

(REVOGADA PELA RESOLUÇÃO Nº 8022-ANTAQ, DE 11/09/2020)

RESOLUÇÃO Nº 103-ANTAQ, DE 18 DE JULHO DE 2003..

APROVA O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-PAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES AQUAVIÁRIOS-ANTAQ.

O DIRETOR-GERAL DA AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES AQUAVIÁRIOS-ANTAQ, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso IV do art. 44 do Regimento Interno aprovado pela Resolução nº 001-ANTAQ, de 22 de fevereiro de 2002, e tendo em vista o que foi deliberado na 15ª Reunião Extraordinária da Diretoria, realizada em 18 de julho de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano de Assistência à Saúde-PAS, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor nesta data.

CARLOS ALBERTO WANDERLEY NOBREGA
Diretor-Geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO Nº 103-ANTAQ, DE 18 DE JULHO DE 2003.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS

OBJETO

I - Esta Norma tem por objeto estabelecer critérios para a participação no Plano de Assistência à Saúde - PAS da ANTAQ.

PARTICIPANTES

II - São participantes do PAS os ocupantes de cargo ou emprego público, requisitados, cedidos, nomeados, contratados e seus dependentes.

DEFINIÇÕES

III – Para os efeitos desta Norma, entende-se por:

- a) Assistência Hospitalar: é a que se destina ao diagnóstico e tratamento de paciente em regime de internação, podendo ou não ser realizado procedimento cirúrgico, incluindo os referentes à obstetrícia;
- b) Assistência Médica Ambulatorial: é a que se destina ao diagnóstico e tratamento do paciente sem a necessidade de internação;
- c) Assistência Odontológica Básica: é a assistência odontológica que objetiva prevenir e tratar nas áreas de periodontia, endodontia, dentística restauradora, cirurgia oral menor (consideradas as realizadas em ambulatório) e higiene bucal;
- d) Titulares: os ocupantes de cargo ou emprego público, requisitados, cedidos, nomeados e contratados, todos em efetivo exercício na ANTAQ, cadastrados no PAS;
- e) Beneficiários: os titulares e seus dependentes cadastrados no PAS.

DEPENDENTES

IV – Dependentes legais: são considerados como dependentes legais do beneficiário titular:

- a) o cônjuge ou companheiro (a) legalmente comprovado;
- b) os filhos, inclusive os enteados até 21 anos de idade ou, se inválido, de qualquer idade;

- c) os filhos e os enteados, até 24 anos, quando estudantes universitários ou de escola técnica de 2º grau;
- d) os filhos e enteados inválidos, enquanto perdurar a invalidez, e os incapacitados para o trabalho, sem limite de idade;
- e) o menor, sob guarda ou tutela, até 21 anos ou 24 anos, se estudante universitário;
- f) o pai e a mãe do servidor, dependente economicamente, mediante apresentação de declaração de imposto de renda do titular ou, na ausência desta, declaração em cartório que comprove essa dependência sobre a renda;
- g) os irmãos inválidos, quando os pais sejam dependentes economicamente do beneficiário titular.

V - Não poderão ser beneficiários simultaneamente os cônjuges e os (as) companheiros (as).

VI – Dependentes agregados: são considerados dependentes agregados, com os custos integralmente arcados pelo beneficiário titular, inclusive com a parte que caberia à ANTAQ:

- a) o pai e a mãe;
- b) os filhos e enteados solteiros, sem renda própria, que tenham perdido a condição de dependente do servidor;
- c) as pessoas inválidas que, por decisão judicial, estejam sob tutela ou curatela do servidor;
- d) a pessoa designada, maior de 60 anos, e a pessoa portadora de deficiência, que vivam sob a dependência econômica do titular. Entende-se por “dependência econômica” a situação em que o dependente não tenha rendimento próprio de qualquer fonte, ou que a pensão ou proventos de aposentadoria, se tiver, não seja superior a um salário mínimo.

VII – A condição de dependência legal ou de agregado, em qualquer dos casos referidos nos itens IV e VI, deverá ser comprovada.

PLANOS

VIII – Plano Básico: cobrirá, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços relacionados no item XXIX e outros serviços assegurados pela legislação vigente, com acomodação hospitalar em enfermaria.

IX – Plano Superior: compreende as coberturas do Plano Básico, sendo que as internações hospitalares serão em apartamento privativo, com direito a acompanhante.

X – Reembolso: é o pagamento, ao titular, da parcela de responsabilidade do plano de saúde contratado, caso o beneficiário tenha realizado despesas em outra

localidade não atendida pela rede credenciada ou nos casos do beneficiário optar pelo atendimento em outro estabelecimento/profissional, mesmo que exista rede credenciada.

OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

XI – Cadastramento:

- a) os titulares, deverão solicitar o seu cadastramento, bem assim a atualização de seus dados e, quando for o caso, de seus dependentes, no Plano que desejarem (Básico ou Superior), por meio de formulário próprio junto a CACSB. A documentação comprobatória da dependência deverá ser apresentada no ato do cadastramento no PAS;
- b) a prestação dos serviços dependerá da apresentação de cartão de identificação, fornecido pela contratada, acompanhado da carteira de identidade do beneficiário.

XII – Exclusão e Inclusão dos Beneficiários

XII.1 – os titulares são excluídos do PAS nos seguintes casos:

- a) o servidor, pelo desligamento da ANTAQ;
- b) licença ou afastamento sem remuneração;
- c) cancelamento voluntário da inscrição pelo Beneficiário Titular.

XII.2 – os dependentes são excluídos do PAS nos seguintes casos:

- a) quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- b) não mais se enquadrar nas condições de dependentes;
- c) quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

XIII – As exclusões têm vigência cadastral e financeira, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao de sua formalização e deverão ocorrer no máximo até o dia 30(trinta) de cada mês. Neste caso, será garantida a cobertura do PAS até o último dia do mês em que ocorreu a formalização.

XIV – Para fins de utilização dos benefícios do PAS, as inclusões de beneficiários terão vigência a partir do primeiro dia após a inclusão nos registros da contratada.

XV – É responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à CACSB, por meio de formulário próprio, a inclusão ou exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

XVI – O servidor ou seu dependente excluído do PAS devolverá à CACSB, o (s) cartão (ões) de identificação (ões) sob sua responsabilidade.

XVII – As inclusões/exclusões de beneficiários do PAS serão comunicadas pela CACSB à empresa contratada para a prestação dos serviços.

ADESÃO

XVIII – A inclusão no PAS com cobertura total e sem carência ocorrerá desde que seja efetivada até 60 (sessenta) dias, contados a partir da assinatura do contrato, ou 30 (trinta) dias do ingresso na ANTAQ.

XIX – Os servidores que não fizerem a opção na forma do disposto no item XVIII sujeitam-se ao prazo de carência estabelecido pela prestadora de serviço, ou seja:

- a) emergência médica devidamente comprovada – 24 (vinte e quatro) horas;
- b) consultas médicas – 30 (trinta) dias;
- c) exames e tratamentos – 180 (cento e oitenta) dias;
- d) internações hospitalares – 180 (cento e oitenta) dias;
- e) casos obstétricos – 300 (trezentos) dias.

XX – Os dependentes agregados poderão ser incluídos no PAS, desde que o ônus fique sob a responsabilidade do servidor, por meio de desconto do valor integral em folha de pagamento, devidamente autorizado.

XXI – É admitida a transferência do servidor e de seus dependentes de um Plano de cobertura de custo menor para outro de custo maior, nos casos de promoção, conforme política de recursos humanos e de benefícios da ANTAQ.

XXII – Nos demais casos, a opção de transferência ficará condicionada ao cumprimento dos prazos normais de carência, para os serviços cobertos pelo novo Plano optante, sendo que neste prazo o servidor e seus dependentes estarão cobertos pelo Plano anterior.

XXIII – A transferência do servidor e de seus dependentes de um Plano de cobertura de custo maior para outro de custo menor, apenas será admitida caso o servidor e seus dependentes não tenham utilizado o Plano em nenhum ato cirúrgico/internação nos 180 (cento e oitenta) dias anteriores ao pedido de transferência, contado da última alta hospitalar.

CUSTEIO

XXIV – O PAS é custeado com recursos específicos consignados à ANTAQ, para cada exercício, e com o somatório da participação dos servidores no Plano.

XXV – Caberá à ANTAQ o pagamento de parcela mensal fixa, equivalente aos percentuais abaixo especificados, do valor do Plano Básico e do Plano Odontológico para cada beneficiário (servidor dependente legal) incluído no plano de assistência à saúde contratado. Este valor pago pela ANTAQ poderá sofrer alterações a qualquer tempo em decorrência de disponibilidade de dotação orçamentária e em função de reajustes e repactuações prevista no contrato.

Remuneração Percentual ANTAQ Percentual Servidor

Até R\$ 1.000,00 90% 10%

De R\$ 1001,00 até R\$ 2.000,00 60% 40%

De R\$ 2001,00 até R\$ 4000,00 50% 50%

Acima de R\$ 4000,00 45% 55%

XXVI – Fica instituída a co-participação dos servidores da ANTAQ, no custeio do PAS, de 20% nos procedimentos médicos e odontológicos e consultas, e franquia de R\$ 100,00 (cem reais) ou R\$ 200,00 (duzentos reais), nos casos de internação hospitalar em enfermaria ou apartamento, respectivamente.

XXVII – O pagamento das mensalidades e da co-participação dos servidores será processado mediante consignação em folha de pagamento do optante.

XXVIII – No caso de impossibilidade de desconto em folha de pagamento, em decorrência da insuficiência na margem de consignação, o servidor será notificado para efetuar o recolhimento direto na Coordenadoria de Finanças.

COBERTURA

XXIX – O PAS cobre as despesas referentes aos serviços médicos, hospitalares, auxiliares e odontológicos constantes das tabelas da empresa contratada, nas seguintes condições:

Assistência Hospitalar: atendimento em unidade hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, com acomodação em enfermaria, definidos pela ANS–Agência Nacional de Saúde, englobando os seguintes itens:

- a) cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, sem limite de utilização de diárias;
- b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- c) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, conforme prescrição do médico assistente;
- d) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, desde que solicitado pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar limitado ao perímetro urbano;
- e) cobertura de despesas de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- f) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada, a nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia;
- Prótese intra-operatórios;
- Material de osteossíntese (tal como: placas, parafusos e pinos);
- Transplantes de rins e córneas serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio;
- Despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, exceto medicação de manutenção; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao sistema Único de Saúde;
- Procedimentos Obstétricos.

XXX – Assistência Ambulatorial: Cobertura de consultas médicas, sem limite de utilização, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, definidas pela ANS.

XXXI – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sem porte anestésico, solicitado pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e, também, para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia ambulatorial;
- Radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.)
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, assim caracterizadas pela inexistência de porte anestésico, dentro das previsões da Lei nº 9.656/98.

XXXII – Tratamentos Psiquiátricos: Os limites máximos definidos por lei, para os transtornos psiquiátricos, de responsabilidade da CONTRATADA são os descritos a seguir:

a) atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem no do segurado ou terceiro, risco de vida, de danos físicos inclusive as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, danos morais ou patrimoniais;

b) psicoterapia de crise, com duração máxima de 12 (doze) semanas, iniciadas imediatamente após o atendimento previsto na alínea anterior, limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativo;

c) o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano não cumulativas, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

d) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumulativas, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

e) oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;

f) para os diagnósticos F00, F09, F20, F29, F70, F79, F90 e F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, a cobertura de que trata a alínea “d”, imediatamente anterior, será estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano.

XXXIII – Urgências e Emergências: Nas Urgências e Emergências, garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, respeitados os limites de cobertura do PAS, nos casos de risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

XXXIV – Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência, desde a internação do paciente até a sua alta.

XXXV – O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do contrato.

XXXVI – Nos casos em que a assistência não venha a se caracterizar como própria do Plano do beneficiário, ou este esteja em carência contratual para o evento proposto, mesmo com risco de vida ou, ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da CONTRATADA.

XXXVII – A cobertura para urgências e emergências ficará limitada a até 12 (doze) horas de atendimento, nos seguintes casos:

- a) urgências e emergências ocorridas durante o período de carência;
- b) urgências e emergências quando se referirem ao processo gestacional, durante o período de carência.

XXXVIII – Para a caracterização da urgência e da emergência, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentos ou relatórios médicos e de exames que a comprovem.

XXXIX – Transplantes de Rim e Córnea: Os procedimentos de transplante deverão se submeter à legislação específica.

LX – O transplante de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados serão cobertas pelo PAS, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

LXI – São consideradas despesas com procedimentos vinculados, todas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

ODONTOLOGIA

LXII – O Procedimento Odontológico Ambulatorial a ser utilizado de cobertura pela CONTRATADA seguirá a classificação e especificações estabelecidas na Resolução – RN nº 9/2002 e serão considerados os seguintes:

- a) de Diagnóstico: consulta inicial: consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico;
- b) de Urgência/Emergência:
 - curativo em caso de hemorragia bucal;

- curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- imobilização dentária temporária;
- recimentação de peça protética;
- tratamento de alveolite;
- colagem de fragmentos;
- incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- reimplante de dente avulsionado;

c) de Radiologia:

- radiologia periapical;
- radiologia bite-wing;
- radiologia oclusal;

d) de Prevenção em Saúde Bucal:

- orientação de higiene bucal;
- evidenciação de placa bacteriana;
- aplicação tópica profissional de flúor;
- aplicação de selante;
- profilaxia – polimento coronário;

e) de Dentística:

- restauração de 1 (uma) face;
- restauração de 2 (duas) faces;
- restauração de 3 (três) faces;
- restauração de 4 (quatro) faces;
- restauração de ângulo;
- restauração a pino;
- restauração de superfície radicular;

f) de Periodontia:

- raspagem supra-gengival, alisamento e polimento coronário;
- raspagem, supra e sub-gengival alisamento e polimento;
- curetagem de bolsa periodontal;
- imobilização dentária temporária;

g) de Endodontia:

- pulpotomia;
- remoção de obturação radicular;
- remoção de núcleo intraradicular;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 1 (um) conduto;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 2 (dois) condutos;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 3 (três) condutos;
- tratamento endodôntico em dentes permanentes com 4 (quatro) condutos;
- tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- retratamento em dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares;

h) de Cirurgia:

- alveoloplastia;
- apicectomia unirradicular;
- apicectomia birradicular;
- apicectomia trirradicular;
- apicectomia unirradicular com obstrução retrógrada;
- apicectomia trirradicular com obstrução retrógrada;
- aumento de coroa clínica;

- biopsia;
- cirurgia de torus mandibular bilateral;
- cirurgia de torus palatino;
- cirurgia de torus unilateral;
- correção de bridas musculares;
- excisão de mucocele;
- excisão de rânula;
- exodontia a retalho;
- exodontia de raiz residual;
- exodontia simples;
- exodontia múltipla;
- gengivectomia;
- redução cruenta (fratura alvéolo-dentária);
- redução incruenta (fratura alvéolo-dentária);
- frenectomia labial;
- frenectomia lingual;
- remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados);
- sulcoplastia;
- ulectomia;
- ulotomia.

LXIII – Os serviços médicos e hospitalares: prestados por meio de assistência médica e cirúrgica nas seguintes especialidades:

- Alergologia e imunologia;
- Anestesiologia;
- Angiologia;
- Broncoesofagologia;
- Cancerologia;
- Cardiologia, eletrocardiografia e holter;
- Ergometria;
- Cirurgia cardio-vascular, angioplastia percutânea;
- Cirurgia de cabeça, pescoço e buço-maxilo-facial;
- Cirurgia geral, cirurgia laparoscópica;
- Cirurgia pediátrica;
- Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética;
- Cirurgia torácica;
- Cirurgia vascular periférica;
- Citopatologia;
- Clínica Médica;
- Dermatologia;
- Doenças Infecciosas e Parasitárias de qualquer natureza, incluindo assistência a S.I.D.A.;
- Endocrinologia;
- Fisioterapia;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia;
- Hematologia;
- Mastologia;
- Mamoplastia não estética;
- Medicina Nuclear;
- Nefrologia, inclusive litotripsia extra corpórea;
- Neurocirurgia, Neurologia;
- Eletroencefalografia;
- Obstetrícia;
- Oftalmologia, inclusive cirurgia corretiva (miopia, catarata, facectomia), com introdução de lente ocular

(dentro das previsões da Lei nº 9.656/98 e suas alterações);

- Ortopedia e traumatologia, inclusive materiais e aparelhos ortopédicos (como pinos, parafusos, placas);
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Proctologia;
- Psiquiatria, consultas e tratamentos psicoterapêuticos ou psiquiátricos em situações de crise e, devidamente autorizados pela CONTRATANTE (dentro das previsões da Lei nº 9.656/98 e suas alterações);
- Radioterapia;
- Reumatologia;
- Urologia;
- Ultra-sonografia;
- Tomografia computadorizada;
- Ressonância nuclear magnética;
- Homeopatia;
- Prótese utilizada em atos cirúrgicos;
- Transplante de rim e córnea;
- Dependência química (dentro das previsões da Lei nº 9.656/98 e suas alterações);

LXIV – Exames auxiliares e complementares e terapia de natureza abaixo especificadas:

- Análise Clínicas;
- Anátomo-Patológico, exceto necropsia;
- Radiológico;
- Ecodopler;
- Ecografia;
- Eletrocardiográficos;
- Eletroencefalográficos;
- Tomografia computalizada;
- Ultrassonografia;
- Ecocardiografia;
- Cicloergometria;
- Medicina nuclear- radioisótopos e cintilografia;
- Fonocardiograma;
- Provas de função pulmonar;
- Laparoscopia;
- Endoscopia;
- Fluoresceinografia;
- Eletromiografia;
- Arteriografia;
- Angiografia;
- Cineangiocoronariografia;
- Ressonância magnética;
- Densimetria óssea;
- Exames ainda não previstos que possam surgir com o desenvolvimento da medicina, mediante acordo entre as partes.
- Fisioterapia, até 20 (vinte) sessões para cada patologia médica ou acima desse limite, por acordo entre as partes;
- Quimioterapia;
- Hemodiálise;
- Tratamento de varizes por esclerosante, até 12 (doze) aplicações, por período de 12 (doze) meses, sem fins estéticos;
- Remoção, inclusive domiciliar, dentro do perímetro urbano e, nos perímetros intermunicipal e interestadual, a critério do médico e de conformidade com a emergência médica, inclusive com UTI móvel, terrestre, sem limite de quilometragem;

- Serviços médicos auxiliares ainda não previstos, que possam surgir com o desenvolvimento da medicina, mediante acordo entre as partes.

LXV – Remoção: Quando for constatada a necessidade de remoção, a mesma deverá ser solicitada dentro dos critérios abaixo relacionados:

- a) solicitada pelo médico assistente, através de relatório, descrevendo a impossibilidade de locomoção do beneficiário;
- b) seja por via terrestre e até o estabelecimento hospitalar mais próximo com condições técnicas de prestar o atendimento;
- c) caso haja necessidade de ambulância UTI e /ou acompanhamento médico, o relatório de solicitação deverá conter tal especificação;
- d) seja destinada ao atendimento do beneficiário durante evento coberto, desde que cumprida a respectiva carência;
- e) para realização de procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a internação, ou de evento essencial à manutenção da saúde do beneficiário.

DESPESAS NÃO COBERTAS

LXVI – Não terão cobertura as seguintes despesas:

- a) procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- b) cirurgias plásticas em geral, exceto as restauradoras para:
 - correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato;
 - correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que se tenha manifestado após o início da vigência do Contrato, estando a cobertura sujeito à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
- c) tratamento ilícito ou antiético, assim definido sob o aspecto médico, ou não reconhecido pela ANS;
- d) despesas estéticas, órteses e próteses, e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação, não ligadas ao ato cirúrgico;
- e) despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar;
- f) atendimentos nos casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) aluguel de equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;
- h) tratamento ou procedimentos relacionados à estimulação conceptiva e fertilização in vitro;
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pela ANS;
- j) materiais e medicamentos importados não nacionalizados;
- k) remoções por via aérea;
- l) transplantes de órgãos exceto de rins e córneas;
- m) despesas com medicação de manutenção pós transplantes;
- n) tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estância hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) fonoaudiologia e logopedia;
- p) psicologia;
- q) vacinas;
- r) acidente de trabalho e doenças profissionais;
- s) exames médicos e complementares de saúde ocupacional;
- t) todos os demais casos previstos na legislação vigente.

REEMBOLSO

LXVII – O reembolso destina-se ao ressarcimento, ao servidor, pela CONTRATADA, da parcela de sua responsabilidade, quando este utilizar serviços assistenciais à saúde executados por entidades e/ou profissionais autônomos não credenciados.

LXVIII – O valor a ser ressarcido ao titular é o valor limite estabelecido na tabela de honorários médicos, hospitalares e Serviços Auxiliares e na tabela de honorários odontológicos da CONTRATADA:

- a) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede credenciada da CONTRATADA, será devido o reembolso das despesas efetuadas pelos beneficiários com serviços de assistência à saúde, e será efetuado pela CONTRATADA de acordo com a Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos e Hospitalares da mesma, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento;
- b) nos locais onde não exista rede credenciada pela CONTRATADA, ou em situações que impeçam o atendimento por estes (greves, paralisações, etc.) o reembolso ao beneficiário será efetuado em 2 (duas) vezes o valor da Tabela da CONTRATADA, sendo efetuados, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, (a contar da apresentação do comprovante de pagamento);
- c) nos casos de modificação ou cancelamento da rede de atendimento credenciada que não mantenha o padrão de qualidade e o nível de atendimento, o reembolso ao beneficiário será efetuado integralmente pela CONTRATADA;
- d) os beneficiários para se habilitarem ao reembolso das despesas por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- conta discriminada das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas quando o prestador de serviço for uma pessoa jurídica ou recibos quando o prestador de serviço for uma pessoa física;
- vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, em que devem constar os números do CRM, do CPF e do ISS e discriminação do serviço realizado;
- relatório médico, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;

e) os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares cobertos deverão ser reembolsados de acordo com a Tabela BRASÍNDICE.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

LXIX – Todos os procedimentos de internação, bem como os exames complementares e serviços auxiliares, abaixo descritos, necessitarão de prévia liberação da CONTRATADA, através de senha, ainda que realizados em regime de livre escolha:

- a) Procedimentos Médicos/Serviços auxiliar;
- b) Diálise (Peritoneal);
- c) Hemodiálise;
- d) Cirurgias;
- e) Implantes;
- f) Internações;
- g) Home care;
- h) Fisioterapia;
- i) Litotripsia;
- j) Hemoterapia;
- k) Quimioterapia;
- l) Radioterapia;
- m) Remoções; Transplantes de rins e córnea;

Exames Complementares:

- a) Angiografia;
- b) Angiografia Digital;
- c) Arteriografia;
- d) Audiometria;
- e) Cardiotocografia;
- f) Densimetria Óssea;
- g) Ecocardiografia;
- h) Eletrocardiografia dinâmica (holter);
- i) Eletrococleografia;
- j) Endoscopia Diagnóstica (digestiva, ginecológica, respiratória e urológica);
- k) Endoscopias Terapêuticas (digestiva, ginecológica, respiratória e urológica);
- l) Fluoresceinografia;
- m) Hemodinâmica (cineangiocoronariografia, cateterismo cardíaco);
- n) Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
- o) Medicina Nuclear;
- p) Neurofisiologia Clínica;
- q) Neuroradiologia;
- r) Radiologia intervencionista;
- s) Ressonância Nuclear Magnética;
- t) Tomografia Computadorizada;
- u) Ultrassonografia;
- v) Vídeo-Laparoscopia.

L – Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia, através de senha, mas deverão ser comunicados à CONTRATADA, em 24 (vinte e quatro) horas após o início do atendimento.

DISPOSIÇÕES GERAIS

LI – Não poderão inscrever-se no PAS beneficiário, em qualquer condição, que participe de outro plano de assistência à saúde, custeada, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do orçamento da União.

LII – A CONTRATADA fornecerá cartão que será utilizado exclusivamente pelos beneficiários sempre que forem fazer uso do Plano.

LIII – Em caso de extravio do cartão de identificação, será necessária a emissão de uma 2ª via, sendo obrigatório que o beneficiário assine declaração de responsabilidade.

LIV – Os beneficiários terão direito à escolha dos médicos/dentistas, hospitais, pronto-socorros, laboratórios e outros serviços complementares de diagnóstico e terapia credenciados pela CONTRATADA, que constar do guia médico/odontológico fornecido a cada beneficiário titular, quando da sua inscrição.

LV – O atendimento dos beneficiários, seja pelos médicos, pelas unidades auxiliares e/ou hospitais ou quaisquer dos estabelecimentos credenciados pela CONTRATADA, será exclusivamente efetuado mediante a apresentação do cartão de identificação e documento de identidade.

LVI – As internações eletivas deverão ser previamente autorizadas pela CONTRATADA e os exames deverão ser obrigatoriamente solicitados pelo médico/dentista.

LVII – Nas demais hipóteses de internação cobertas pelo Plano, o beneficiário ou seu familiar deverá:

- a) entregar a solicitação de internação à CONTRATADA, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da ocorrência, sob risco de ter que arcar com as despesas, perante o estabelecimento credenciado,

sem prejuízo do direito previsto de reembolso;

b) a CONTRATADA deverá providenciar a autorização de internação, após a solicitação do beneficiário, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data de ocorrência, sob risco de ter que arcar com o reembolso das despesas efetuadas.

LVIII – Os beneficiários estão dispensados do procedimento previsto no item LVII quando a internação se der em localidade onde a CONTRATADA dispuser do serviço Discagem Direta Grátis 24 (vinte e quatro) horas (DDG 24), todos os dias da semana.

LIX – Os pedidos de exclusão do Plano só serão formalizados e aceitos mediante a devolução do cartão de identidade do beneficiário, que será responsabilizado por qualquer uso do mesmo, até a data em que for devolvido.

Não Publicada

REVOGADA