico atuarial e mediante aprovação do Senhor Presidente.

Art. 10º - A forma de cobrança será por consignação em folha de pagamento, débito em conta corrente bancária ou outra modalidade a critério do IPERGS.

Art. 11º - Eventuais diferenças das despesas, sejam hospitalares ou de honorários não previstos pelo Plano, serão de inteira responsabilidade do beneficiário.

Art. 12º - O PAMES obedecerá sistemática própria de funcionamento, inclusive no relacionamento com Profissionais e Entidades, mantendo-se no entanto, a necessidade de autorização do Instituto para os internamentos requeridos.

§ 1º - Os limites de cobertura do Plano de Assistência Médica Suplementar fazem parte integrante desta Resolução, como Anexo I.

§ 2º - A normatização complementar do Plano ficará afeta às Diretorias de Assistência Médica e de Previdência, que submeterão suas deliberações à decisão do Presidente do Instituto.

Art. 13º - Os beneficiários do IPERGS, inscritos no PAMES, menores de 12 (doze) anos e maiores de 70 (setenta) anos, terão sua cota de contribuição correspondente do Plano, reduzida em 30% (trinta por cento).

Art. 14º - Ao estabelecer credenciamento para prestação de serviços do PAMES, o IPERGS fixará as respectivas tabelas.

§ 1º - A tabela de diárias, taxas, serviços e despesas hospitalares será fixada de acordo com a utilizada para a obtenção do custo atuarial.

§ 2º - A Tabela de Honorários Profissionais será a mesma do Plano de Assistência Médica do IPERGS, com Coeficientes de Honorários – CH multiplicado por 3 (três).

§ 3º - As tabelas previstas nos parágrafos 1º e 2º, poderão ser alteradas por decisão do Presidente, mediante proposta das Diretorias de Assistência Médica e de Previdência, ouvida a Assessoria Atuarial.

Art. 15 – quando o atendimento de beneficiários do PAMES, nos casos de urgência, for executado por Profissional ou Entidade não credenciada, por absoluta inexistência de prestadores credenciados, será concedido reembolso das despesas havidas e devidamente comprovadas, após análise técnica e respeitados os limites fixados no artigo anterior.

Art. 16 – As despesas com anestesiologistas, quando forem pagas pelos beneficiários do Plano aos Profissionais, serão reembolsadas pelo IPERGS, respeitado o dispositivo no art.14.

Art. 17 - Revogadas as disposições em contrário esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Porto Alegre, 29 de maio de 1989.

ANTONIO CEZAR PEREIRA VIANA,
Presidente

Resolução nº. 201, de 29 de maio de 1989.

A N E X O I

LIMITES DE COBERTURA DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Casos Clínicos em Geral	**07 (sete) dias**		**100%**	**Honorários Profissionais** **Diárias Hospitalares**
Emergências Cardiovasculares Prematuridade Meningite Câncer Politraumatismos Traumatismos cra-neoencefálicos Casos Psicóticos Agudos AIDS	**30 (trinta) dias**	**após**	**50%**	**Taxas** **Serviços Hospitalares** **Serviços Complementares** **Medicamentos e materiais**
Tisiologia	**60(ssessenta) dias**			
Casos Cirúrgicos	**Cobertura integral pelo prazo necessário à recuperação do paciente**			

Resolução nº 243/1993

Parágrafo único - Aos associados do PAMES, em caso de urgência, bem como aos abrigados pelo Convênio de Reciprocidade Médico-Hospitalar, mantido entre Institutos de Previdência dos Estados, será também concedido o reembolso de despesas decorrente de internamento hospitalar em classe privativa, devidamente comprovadas e dentro dos limites fixados na tabela própria sempre sujeitas à análise técnica.

Resolução nº 269/1995

Art. 1º - Passa a ter a seguinte redação o parágrafo primeiro, do artigo 7º, da Resolução nº 201, de 29 de maio de 1989:

Parágrafo primeiro – Os dependentes de segurados do PAMES, inscritos na modalidade familiar, no prazo de 60 dias da data em que adquirirem a condição de pensionistas ou tiverem sido inscritos no Plano de Assistência Complementar – PAC, poderão inscrever-se na modalidade individual, sendo considerada a data de ingresso do ex-segurado ou segurado no Plano, para a contagem dos prazos de carência fixados no "caput" deste artigo.

Resolução nº 308/99

Parágrafo único – A falta de pagamento de quatro (04) contribuições mesmo que intercaladas, imputável ao usuário implicará no cancelamento automático do Plano.