



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES - IPREM/GV
PAM – PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA/IPREM-GV
CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES,
DIAGNÓSTICO E TERAPIA

CONTRATO No. _____

CONTRATADO: Instituto de Previdência Municipal de Governador Valadares – IPREM/GV, pessoa jurídica de direito público, CNPJ Nº 86.813.953/0001-94, Instituição administradora do Plano de Assistência Médica/PAM, com sede à Rua Eduardo Carlos Pereira Nº 205 – Bairro Esplanada, nesta cidade, neste ato representado pelo seu Diretor Geral, Sr. José Rosa Gonçalves, CPF Nº 208.191.106-04.

CONTRATANTE: _____ servidor (a) público (a) municipal, Inscrito (a) no IPREM/GV com a matrícula nº. _____, CPF nº _____, C.I nº _____ lotado(a) no(a) _____ Estado Civil _____, Sexo _____, residente à rua/av. _____ nº _____ Bairro _____ CEP _____ Telefone _____ nesta cidade de _____, doravante denominado(a) USUÁRIO(A) TITULAR, tem por si e pelos seus dependentes abaixo relacionados, justo e acertado com o Contratado, as cláusulas e condições constantes deste contrato.

Relação de dependentes:				
Cód.	Nome	Data Nascimento	Sexo	Parentesco
D1				
D2				
D3				
D4				
D5				
D6				
D7				
D8				
D9				
D10				

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Prestação de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, ao usuário titular e seus dependentes legais, inscritos regularmente, pela ordem, no IPREM/GV e no PAM, observando-se as condições estabelecidas no Regulamento Nº de 001 de 17 de setembro de 2001, regulamentado pelo Decreto No. 7.087 de 18 de setembro de 2001 e suas alterações posteriores, bem como em critérios estabelecidos em diversas Portarias editadas pelo Conselho Deliberativo e Diretor Geral.

CLÁUSULA SEGUNDA: DOS SERVIÇOS PRESTADOS

I) Consultas eletivas em consultórios;



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

- II) Consultas Hospitalares (Emergência/Urgência);
- III) Exames Básicos e Especiais de Diagnóstico;
- IV) Procedimentos/Tratamentos Especiais/ Terapia
- V) Home Care
- VI) Internação Hospitalar em Enfermaria Especial, em Apartamento e CTI, abrangendo:
 - a)- Internação Cirúrgica Eletiva, de Urgência ou de Emergência;
 - b)- Internação Clínica;
 - c)- Internação para Parto.

VII – Ficam garantidos os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, constantes no Rol de Procedimentos do Ministério da Saúde/ANS – Plano Ambulatorial e Hospitalar, conforme diretrizes e normas determinadas no Regulamento N° de 001 de 17 de setembro de 2001, regulamentado pelo Decreto No. 7.087 de 18 de setembro de 2001 e suas alterações posteriores, bem como em critérios estabelecidos em diversas Portarias editadas pelo Conselho deliberativo e o Diretor Geral.

VIII – Os serviços prestados pelo Plano de Assistência Médica/PAM serão realizados por profissionais da rede credenciada.

IX – Não será pago qualquer serviço utilizado de maneira diversa ao especificado nos termos deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA: DOS USUÁRIOS

O Plano de Assistência Médica/PAM administrado pelo IPREM/GV será executado sob o regime de contratação individual ou familiar, por livre adesão do servidor público municipal efetivo: ativo, inativo ou pensionista

I – Fica assegurada a inclusão, conforme Lei Municipal N° 5.336/2004 e suas alterações posteriores:

- a) Do(a) filho(a) menor de 21 (vinte e um) anos de idade, ou equiparado, solteiro(a), não emancipado(a) e que não viva em união estável nos termos do Art. 226, § 3º, da Constituição Federal;
- b) Filho(a) maior inválido(a) ou interditado(a);
- c) Filho(a) entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, sendo universitários dependentes economicamente do titular;
- d) Cônjuge, que não esteja separado(a) de fato ou de direito e;
- e) Companheiro(a), quando do deferimento da sua inscrição no Instituto de Previdência Municipal de Governador Valadares - IPREM/GV.

CLÁUSULA QUARTA: DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

I – A INCLUSÃO dos usuários titulares e/ou seus dependentes legais obedecerá as Portarias 48/04, 51/04, 69/05, 88/06 e 220/09 e outras posteriores e aos seguintes procedimentos:

- Para usuário titular sem dependente – apresentação do ato de nomeação no serviço público municipal, certidão de nascimento original, documentos pessoais;
- Para filho menor de 21 (vinte e um) anos – apresentar certidão de nascimento;
- Para filho maior de 21 (vinte e um) anos e menores de 24, universitários – apresentar declaração de dependência econômica assinada pelo usuário titular, comprovante de estar matriculado em curso superior;
- Para companheiro – mediante processo de comprovação de união estável.

II – Toda documentação exigida acima deverá ser entregue á atendente da Recepção do IPREM/GV, preenchendo-se o formulário próprio do PAM, pelo usuário titular.

III – O contratado fornecerá ao contratante, a carteira de identificação do PAM, que acompanhada de documento de identidade com foto, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato;

IV – O usuário dependente que deixar de atender às condições estabelecidas neste Contrato será automaticamente excluído do PAM;



- V – A EXCLUSÃO do usuário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes;
- VI – Ocorrendo a rescisão, demissão, exoneração ou pedido de licença para tratar de assuntos particulares (licença sem vencimentos-LSV) do usuário (a) titular, é obrigatória a devolução da carteira do PAM e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo contratado, respondendo sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido dos mesmos, isentando-se o contratado, neste caso, de qualquer responsabilidade;
- VII – O uso indevido da carteira de identificação ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular e seus dependentes, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, sem prejuízo das medidas administrativas cabíveis;
- VIII – Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o contratante deverá comunicar imediatamente, por escrito, o fato ao contratado, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido, por escrito, pelo contratado.

CLÁUSULA QUINTA: DOS SERVIÇOS ACOBERTADOS

Os serviços acobertados compreendem os procedimentos referenciados na cláusula Segunda e o contratante fará jus às coberturas previstas, somente se utilizando da rede credenciada do contratado, nos casos que não caracterizam urgência ou emergência.

I – COBERTURA AMBULATORIAL

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos do Ministério da Saúde (ANS), observadas as seguintes abrangências:

- a) Cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizada em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;
- c) Cobertura de atendimentos caracterizados como de emergência é restrita às primeiras 12(doze) horas de atendimento ambulatorial.
- d) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência, que demandem atenção continuada pelo período de até 12(doze) horas.

II – COBERTURA HOSPITALAR

A- Cobertura de despesas médico-hospitalares efetuadas com internações clínicas ou cirúrgicas garantindo os seguintes serviços hospitalares:

- 1 – Diárias de internações hospitalares, em acomodações coletivas (enfermaria especial com 02 (dois) ou 03 (três) leitos) ou individuais (apartamento), sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente, sujeito a Auditoria Médica contratada pelo IPREM-PAM.
- 2 – Exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação desde que acompanhados de justificativa do médico assistente, exceto os não acobertados por este contrato;
- 3 – Assistência médica através de profissionais pertencentes ao corpo clínico dos hospitais credenciados;
- 4 – Medicamentos, materiais descartáveis de uso comum, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e seus derivados;
- 5 – Taxas de sala de cirurgias, materiais e esterilização de acordo com o porte cirúrgico;
- 6 – Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;



- 7 – Utilização de leitos especiais, monitores, toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento;
- 8 – CTI ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente e;
- 9 – Alimentação específica ou normal fornecida pelo hospital até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

B- Cobertura dos atendimentos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta hospitalar ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:

- 1) Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, este deverá abranger cobertura igual àquela fixada para cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação e;
- 2) URGÊNCIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL, após o período de carência legal de 24(vinte e quatro) horas, SOMENTE AOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS que demandem atenção continuada pelo período de até 12(doze) horas , EXCLUINDO-SE portanto a cobertura na hipótese de evolução desses atendimentos para internações clínicas ou cirúrgicas.

C- Estão incluídos na cobertura, os seguintes procedimentos especiais, necessários à continuidade do atendimento prestado em nível de internação:

- 1) hemodiálise e diálise peritoneal;
- 2) quimioterapia;
- 3) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- 4) hemoterapia;
- 5) nutrição parenteral e enteral;
- 6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7) embolizações e radiologia intervencionista;
- 8) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e;
- 9) fisioterapia.

III – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos na vigência deste contrato e que estejam causando problemas funcionais, e sua liberação estará condicionada aos termos da Portaria nº 058, de 06 de abril de 2005.

IV – Os transplantes de córnea e rim estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doador vivo, exceto os procedimentos realizados em doador potencial;
- b) medicamentos nacionais utilizados durante a internação e;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

V – Estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

CLÁUSULA SEXTA: DOS SERVIÇOS NÃO ACOBERTADOS

Estão EXCLUÍDOS das COBERTURAS deste contrato:



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

- I - Consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.
- II - Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial.
- III - Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.
- IV - Tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações, emanações nucleares ou ionizantes.
- V - Vacinas e medicamentos importados.
- VI - Tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual.
- VII - Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- VIII - Cirurgias plásticas, exceto a condicionada aos termos da Portaria nº 58, de 06 de abril de 2005.
- IX - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (**exceto** o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso, tratamento com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.
- X - Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações hospitalares ou em atendimentos ambulatoriais.
- XI - Check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
- XII - Exames para piscinas e ginásticas.
- XIII - Aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses **não ligados ao ato cirúrgico**.
- XIV - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.
- XV - Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência.
- XVI - Tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo contratante e seus dependentes e que não sejam motivados por necessidade justificada ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos **preparatórios ou outras atividades esportivas de risco voluntário**.
- XVII - Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos.
- XVIII - Implantes e transplantes, exceto os de córneas e rins que estarão cobertos de acordo com as condições expressas neste contrato.
- XIX - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos ou entidades não credenciadas, exceto nas situações previstas na Portaria nº 41, de 09 de Agosto de 2002.
- XX - Qualquer tipo de procedimento odontológico, com exceção de cirurgias buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e de acordo com as condições expressas neste contrato.
- XXI - Despesas extraordinárias realizadas pelo contratante ou seus dependentes, internados, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete, ligações telefônicas, etc.
- XXII - Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato.
- XXIII- Tratamento psicológico.
- XXIV- Tratamento com fonoaudiologia.
- XXV- Tratamento com terapia ocupacional.
- XXVI- Marcapasso, exceto nos casos agudos à beira do leito (marcapasso temporário).
- XXVII- Remoção de paciente, exceto aqueles casos estritamente necessários, onde o médico assistente comprove através de relatório circunstanciado.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

XXVIII- Cirurgias de miopia e hipermetropia.

XXIX - Tratamento de varizes por injeções ou aplicações – Escleroterapia.

XXX - Medicina do trabalho – exames admissionais, demissionais e periódicos.

XXXI - Ressarcimento de despesas médicas, **exceto** para atendimentos de urgência ou emergência, devidamente caracterizados, ocorridos fora da área de abrangência do PAM, conforme os valores praticados pelo plano, nos termos da Portaria nº 41, de 09 de Agosto de 2002.

CLÁUSULA SÉTIMA: DAS CARÊNCIAS

I - Os serviços contratados serão prestados após o cumprimento das seguintes carências, as quais serão contadas a partir do primeiro desconto em folha de pagamento do usuário titular:

I – Consultas Eletivas	30 dias
II – Urgência/Emergência	24 horas
III – Exames Básicos de Diagnóstico:	
a) Análises Clínicas	60 dias
b) Anatomia/Citopatologia/Biópsias	60 dias
c) Eletrocardiograma (ECG)	60 dias
d) Eletroencefalograma Conv. (EEG)	60 dias
e) Endoscopia Digestiva	60 dias
f) Exames Radiológicos (Básicos)	60 dias
g) Exames/Testes de Alergologia	60 dias
h) Exames/Testes de Oftalmologia	60 dias
i) Exames/Testes de Otorrinolaringologia	60 dias
j) Exames/ Testes de Tisiopneumologia	60 dias
IV – Exames Especiais de Diagnóstico:	
a) Angiografias e Arteriografias	120 dias
b) Mapeamento Cerebral	120 dias
c) Eletroneuromiografia	120 dias
d) EEG não convencional	120 dias
e) Ultrasonografia	120 dias
f) Tomografia Computadorizada	120 dias
g) Exames Radiológicos (Especiais)	120 dias
h) Medicina Nuclear	120 dias
i) Ressonância Magnética	120 dias
j) Densitometria Óssea	120 dias



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

k) Exames Cardiológicos	120 dias
l) Hemodinâmica Diagnóstica	120 dias
m) Exames e Testes Dermatológicos	120 dias
V – Tratamentos e Serviços Especiais	120 dias
VI – Internações Hospitalares:	
a) Internação Clínica	150 dias
b) Internação Cirúrgica	210 dias
c) Internação para Parto	300 dias

Parágrafo Primeiro – As carências especificadas para os atendimentos de urgência, 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da formalização do contrato e cadastramento do usuário no PAM, referem-se somente aos atendimentos ambulatoriais, que demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas, excluindo-se, portanto a cobertura na hipótese de evolução desses atendimentos para internações clínicas ou cirúrgicas.

Parágrafo Segundo - Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento abaixo relacionados terão suas utilizações limitadas por usuário, conforme especificado abaixo:

Procedimento	Quantidade
Ressonância Magnética	01 exame/ano por Grupo Familiar
Ecocardiograma	01 exame/ano por Grupo Familiar
Teste Ergométrico	01 exame/ano por Grupo Familiar
Holter 24 h	01 exame/ano por Grupo Familiar
Cineangiocoronariografia	01 exame/ano por Grupo Familiar
Eletroneuromiografia	01 exame/ano por Grupo Familiar
Tomografia Computadorizada	01 exame/ano por Grupo Familiar
Densitometria Óssea	01 exame/ano por Grupo Familiar
Ultrassonografia	02 exames /ano por Grupo Familiar
Radiodiagnósticos (Especiais)	02 exames /ano por Grupo Familiar
Endoscopia Digestiva	02 exames /ano por Grupo Familiar
Litotripsia	01 sessão/ano por Grupo Familiar
Hemodiálise	30 sessões/ano por Grupo Familiar
Fisioterapia	30 sessões/ano por Grupo Familiar
Quimioterapia	20 sessões/ano por Grupo Familiar
Radioterapia	20 sessões/ano por Grupo Familiar

Parágrafo Terceiro - O controle e as respectivas autorizações de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento deverão obedecer aos seguintes critérios:

I – Das solicitações de SADT'S

- a) Toda solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento deve conter obrigatoriamente:
1. Indicação Clínica (justificativa), Diagnóstico e CID-10;
 2. Procedimento(s) e Códigos(s), segundo a Tabela adotada pelo IPREM/PAM;
 3. Identificação do médico solicitante, com carimbo e assinatura;
 4. Data da solicitação, cuja validade será de 15 (quinze) dias e;



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

5. Solicitação em formulário próprio do IPREM/PAM, exceto quando o médico solicitante não for credenciado do PAM.
- b) A não observância a qualquer dos itens acima relacionados poderá acarretar a não aceitação do pedido.
- c) As solicitações de SADT'S deverão ser encaminhadas ao Serviço de Auditoria Médica devidamente instruída em relação ao histórico do usuário quanto às suas utilizações de serviços médicos referentes ao período de 12 (doze) meses antecedentes à solicitação.
- d) Ao analisar as solicitações de SADT'S, deverá o Serviço de Auditoria Médica observar os critérios de periodicidade estabelecidos para cada procedimento e/ou especialidade, podendo solicitar justificativas quando da necessidade de realização fora dos prazos de validade fixados.
- e) O Serviço de Auditoria Médica poderá, a seu critério, solicitar outros exames que possam lhe servir de subsídios para a autorização dos procedimentos solicitados.
- f) Para os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, quando auto gerados, deverão ser observadas as estimativas preestabelecidas em relação ao número de consultas realizadas pelo solicitante, ressaltando-se as situações especiais, quando as solicitações deverão apresentar justificativas, as quais serão analisadas pelo Serviço de Auditoria Médica.
- g) As Normas Específicas, os Protocolos Clínicos e demais indicadores para as autorizações de SADT'S serão anexadas as Portarias nº 201/2008 e 204/2008, da qual passarão a ser parte integrante.

II – Das autorizações de SADT'S

- a) O IPREM/GV - PAM não autorizará quaisquer Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento cujas solicitações não estiverem em acordo ao especificado no Inciso I, alíneas de “a” até “g” deste artigo.
- b) As Normas Específicas, os Protocolos Clínicos e demais indicadores para autorizações de SADT'S serão anexadas as Portarias nº 201 e 204/2008, da qual passarão a ser parte integrante.
- c) As limitações de SADT'S a que se refere o Art. 5º, da Portaria nº 201, de 04 de novembro de 2008, são estendidas ao grupo familiar do usuário titular e toda utilização de serviços além daquelas estipuladas naquele Artigo será passível de cobrança integral dos serviços excedentes.
- d) Em relação aos SADT'S relacionados no Art. 3º da Portaria nº 201, de 04 de novembro de 2008, os mesmos somente serão subsidiados pelo IPREM/PAM nos termos do Regulamento 001/2001, na primeira solicitação por Grupo da Tabela, para o grupo familiar do usuário titular..
- e) **As solicitações excedentes**, caso sejam autorizadas pelo Serviço de Auditoria Médica com base em critérios técnicos, será aplicado para cobrança do usuário, o **custeio integral dos serviços autorizados**.
- f) O usuário do PAM somente poderá marcar os serviços solicitados com os respectivos prestadores (clínicas, laboratórios e hospitais) após terem suas solicitações devidamente autorizadas pelos setores competentes, qual seja, autorização do Serviço de Auditoria Médica juntamente com a emissão da respectiva Guia de Encaminhamento.
- g) Os casos divergentes às disposições acima serão resolvidos pela Direção Geral do IPREM/GV, ouvidos o Serviço de Auditoria Médica, o Serviço Social e o Departamento de Assistência.

III - O controle e as respectivas autorizações de Cirurgias Eletivas deverão obedecer aos seguintes critérios:

As internações cirúrgicas eletivas serão autorizadas mediante pedido exclusivamente de médico credenciado, em impresso próprio do PAM, obedecendo às seguintes instruções:

- O usuário dirigir-se-á ao PAM para autorização da(s) cirurgia(s) e a este caberá os seguintes procedimentos:



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

- a) O serviço de atendimento ao usuário receberá os pedidos de cirurgias eletivas, os quais deverão estar acompanhados de exames, laudos e relatórios médicos circunstanciados que justifiquem a cirurgia.
- b) Os pedidos de cirurgia eletiva serão encaminhados, inicialmente, ao Serviço Social para entrevista com o usuário, para fins de obtenção de dados e informações complementares.
- c) O Serviço Social encaminhará os pedidos de cirurgias eletivas ao Serviço de Auditoria Médica, acompanhados do relatório da entrevista realizada com o usuário e dos demais documentos apresentados.
- d) De posse de toda a documentação, o Serviço de Auditoria Médica procederá à apreciação dos pedidos de cirurgias, confirmando sua necessidade e caracterizando-as como eletivas ou de urgência, com base nas Normas Específicas, Protocolos Clínicos e demais indicadores, anexos as Portarias nº 201/2008 e 204/2008, da qual passarão a ser parte integrante.
- e) A critério do Serviço de Auditoria Médica, o usuário será encaminhado à perícia médica do PAM, conforme a especialidade, que confirmará ou não a necessidade da(s) cirurgia(s), caracterizando-as como eletivas ou de urgência.
- f) As datas das cirurgias eletivas serão marcadas com base no relatório do Serviço de Auditoria Médica e, quando for o caso, da perícia médica do PAM.
- g) Serão autorizadas até 05 (cinco) cirurgias eletivas por mês, podendo este número ser ampliado ou reduzido, por Decisão da Direção Geral IPREM/GV, observando-se principalmente os critérios atuariais e financeiros vigentes.
- h) As internações cirúrgicas eletivas somente serão autorizadas para acomodações coletivas – enfermaria especial de 02 (dois) ou 03 (três) leitos e para aquele que optar para acomodação individual deverá ser observado o disposto no Decreto nº 8.076, de 08 de julho de 2004.
- i) Os casos divergentes às disposições acima serão resolvidos pela Direção Geral, ouvidos o Serviço de Auditoria Médica, o Serviço Social e o Departamento de Assistência.

CLÁUSULA OITAVA: DOS PAGAMENTOS DE MENSALIDADES

Através de contabilização separada, a contribuição do Município e dos servidores ao PAM, fica estabelecida na seguinte porcentagem:

- I- contribuição mensal dos servidores: 3,5% (três e meio por cento) de sua remuneração total (vencimentos + vantagens);
 - II- contribuição mensal do Município: 3,5% (três e meio por cento) sobre o total da folha de pagamento dos servidores optantes;
- a) Os servidores públicos municipais participantes do presente plano de assistência médico-hospitalar poderão optar pela expansão do serviço, através de aumento do seu percentual de contribuição, que seja fixado, ouvido o IPREM/GV, através de decreto do Executivo Municipal.
- I - Os repasses deverão ser efetuados até o dia 10 (dez) do mês subsequente à sua competência e, a não efetivação deste, acarretará na suspensão dos atendimentos aos usuários do órgão inadimplente.

CLÁUSULA NONA: DOS SERVIÇOS UTILIZADOS

I – DAS CONSULTAS ELETIVAS

Os usuários serão atendidos pela rede credenciada: consultórios, clínicas básicas e especializadas, com prévia autorização em guia específica emitida pelo Departamento de Assistência do IPREM/GV, sendo imprescindível a apresentação da carteira do PAM, acompanhada de documento oficial de identidade do usuário.

- a) Serão fornecidas por grupo familiar, 02 (duas) guias de consultas eletivas por mês, consideradas aquelas realizadas em dias e horários previamente determinados.



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

- b) As consultas eletivas serão subsidiadas pelo PAM em 70% (setenta por cento) do valor constante da tabela vigente, ficando o restante a ser descontado em folha de pagamento, conforme Cláusula Décima deste contrato.
- c) Ultrapassando o limite previsto na alínea “a” o usuário arcará com o custeio integral das consultas excedentes.
- d) Para toda consulta realizada, os usuários terão direito a um retorno, sem ônus para si ou para o PAM, no prazo de 30(trinta) dias corridos.

II – DAS CONSULTAS HOSPITALARES (EMERGÊNCIAS/ URGÊNCIAS)

Os atendimentos ambulatoriais, clínicos ou cirúrgicos, em caráter de urgência ou emergência dentro da área de abrangência do PAM, quando não for possível a apresentação imediata da guia de autorização, serão prestados, apenas, nos hospitais credenciados e deverá ser observado:

- a) o hospital deverá regularizar o atendimento junto ao PAM num prazo de até 72:00 horas (setenta e duas) após a realização do mesmo. Para tanto, deverá apresentar devidamente assinada pelo médico assistente a solicitação, em relatório circunstanciado, para análise da Auditoria Médica do PAM.
- b) Serão subsidiadas pelo PAM em **70% (setenta por cento)** do valor constante da tabela vigente, ficando o restante a ser descontado em folha de pagamento, conforme cláusula décima deste contrato.
- c) Expirando o prazo estipulado na alínea “a” e não tendo sido regularizado o atendimento, o PAM não mais se responsabilizará pelo pagamento do mesmo.
- d) O PAM não se responsabilizará pelo pagamento de atendimentos cujos relatórios expedidos pelos credenciados não evidenciarem situações de Emergência ou Urgência, assim definidas:

EMERGÊNCIA: casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

URGÊNCIA: casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

- a) O usuário do PAM ou seu dependente, terá direito ao retorno da consulta hospitalar, sem ônus para si ou para PAM, no prazo de até 15 (quinze) dias, desde que o segundo atendimento seja feito pelo mesmo profissional que procedeu à original e que tenha correlação com esta.

III – DOS EXAMES BÁSICOS E EXAMES ESPECIAIS DE DIAGNÓSTICO

Será considerado EXAME, todo procedimento complementar que possibilite investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do paciente, sendo subdividido em 03 (três) classes distintas para fins de normatização e controle:

a. EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO

Patologia Clínicas	Grupo 28	Todos os Códigos
Anatomia/ Citopatologia e Biópsias	Grupo 21	Exceto os Códigos: 21.01.019-6 a 21.01.024-2
Eletrocardiograma (ECG)	Grupo 20	Código 20.01.001-0
Eletroencefalograma (EEG)	Grupo 22	Códigos 22.01.001-7 e 22.01.002-5
Endoscopia Digestiva Diagnóstica	Grupo 23	Código: 23.01.003-7
Exames Radiológicos	Grupo 32	Exceto os códigos: 32.08.008-5 -32.08.011-5 - 32.08.012-3 e 32.08013-1 (Dens. Óssea) e os dos subgrupos: 32.09, 32.10, 32.11, 32.12 e 32.13.
Exames e Testes Alergológicos	Grupo 19	Todos os códigos
Exames e testes Oftalmológicos	Grupo 50	Todos os códigos
Exames e Testes	Grupo 51	Todos os códigos do subgrupo 51.01
Exames em Tisiopneumologia	Grupo 29	Exceto os códigos: 29.02.020-4 e 29.02.028-0



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

Exames em Dermatologia Diagnose	Grupo 42	Todos os códigos do Sub-Grupo 42.01
Urologia Diagnóstica	Grupo 56	Todos os códigos do Sub-Grupo 56.01

b. EXAMES ESPECIAIS DE DIAGNÓSTICO

Exames Cardiológicos	Grupo 20	Sub-Grupo 20.01 e 20.02 Exceto 20.01.001-0 (ECG)
Mapeamento Cerebral	Grupo 22	Códigos: 22.01.019-0 e 22.01.020-3
Eletroneuromiografia	Grupo 22	Código 22.01.013-0
EEG - Não Convencional	Grupo 22	Códigos: 22.01.003-3, 22.01.004-1 e 22.01.005-0
Endoscopia Digestiva Diagnóstica (EDD)	Grupo 23	Exceto código 23.01.003-7
Endoscopia Peroral	Grupo 24	Todos os códigos
Medicina Nuclear	Grupo 31	Todos os códigos
Densitometria Óssea	Grupo 32	Códigos 32.08.008-5, 32.08.011-5, 32.08.012-3 e 32.08.013-1
Angiografias e Arteriografias	Grupo 32 e 39	Códigos dos subgrupos 32.12, 39.12, e 39.13
Ultrassonografia	Grupo 33	Todos os códigos
Tomografia Computadorizada	Grupo 34	Todos os códigos
Ressonância Magnética	Grupo 36	Todos os códigos
Exames Radiológicos	Grupo 32	Subgrupos 32.09, 32.10, 32.11, 32.12 e 32.13
Hemodinâmica Diagnóstica	Grupo 40	Todos do subgrupo 40.08
Anatomia / Citopatologia	Grupo 21	Códigos 21.01.019-6

IV – DOS PROCEDIMENTOS / TRATAMENTOS ESPECIAIS/ TERAPIA

Compreendem os procedimentos efetuados em quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos terapêuticos em hemodinâmica, embolizações, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, terapia (códigos: 20.02, 31.10, 42.02, 50.02 e 56.02) e medicina física e reabilitação (fisioterapia).

- a) Será concedido o tratamento psiquiátrico, na sua forma aguda, em regime hospitalar, por um período máximo de 48 horas (quarenta e oito) e;
- b) Os procedimentos especiais em quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos em hemodinâmica, embolizações, radiologias intervencionistas, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, terão suas liberações condicionadas a duas situações distintas previstas na tabela do PAM;

1- Quando realizadas em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

2- Quando realizadas em caráter de emergência ou urgência, que demandem a atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas.

V – DOS CRITÉRIOS PARA COBRANÇA DE EXAMES BÁSICOS E ESPECIAIS DE DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS/TRATAMENTOS ESPECIAIS.

- a) Os exames Especiais de diagnósticos relacionados no item III. b, serão subsidiados pelo PAM em 70% (setenta por cento) do valor constante da tabela vigente para a primeira solicitação do usuário. Ultrapassado este limite, o usuário arcará com o custeio integral dos exames.



b) O PAM custeará os Exames Básicos de Diagnóstico relacionados no item III.a, na seguinte condição:

- 1- Na primeira solicitação por grupo da tabela, 70% (setenta por cento) dos valores;
- 2- Ultrapassado este limite, o usuário arcará com o custeio integral dos exames.

VI – DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Para as internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, de urgência ou emergência, deverão ser obedecidos os seguintes critérios:

a) INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS

As internações cirúrgicas serão autorizadas mediante pedido do médico credenciado, em impresso próprio do PAM, obedecendo aos seguintes critérios:

- 1- O usuário dirigir-se-á ao PAM para autorização da (s) cirurgia (s) e a este caberá os seguintes procedimentos:
 - 1.1 Conferência do pedido de internação, verificando o preenchimento de todos os seus campos, principalmente os códigos de procedimentos cirúrgicos e o CID 10 (Código Internacional de Doenças);
 - 1.2 Análise e autorização do pedido de internação pelo Auditor Médico do PAM;
- 2- O usuário ou seu dependente será encaminhado à perícia médica do PAM, conforme a especialidade, que confirmará ou não a necessidade da (s) cirurgia (s), caracterizando-as como eletiva ou urgência:
 - 2.1 A data das cirurgias eletivas será marcada com base no relatório da perícia médica;
 - 2.2 Serão autorizadas até 05 (cinco) cirurgias eletivas por mês, podendo este número ser ampliado ou reduzido, observando-se principalmente os critérios atuariais e financeiros vigentes.
- 3- As internações cirúrgicas, somente serão autorizadas para acomodações coletivas – enfermaria especial de 02 (dois) ou 03 (três) leitos.
- 3 As internações cirúrgicas de urgência serão autorizadas mediante pedido médico em impresso próprio do PAM, obedecendo os seguintes critérios:
 - 3.1 Preenchimento correto e completo do Pedido de Internação Hospitalar – PIH, constando principalmente, o Código Internacional de Doença (CID10) e Código de Procedimento (COD);
 - 3.2 O PIH deverá ser apresentado ao PAM, **obrigatoriamente**, por parte do hospital, no **prazo máximo de 72(setenta e duas) horas** após a internação, para avaliação e autorização do Auditor Médico do PAM;
 - 3.3 Findo o prazo retromencionado, o PAM se eximirá de qualquer responsabilidade sobre o pagamento da fatura hospitalar e dos honorários médicos;
 - 3.4 Ocorrendo **prorrogações**, o médico assistente deverá registrar sua justificativa no campo específico do impresso, no último dia da diária já autorizada;
 - 3.5 Findo o prazo retromencionado o PAM se responsabilizará somente pelo pagamento das prorrogações autorizadas;
4. - As internações cirúrgicas serão custeadas pelo PAM nas seguintes condições:

Acomodação coletiva (enfermaria de 02 a 03 leitos) - 80% (oitenta por cento) da Listas Referenciais praticadas pelo PAM referente a honorários médicos, materiais descartáveis e medicamentos, diárias, taxas, e material de alto custo.

Acomodação individual (apartamento) – 50% (cinquenta por cento) das Listas Referenciais praticadas pelo PAM referente a honorários médicos, materiais descartáveis e medicamentos, diárias, taxas, e material de alto custo.

- 4.1 - O restante, de responsabilidade do usuário, será descontado em folha de pagamento, conforme disposto no Item 16(dezesseis) deste Regulamento.



4.2 - Os critérios acima relacionados serão aplicados, no que couber, para as internações para partos, conforme a opção de acomodação do usuário;

4.3 - Serão aplicados os mesmos critérios para aquelas internações que evoluírem para tratamentos intensivos em CTI, conforme a opção original de acomodação do usuário.

b) INTERNAÇÕES CLÍNICAS

As internações clínicas serão autorizadas mediante pedido médico, em impresso próprio do PAM, obedecendo aos seguintes critérios:

a- Preenchimento correto e completo do Pedido de Internação Hospitalar – PIH, constando principalmente o Código Internacional de Doença - CID 10 e o Diagnóstico para Internação;

b - O PIH deverá ser apresentado ao PAM obrigatoriamente, por parte do Hospital, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas após a internação, para avaliação e autorização do Auditor Médico do PAM;

c- Para os casos de internações clínicas em que houver necessidade da prorrogação do prazo autorizado, o médico assistente deverá registrar sua justificativa no campo específico do impresso, respeitando o prazo máximo de 48(quarenta e oito) horas;

e - Findo o prazo previsto no b e c, o PAM se eximirá de qualquer responsabilidade sobre o pagamento da fatura e dos honorários médicos;

f - As internações clínicas serão autorizadas para acomodações apartamento (individual) ou coletiva(enfermaria especial de 02 ou 03 leitos), conforme opção do usuário e, para CTI, quando for o caso.

1 - As internações clínicas serão custeadas pelo PAM nas seguintes condições:

Acomodação coletiva (enfermaria de 02 a 03 leitos) - 80% (oitenta por cento) da Listas Referenciais praticadas pelo PAM referente a honorários médicos, materiais descartáveis e medicamentos, diárias, taxas, e material de alto custo.

Acomodação individual (apartamento) – 50% (cinquenta por cento) das Listas Referenciais praticadas pelo PAM referente a honorários médicos, materiais descartáveis e medicamentos, diárias, taxas, e material de alto custo.

4.2 - O restante, de responsabilidade do usuário, será descontado em folha de pagamento, conforme disposto no Item 16(dezesseis) deste Regulamento.

4.2 - Os critérios acima relacionados serão aplicados, no que couber, para as internações para partos, conforme a opção de acomodação do usuário;

4.3 - Serão aplicados os mesmos critérios para aquelas internações que evoluírem para tratamentos intensivos em CTI, conforme a opção original de acomodação do usuário.

CLÁUSULA DÉCIMA: DOS LIMITES DE DESCONTO

Os descontos mensais a serem efetuados na folha de pagamento do servidor, pelo uso da assistência médica, obedecerão às seguintes faixas salariais e respectivos percentuais:

FAIXAS SALARIAIS (Referência: Salário Mínimo Municipal)	LIMITE DE DESCONTOS
Até 02 Salários Mínimos	10%
Acima de 02 Salários Mínimos	15%

I – Os valores e percentuais determinados nesta Cláusula, poderão, a critério da administração do PAM/IPREM-GV, serem revistos ou atualizados, de acordo com a legislação vigente, levando-se em conta



os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, a comprovada utilização dos serviços acima da média normal ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos celebrados pelo PAM/IPREM-GV e os prestadores de serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA RESCISÃO DO CONTRATO

I- Será facultado ao usuário titular a rescisão deste contrato de prestação de serviços médicos assinado com o IPREM/GV, mediante comunicação por escrito e protocolada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

- a) A falta de comunicação, nos termos deste Inciso, implica na subsistência das obrigações assumidas.
- b) Durante o prazo previsto neste Inciso, não será admitido ou excluído nenhum dependente do contratante.
- c) A rescisão voluntária não desobrigará o usuário titular dos débitos por ventura existentes pela utilização dos serviços médicos, os quais continuarão a ser descontados em folha de pagamento até a sua efetiva liquidação.
- d) Ocorrendo a demissão do usuário titular, estarão canceladas a sua inscrição e as inscrições dos seus respectivos dependentes, porém, não o desobrigará dos débitos por ventura existentes pela utilização dos serviços médicos, os quais, se compromete a quitá-los junto ao Departamento de Assistência do IPREM/GV.

II – Haverá o cancelamento do contrato, ocorrendo:

- a) Qualquer ato ilícito praticado pelo usuário ou seu dependente, na utilização dos serviços prestados;
- b) A utilização indevida da carteira de identificação do PAM e;
- c) O descumprimento das condições de utilização dispostas neste contrato.

III - Ocorrendo a rescisão voluntária antes do prazo de vencimento deste contrato, sujeita-se o contratante ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das contribuições que seriam devidas até o término do citado prazo,

IV – O contratante reconhece como dívida líquida e certa, em favor do contratado, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele ou seus dependentes, cessadas as responsabilidades do contratado, independente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

V – O requerimento da Certidão Negativa de Débitos par fins de solicitação de Licença sem Vencimento junto ao Município será emitida, somente após o usuário titular quitar de forma integral junto ao IPREM/GV, os débitos por serviços prestados a ele e seus dependentes, ocorrendo o cancelamento do contrato no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, a partir da entrega da Certidão ao usuário titular.

VI – Ao usuário titular, cujo contrato fora suspenso por motivo de Licença para tratar de assuntos particulares (licença sem vencimentos), será facultada nova adesão ao PAM, quando de seu retorno ao quadro de servidores do Município, observando-se a obrigatoriedade de assinatura de um novo Contrato de Prestação de Serviços Médicos, a inexistência de débitos remanescentes do contrato anterior, referentes a serviços médicos prestados e/ou às respectivas contribuições ao PAM, parte do servidor e parte do empregador, como também o cumprimento das carências estabelecidas no Regulamento do Plano.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

Este contrato passa a vigorar, a partir da assinatura do contratante, pelo período de 01 (um) ano, podendo, a critério das partes, ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos.



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

I – Os contratantes com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, crianças até cinco anos e deficientes físicos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

II – Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e servidores do contratado, o contratante deverá encaminhar reclamação, por escrito, para a devida apuração.

III – O contratado reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede de credenciados, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

IV – Qualquer tolerância não implica em perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado neste instrumento.

V – Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

VI – Fica eleito o foro da comarca de Governador Valadares para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato.

VII – Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos nas contraprestações.

VIII – O usuário fica desde já ciente de que as internações (clínicas ou cirúrgicas) quando realizadas em **apartamento** tem seus **valores elevados em até o dobro** daqueles comumente cobrados nas internações em **enfermaria especial**.

IX – A opção para **ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO)** é de responsabilidade do usuário, conforme declaração a seguir:

Eu, _____, através deste estou aderindo à opção para acomodação individual (apartamento), submetendo-me a todas as cláusulas deste contrato.

Contratante/Titular _____.

Governador Valadares, _____ de _____ de 20__.

CONTRATADO / IPREM/GV _____

CONTRATANTE / USUÁRIO TITULAR _____

Testemunhas:



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATO / PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA – PAM/IPREM/GV –

Inclusão:

◆ Servidor(a):

- Cópia dos documentos pessoais (CPF e R.G.);
- Comprovante de residência atualizado;
- Ato de nomeação;
- Contra-cheque atualizado;
- Contrato assinado com o Plano de Assistência Médica – PAM;

◆ Filhos:

- Menores de 14 anos: Certidão de nascimento;
- Maiores de 14 anos: Certidão de nascimento atualizada (expedida até 6 meses);
- Cópia do CPF para menores de 16 anos.

- Filho inválido:

- Documento comprobatório (Laudo Médico) da invalidez e de que não pode exercer qualquer atividade para prover sua subsistência;

- Filho interditado:

- Termo de curatela;

- Menor (tutelado ou enteado):

- Termo de tutela ou declaração (do próprio servidor requerente) para o enteado;

- Maior universitário:

- Certidão de nascimento atualizada (expedida até 6 meses);
- Declaração da Universidade comprovando o vínculo do aluno (a);
- Declaração de dependência econômica do universitário(a) feito pelo(a) próprio(a) servidor(a) requerente;

◆ Cônjuge:

- Certidão de casamento atualizada (expedida até 6 meses);

◆ Companheiro:

- Documento atualizado do(a) servidor(a):

- Certidão de nascimento atualizado (se solteiro) expedida até 6 meses;
- Certidão de casamento com averbação da separação judicial ou do divórcio;

- Documento atualizado(a) companheiro(a):

- Certidão de nascimento atualizado (se solteiro) expedida até 6 meses;
- Certidão de casamento com averbação da separação judicial ou do divórcio;



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE GOV. VALADARES
Departamento de Assistência

- No mínimo 03 (três) documentos que comprovem a existência da união estável, sendo que no comprovante de mesmo endereço, um em nome do servidor(a), e logo após, outro documento de mesmo endereço no nome do(a) companheiro(a).

Observação: - Trazer documentos originais e xérox;

- Todos os documentos poderão ser autenticados pelo próprio servidor, mediante comprovação do original.