

1 Ata da Reunião extraordinária do Conselho Administrativo. Aos quinze dias do mês de julho de 2019, às
2 dezoito horas, inicia-se a reunião ordinária do Conselho Administrativo, na sala de reuniões da CAAPSML,
3 sito à Avenida Duque de Caxias nº 333, contando com a presença: das conselheiras, Ana Cristina Pialarice
4 Giordano, Carla Adriana Bruna, Luciana Viçoso de Oliveira e Rosângela Maria Cebulski a Gerente de
5 Contas e Saúde Zila Avanso Rosseto, o Gerente de Atendimento Erick e a Diretora de Saúde Maria
6 Terezinha Punhagui de Carvalho, e a secretária Solange Magro A reunião teve como pauta os seguintes
7 tópicos:

8

9 A reunião tem início às dezoito horas e trinta minutos com a presidente fazendo lembrança do artigo e 8
10 dizendo que conforme o Diretor Administrativo e Financeiro os artigos 8º foi retirado o parcelamento para
11 a ativação de novo contrato, em seguida retomaram a análise da resolução, sendo:

12

13

SEÇÃO V

14

DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

15

16

Art. 60. Compreendem os benefícios de assistência odontológica os seguintes serviços, prazos de
carência e limites de cobertura:

17

a. Exames clínico e exames clínicos pediátricos;

18

b. Atendimento de Emergência, exceto procedimentos decorrentes;

19

c. Atendimento de Emergência pediátrico, exceto procedimentos decorrentes;

20

d. Profilaxia, profilaxia pediátrica (com flúor), profilaxia pediátrica (com selante);

21

e. Dentística e dentística pediátrica;

22

f. Exodontia pediátrica simples, exodontia de raiz residual;

23

g. Periapical ou inter proximal, Periapical ou inter proximal pediátrico e Intra oral filme
oclusal

24

h. Perícia Inicial e Perícia Final

25

Parágrafo Único. Ficam isentos de coparticipação os atendimentos odontológicos que,
mediante justificativa e prévia autorização da CAAPSML, necessitem ser realizados em
ambiente hospitalar.

26

27

28

29

Art. 61. A prestação dos serviços relativos à assistência odontológica prevista nesta Resolução
obedecerá aos percentuais de coparticipação, prazos de carência e cobertura, conforme Anexo II
– Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução.

30

31

32

33

34

SEÇÃO VI

35

DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

36

37

38

39

40

41

Art. 62. Os serviços de assistência farmacêutica oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde,
serão prestados somente através de subsídio de 10% (dez por cento) de medicamentos e
hipossensibilizantes, constantes em prescrição medicamentosa emitida por profissionais médicos
ou dentistas, em nome do titular e/ou de qualquer Beneficiário dependente direto ou indireto,
respeitadas as carências.

42

§1.º O subsídio de 10% (dez por cento) que trata o caput deste será prestado exclusivamente
através de reembolso, de acordo com as regras estabelecidas nesta Resolução.

43

44

§2.º Os medicamentos de uso continuado serão subsidiados pelo Plano da mesma forma descrita
no caput deste artigo, desde que acompanhados de justificativa médica e prescrição
medicamentosa, cuja validade obedecerá a regulamentação vigente ou, em não existindo,

45

46

47 considerar-se-á o prazo máximo de 06 (seis) meses, devendo ao final destes prazos o Beneficiário
48 apresentar novo receituário médico.

49 §3.º Não serão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde, em nenhuma hipótese:

50 I - Produtos cosméticos;

51 II - Produtos de uso estético;

52 III - Produtos de higiene pessoal;

53 IV - Produtos de assepsia de lentes de contato;

54 V - Produtos para obesidade tratamento e/ou combate à obesidade;

55 VI - Produtos para o tratamento de infertilidade e/ou impotência;

56 VII - Produtos off label (aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta
57 na bula);

58 VIII - Quaisquer produtos ou utilização dos serviços de assistência farmacêutica em desacordo
59 com este artigo.

60

61 Art. 63. O subsídio de 10% (dez por cento) de que trata o artigo anterior será concedido sob o
62 valor constante da Nota Fiscal de vendas emitida por estabelecimentos oficiais, tendo como teto
63 o valor de venda ao consumidor constante da tabela de preços de medicamentos publicados em
64 revistas especializadas.

65 Parágrafo Único. Como parâmetro inicial será utilizado o BRASÍNDICE, ou outro que vier a ser
66 adotados pela CAAPSML, mediante a aplicação do mesmo deflator aplicado aos demais eventos
67 da mesma natureza a ser definido pelo Órgão Gerenciador.

68

69

CAPÍTULO V DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

70

71

72 Art. 64. Os eventos e materiais abaixo relacionados, relativos à assistência médica/hospitalar,
73 odontológica e farmacêutica não serão custeados PAS CAAPSML, sendo de inteira
74 responsabilidade do Beneficiário:

75 I - qualquer procedimento que não conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde
76 adotado pelo PAS CAAPSML.

77 II - tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, conforme definidos pelo Conselho
78 Federal de Medicina ou assim entendidos aqueles pelo emprego de medicamentos, produtos
79 para a saúde ou técnicas não registradas, não regularizadas no país ou aqueles cujas indicações
80 não constem na bula/manual registrado na ANVISA.

81 III - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;

82 IV - cirurgias para mudança de sexo;

83 V - Inseminação artificial em qualquer técnica;

84 VI - procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins exclusivamente estéticos, incluindo:

85 a. fornecimento de órteses e próteses.

86 b. tratamento de rejuvenescimento.

87 c. tratamento de emagrecimento.

88 d. complicações decorrentes de tais procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.

89 e. exames pré procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.

90 f. exames pós procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.

91 VII - atendimento nos casos de cataclismo, comoções internas, calamidade pública, conflitos
92 sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de
93 caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;

- 94 VIII - consultas, exames e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da
95 cobertura ou do cumprimento das carências previstas ;
- 96 IX - fornecimento de medicamentos de uso domiciliar;
- 97 X - medicamentos, materiais e órteses/próteses importados com ou sem registro na ANVISA;
- 98 XI - transplantes de qualquer modalidade, exceto os de córneas e rim;
- 99 XII - Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive
100 ligações telefônicas, despesas de acompanhante, de viagem ou outras que excederem o limite e
101 condições do Plano contratado;
- 102 XIII - acolhimento de idosos em clínicas de repouso;
- 103 XIV - fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses e órteses, de uso interno ou externo, de
104 quaisquer natureza ligados ou não ao ato cirúrgico;
- 105 XV - aluguel de equipamentos hospitalares e similares, seja em regime hospitalar ou
106 domiciliar, e ainda, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou
107 urgência;
- 108 XVI - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda,
109 consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 110 XVII - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 111 XVIII - consultas e procedimentos de medicina ocupacional;
- 112 XIX - consultas, procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do
113 material seja feita no Brasil;
- 114 XX - consultas e exames admissionais e demissionais;
- 115 XXI - procedimentos relacionados à contracepção e/ou suas complicações, que não conste no
116 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde adotado pelo PAS CAAPSML;
- 117 XXII - tratamentos e exames de esterilidade, que não conste no Rol de Procedimentos e
118 Eventos em Saúde adotado pelo PAS CAAPSML;
- 119 XXIII - stent farmacológico;
- 120 XXIV - banda gástrica;
- 121 XXV - medicina ortomolecular;
- 122 XXVI - medicina esportiva;
- 123 XXVII - medicina do trabalho;
- 124 XXVIII - mesoterapia e massagens em geral;
- 125 XXIX - internação para investigação diagnóstica;
- 126 XXX - uvulopalatofaringoplastia (cirurgia do ronco);
- 127 XXXI - prótese peniana;
- 128 XXXII - doenças ou lesões preexistentes, observada a carência de que trata esta Resolução;
- 129 XXXIII - remoção e/ou traslado por via aérea;
- 130 XXXIV - procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida nesta
131 Resolução;
- 132 XXXV - exames complementares em desconformidade com a especialidade do médico
133 requisitante;
- 134 XXXVI - prótese dentária;
- 135 XXXVII - periodontia;
- 136 XXXVIII - ortodontia;
- 137 XXXIX - Endodontia;
- 138 XL - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, exceto os procedimentos de que tratam os itens do Anexo
139 II – Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução;

- 140 XLI - radiografias, exceto os procedimentos de que tratam os itens do Anexo II – Das
141 Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução;
142 XLII - implantodontia.
143 XLIII - produtos cosméticos, de uso estético, de higiene pessoal e fraldas;
144 XLIV - produtos de assepsia de lentes de contato;
145 XLV - produtos para combater a obesidade;
146 XLVI - produtos para o tratamento de infertilidade e impotência.

147
148
149 **CAPÍTULO VI**
150 **DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**
151

152 Art. 65. Para ter acesso a qualquer atendimento aos benefícios de que trata esta Resolução, o
153 Beneficiário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação, fornecido pelo Plano de Assistência
154 à Saúde, acompanhado de um documento de identificação com foto, assinatura semelhante ao
155 documento apresentado, na execução do atendimento. Quando houver necessidade de
156 assinatura por terceiro (pais de menor ou acompanhante de idoso, por exemplo) incluir número
157 de documento oficial junto a assinatura.
158

159 Art. 66. Será disponibilizado ao Beneficiário, através do site <http://caapsml.londrina.pr.gov.br/>, a
160 relação de seus prestadores credenciados, dentistas, médicos, hospitais e clínicas, com os
161 respectivos endereços.
162

163 Art. 67. O Órgão Gerenciador do Plano de Assistência à Saúde assegurará aos Beneficiários
164 titulares, dependentes diretos e indiretos os serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e
165 auxiliares de diagnóstico e terapia previstos nesta Resolução e nos termos abaixo especificados:

166 I - consultas: os Beneficiários serão atendidos no Ambulatório Médico da CAAPSML ou no
167 local de atendimento dos médicos credenciados, através de emissão de Guia/Empenho emitida
168 de acordo com as normas de atendimento da CAAPSML, ou nos serviços de emergência
169 conveniados e/ou contratados;

170 II - atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios,
171 clínicas ou hospitais contratados ou credenciados pela CAAPSML, através de emissão de
172 Guia/Empenho, emitida de acordo com as normas de atendimento da CAAPSML;

173 III - exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede
174 contratada ou credenciada pela CAAPSML, mediante solicitação do médico e emissão de
175 Guia/Empenho;

176 Parágrafo Único. As consequências do não comparecimento à consulta, procedimento ou serviço
177 marcados são de inteira responsabilidade do Beneficiário.
178

179 Art. 68. Em caso de faltas imotivadas do Beneficiário nos serviços médicos, previamente
180 agendados no ambulatório da CAAPSML, será cobrada a importância equivalente à
181 coparticipação em consulta médica na rede credenciada a cada descumprimento.

182 Parágrafo Único. Não será computado como falta imotivada quando houver cancelamento por
183 parte do Beneficiário, com no mínimo 02 (duas) horas de antecedência.
184

185 Art. 69. Não serão emitidas novas Guia/Empenho de consulta médica para o mesmo profissional
186 em intervalo de tempo igual ou inferior a 20 (vinte) dias, excetuando-se as patologias não
187 decorrentes da autorização anterior.
188

189 Art. 70. A Guia/Empenho de consulta, bem como as autorizações de exames complementares e
190 terapias, terão validade por 60 (sessenta) dias, não podendo ser utilizadas após este prazo.

191
192 Art. 71. O não cancelamento ou a não-utilização da Guia/Empenho de exames e consultas, sem a
193 respectiva devolução da mesma ao Órgão Gerenciador do Plano no prazo estabelecido no artigo
194 anterior, acarretará ao Beneficiário a coparticipação nos serviços autorizados.

195
196 Art. 72. O tratamento de fisioterapia somente será autorizado mediante encaminhamento do
197 médico assistente, com solicitação médica emitida em no máximo 90 (noventa) dias antes da
198 emissão da autorização.

199 Parágrafo Único. A autorização para a continuidade do tratamento de fisioterapia será concedida
200 somente após realizadas 20 (vinte) sessões, mediante nova avaliação e solicitação do médico
201 assistente que indicará o procedimento, com solicitação médica emitida em no máximo 90
202 (noventa) dias antes da emissão da autorização, exceto nos casos de pacientes com tratamento
203 continuado, onde o médico assistente deverá indicar esta condição, e a validade da solicitação
204 será de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

205
206 Art. 73. O tratamento de fisioterapia prestado no Ambulatório de Fisioterapia da CAAPSML, será
207 isento de coparticipação, até o limite de 10 (dez) sessões/mês, devendo a partir da 11ª (décima
208 primeira) sessão ser cobrada a coparticipação de 40% (quarenta por cento) do Beneficiário,
209 relativo ao valor das sessões.

210
211 Art. 74. Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de psicologia,
212 fonoaudiologia, o fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício
213 do tratamento, com intervalo mínimo de 06 (seis) meses, para o mesmo profissional.

214
215 Art. 75. Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de acupuntura e
216 nutrição, o fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício do
217 tratamento, com intervalo mínimo de 01 (um) mês para o mesmo profissional.

218
219 Art. 76. Os atendimentos de urgência e emergência em pronto socorro hospitalar, que resultem
220 em internação do paciente para tratamento clínico ou cirúrgico, estão isentos da coparticipação
221 de que trata a coluna 3 da Tabela de Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, constante do
222 art.31 desta Resolução, observadas as carências.

223 Parágrafo Único. Aplicam-se as disposições contidas no *caput* deste artigo estritamente para os
224 atendimentos em pronto socorro, decorrentes do encaminhamento pelos profissionais do
225 Ambulatório Médico da CAAPSML ou pelo Serviço de Emergências Médicas, que não resultem
226 em internação do paciente.

227
228 Art. 77. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário, ou quem responda por ele, terá o
229 prazo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a
230 autorização do PAS CAAPSML, sob pena do Plano não se responsabilizar por qualquer despesa
231 decorrente desta internação.

232
233 Art. 78. Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização do
234 PAS CAAPSML deverão ser feitas em formulário específico disponibilizado pela CAAPSML e/ou
235 similar no padrão TISS, contendo dados do Beneficiário, descrição dos exames e sua indicação
236 clínica.

237 Parágrafo Único. Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de
238 urgência e emergência, o Beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento

239 de saúde, além dos documentos consignados art. 38 desta Resolução, guia de internação ou de
240 encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pelo PAS CAAPSML.

241
242 Art. 79. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o Beneficiário,
243 ou quem responda por ele, deve dirigir-se a CAAPSML, munido de cartão de identificação do
244 plano, documento de identificação com foto e formulário com a solicitação do procedimento.

245 Parágrafo Único. Os procedimentos que necessitem de autorização prévia da auditoria médica
246 serão analisados em até 02 (dois) dias úteis.

247
248 Art. 80. Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, serão
249 observados:

250 I - Para as cirurgias de urgência e eletiva:

251 a) a liberação do pedido dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde,
252 após deferimento do uso pela auditoria médica, conforme itens com preços registrados em Atas
253 de Registros de Preços firmados pela CAAPSML;

254 b) O documento com os itens liberados por Ata de RP será entregue ao Beneficiário
255 juntamente com a guia de internação;

256 c) Não havendo aceitação pelo profissional requisitante do material liberado pela
257 CAAPSML, este deverá realizar justificativa técnica da desaprovação do material liberado e
258 comparativo indicando a divergência entre o material liberado e o solicitado.

259 II - Para as cirurgias de emergência:

260 a) A liberação dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde, após
261 deferimento do uso pela auditoria médica, conforme itens com preços registrados em Atas de
262 Registros de Preços firmados pela CAAPSML;

263 b) Não havendo itens com preços registrados pela CAAPSML, os encaminhamentos serão
264 realizados conforme legislação vigente.

265
266 Art. 81. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para
267 liberação da Solicitação de Atendimento Hospitalar, a CAAPSML poderá solicitar ao Beneficiário
268 ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento
269 médico a ser executado.

270
271 Art. 82. Os limites de utilização por Beneficiário não serão cumulativos nem intercambiáveis.

272
273 Art. 83. A CAAPSML não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer benefícios utilizados
274 fora da forma prevista nesta Resolução.

275 276 CAPÍTULO VII 277 DA CARÊNCIA

278
279 Art. 84. Período de carência é o número mínimo de contribuições fixados na coluna 4 (quatro)
280 das Anexo II, todos desta Resolução, relativo a cada modalidade de assistência, indispensáveis
281 para que os Beneficiários e seus dependentes façam jus às prestações do Plano de Assistência à
282 Saúde, contado do mês de competência da primeira contribuição. (MELHORAR A REDAÇÃO)

283 Parágrafo único. As contribuições anteriores à perda da qualidade de Beneficiário não serão
284 computadas para efeito de carência.

285
286 Art. 85. A carência de que trata o artigo anterior será aproveitada para as hipóteses previstas nos
287 arts. 14 e 15, desta Resolução.

288



289 Art. 86. Não observâncias das condições para inclusão de filhos sejam recém-nascidos ou não,
290 naturais ou adotivos, previstas nesta Resolução, acarretará a necessidade de cumprimento
291 integral, a partir da inscrição, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos.

292 Art. 87. Os dependentes de que tratam os arts. 12 e 13, desta Resolução, estarão sujeitos ao
293 cumprimento da carência estabelecida neste artigo, para o gozo dos serviços oferecidos.

294
295 Art. 88. As carências cumpridas pelo Beneficiário e seus dependentes em outros planos de saúde,
296 desde que ininterruptas, assim entendidas a permanência por pelo menos 02 (dois) anos no
297 plano de origem ou por pelo menos 03 (três) anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial
298 temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos 01 (um)
299 ano, a partir da segunda portabilidade serão aproveitadas para o cumprimento das estabelecidas
300 nesta Resolução, adotando-se os seguintes critérios:

301 I - para os procedimentos cobertos por ambos os planos prevalecerá a carência do Plano
302 CAAPSMML quando da utilização dos serviços previstos nesta Resolução;

303 II - no caso de procedimentos não cobertos por outros planos e oferecidos pela CAAPSMML
304 prevalecerá a carência prevista nesta Resolução, aplicando-se o disposto no art. 20, deste
305 regulamento.

306 §1º. Para aproveitamento das carências cumpridas em outros planos de saúde os documentos
307 deverão ser apresentados em até 30 (trinta) dias, contados da data da rescisão.

308 §2º: Para cumprimento do disposto neste artigo é obrigatória a apresentação, por parte do
309 Beneficiário, do instrumento contratual onde constem os benefícios oferecidos pelo plano de
310 origem, as carências cumpridas, seus dependentes inscritos, bem como a prova de regularidade
311 no pagamento das mensalidades.

312
313 Art. 89. Para efeito de contagem do período de carência serão consideradas as contribuições
314 realizadas a contar da data da efetiva vigência do contrato regido por esta Resolução. (84 E 89
315 COMPATÍVEIS)

316
317 Art. 90. Para efeitos de aproveitamento de carências, os contratos restabelecidos na forma do
318 art. 8º desta Resolução serão considerados ininterruptos.

319 Parágrafo Único. As despesas ocorridas no período da suspensão contratual não serão custeadas
320 pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSMML.

321
322 Art. 91. Fica vedado o adiantamento de contribuições para efeito do cômputo da carência exigida
323 para a concessão dos benefícios.

324
325 Art. 92. Caso ocorra uma urgência ou emergência durante o período de carência parcial
326 temporária (CPT), haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da liberação de utilização do
327 plano, somente para as primeiras 12 (doze) horas em pronto socorro, estando, portanto,
328 excluídas, entre outras, a internação e todos os procedimentos cirúrgicos, procedimentos e/ou
329 exames de baixa, média e alta complexidade e leitos de baixa, média e alta tecnologia.

330
331 **CAPÍTULO VIII**
332 **DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

333
334 Art. 93. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas por meio do Exame Pericial
335 de Admissão no Plano ou informação do paciente no formulário da entrevista qualificada.

336 Parágrafo único: a inclusão de beneficiários está sujeita a revisão pela auditoria médica, quando
337 identificado lesão preexistente, manifestada ou não no formulário de entrevista qualificada.

338



339 Art. 94. No momento da adesão contratual, o beneficiário ou seu representante legal deverá
340 preencher a Entrevista Qualificada informando à CAAPSML doença ou lesão preexistente,
341 previamente à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização
342 de fraude, sujeito a rescisão do contrato.

343 Parágrafo Único. A CAAPSML reserva-se no direito de realizar o Exame Pericial de Admissão no
344 Plano, ainda que haja o preenchimento do formulário de Entrevista Qualificada, entretanto,
345 correndo as expensas do proponente a beneficiário as despesas relativas ao(s) exame(s).
346

347 Art. 95. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração do
348 Beneficiário a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CAAPSML oferecerá a Cobertura
349 Parcial Temporária (CPT), nos termos do art. 3º, IX, desta Resolução.

350 Parágrafo Único. Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação do plano de saúde, a
351 cobertura assistencial passará a ser integral, nos termos das coberturas previstas nesta
352 Resolução.

353
354 Art. 96. Os atendimentos decorrentes das modalidades abaixo estão sujeitos aos períodos de
355 carências a seguir:

356 I - Doenças ou Lesões Preexistentes: 24 meses;

357 II - A.I.D.S e Doenças crônicas: 24 meses;

358
359 **CAPÍTULO IX**
360 **DA CONTRIBUIÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES**

361
362 **SEÇÃO I**
363 **DA CONTRIBUIÇÃO**
364

365 Art. 97. Fica o Beneficiário obrigado ao pagamento, por Beneficiário, dos valores referentes à
366 contribuição conforme faixa etária, a seguir discriminada, bem como os valores relativos à co-
367 participação, constante da coluna 3 das tabelas 01 - Benefícios de Assistência Médica Oferecidos
368 e 02 – Benefícios de Assistência Odontológica Oferecidos, constantes dos arts.31 e 34 desta
369 Resolução.

370 **FAIXA ETÁRIA**

0 a 18 anos	
19 a 23 anos	
24 a 28 anos	
29 a 33 anos	
34 a 38 anos	
39 a 43 anos	
44 a 48 anos	
49 a 53 anos	
54 a 58 anos	
59 anos ou mais	

371 Parágrafo Único. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos Beneficiários inscritos que
372 importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão readequadas
373 automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário, com o reposicionamento do Beneficiário
374 na faixa etária correspondente.

375
376 Art. 98. Os valores das contribuições correspondem aos preços constantes do Anexo I, desta
377 Resolução.

378
379 Art. 99. Os valores das contribuições são fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em
380 consideração os preços dos serviços e limites colocados à disposição dos Beneficiários, a

381 frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as
382 carências, a carga tributária e a taxa de administração que recai sobre o Plano de Assistência à
383 Saúde.

384
385
386 **SEÇÃO II**
387 **DO TETO DE CONTRIBUIÇÃO**
388

389 Art. 100. Em conformidade com o artigo 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011, fica estabelecido
390 o teto de 20% (vinte por cento) sobre os vencimentos mensais do segurado, para a soma das
391 contribuições do titular e de seus dependentes diretos, conforme regulamento baixado pela
392 CAAPSMML, não sendo computadas, para efeito do teto de que trata este artigo, as contribuições
393 relativas aos dependentes indiretos; e dos servidores comissionados, em licença sem
394 remuneração e de seus dependentes diretos e indiretos. O valor mínimo de contribuição, por
395 contrato, não poderá ser inferior ao valor individual estabelecido para o contribuinte titular.
396

397 Art. 101. No caso de acumulação de cargos permitida em lei, o teto de contribuição para o Plano
398 de Saúde incidirá sobre o de maior vencimento.
399

400 Art. 102. O disposto no artigo anterior aplica-se ao servidor aposentado que vier a ser nomeado
401 para atividades remuneradas na Administração Direta, Indireta, Autárquica e Fundacional dos
402 poderes do Município.
403

404 Art. 103. Consideram-se vencimentos, para os efeitos do disposto no art. 123, da Lei Municipal
405 n.º 11.348/2011:

406 I - para os Beneficiários ativos: as importâncias pagas ou devidas ao Beneficiário, a título
407 remuneratório, compreendendo o vencimento básico, as gratificações de função, os adicionais
408 por tempo de serviço, até o limite máximo da remuneração fixado em lei;

409 II - para os Beneficiários inativos: os proventos de aposentadoria, até o limite máximo de
410 remuneração fixado em lei;

411 III - para os Beneficiários de que trata o art.17 desta Resolução: o valor do benefício
412 resultante da equação proventos ou pensão INSS + Complementação da CAAPSMML;

413 IV - Para os pensionista: o valor da pensão.

414 Parágrafo Único. O valor mínimo de contribuição, por contrato, não poderá ser inferior ao valor
415 individual estabelecido para o contribuinte titular.
416

417 Art. 104. Para efeito do disposto no art. 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011, no caso de
418 afastamento de servidor para o exercício de mandato eletivo ou por licença previstas no Estatuto
419 dos servidores, os valores dos vencimentos mensais serão determinados como se este estivesse
420 em exercício do cargo efetivo.
421

422 Art. 105. Nos casos de pensionistas ocupantes de cargo de provimento efetivo ou em comissão
423 no Município o teto de contribuição incidirá sobre o maior valor percebido (vencimentos ou
424 pensão).
425

426 Art. 106. Considerar-se-á, para efeito do teto de contribuição, a soma da cota parte da pensão de
427 cada um dos inscritos no contrato.
428

429 **SEÇÃO III**
430 **DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**
431



432 Art. 107. Os valores correspondentes à contribuição ao Plano de Assistência a Saúde, do titular e
433 seus dependentes diretos e indiretos, bem com as despesas de assistência médica, hospitalar,
434 odontológica e deverão ser quitadas pelo contribuinte até o décimo dia do mês subsequente à
435 utilização ou do faturamento.

436
437 Art. 108. As despesas dos servidores do Poder Legislativo serão recolhidas pela Câmara
438 Municipal de Londrina ao Órgão Gerenciador do Plano até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês em
439 curso.

440
441 Art. 109. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e/ou despesas serão
442 cobrados juros de mora de 1% (um inteiro por cento) ao mês e correção monetária de acordo
443 com a variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, ou por outro índice oficial que
444 venha a substituí-lo, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito
445 atualizado.

446 §1º Incidirá, ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorário advocatício e
447 reembolso de custas judiciais.

448 §2º Os encargos de que tratam este artigo incidirão a partir do primeiro dia subsequente ao
449 vencimento de cada competência e será calculado da seguinte forma:

$$\begin{aligned} M &= (P+C.M \times 2\%) & \text{Onde:} \\ J &= (P+C.M+M \times 0,5\%) & \text{DT = Débito Total} \\ \text{DT} &= P + C. M + M + J & \text{P = Principal} \\ & & \text{M = Multa} \\ & & \text{J = Juros} \\ & & \text{C.M = Correção Monetária} \end{aligned}$$

450
451 Art. 110. O atraso no pagamento das mensalidades e/ou despesas por período superior a 60
452 (sessenta) dias consecutivos implicará na suspensão total dos atendimentos, até a efetiva
453 liquidação do débito, nos termos do artigo anterior.

454
455 Art. 111. Será rescindido o contrato caso ocorra atraso no pagamento de qualquer importância
456 relativa à contribuição, coparticipação, parcelamento ou assistência oferecida pelo Plano por 90
457 (noventa) dias consecutivos, contados a partir do primeiro dia posterior ao prazo concedido para
458 pagamento, sem prejuízo do direito do Órgão Gerenciador do Plano de requerer judicialmente a
459 quitação do débito com suas consequências moratórias.

460
461 Art. 112. Os valores a serem cobrados para os pagamentos nas participações das despesas, no
462 caso da coparticipação, serão calculados sobre os valores faturados contra o Plano de Assistência
463 à Saúde.

464
465 (o Artigo 113 e o parágrafo único foram retirados da Resolução)

466
467

468
469

470
471

SEÇÃO IV DO PARCELAMENTO

472 Art. 114. As despesas com a assistência médica prevista no art.31 bem como a assistência
473 odontológica prevista no art. 34 dos beneficiários com o contrato do Plano de Assistência à
474 Saúde vigentes, poderão ser parceladas em até 12 (doze) parcelas mensais, com juros de 1% (um
475 por cento) ao mês (calculado pela tabela "price"), não podendo a parcela ser inferior a 10% (dez
476 por cento) dos vencimentos do Beneficiário.

477 Parágrafo Único. Os créditos de contratos cancelados e/ou rescindidos poderão ser parcelados
478 na sua totalidade, incluindo as contribuições e demais despesas, nos termos do caput.

479 Art. 115. As contribuições do Plano de Assistência à Saúde do titular e de seus dependentes,
480 diretos e/ou indiretos, bem como as despesas com assistência farmacêutica remanescentes não
481 serão parceladas.

482
483 Art. 116. Fica vedado novo parcelamento ao Beneficiário enquanto não regularizar o
484 parcelamento anterior.

485
486 Art. 117. Os créditos cobrados judicialmente ou protestados sofrerão correção monetária, multa
487 e juros conforme art. 132 da Lei Municipal nº 11.348/2011, cujo número de parcelas será
488 limitado em 24 (vinte e quatro) vezes, não observando o art. 86 desta Resolução.

489
490 **SEÇÃO V**
491 **DO REEMBOLSO**
492

493 Art. 118. A CAAPSMML assegurará o reembolso no limite dos valores praticado por ela, das
494 despesas referentes à assistência médica, hospitalar, odontológica e ~~farmacêutica~~ cobertos pelo
495 plano, efetuadas pelo Beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos, com
496 assistência à saúde dentro do território nacional, quando não for possível a utilização da rede
497 credenciada, resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSMML.

498
499 Art. 119. O reembolso das despesas previstas neste capítulo não excederá, em qualquer
500 hipótese, os valores e/ou percentagens e limites constantes das tabelas de preços adotadas pela
501 CAAPSMML e será realizado através de crédito na conta corrente do Beneficiário.

502 Parágrafo Único. Excetua-se dos valores de que trata o caput deste artigo o reembolso de
503 despesas decorrentes de oxigenoterapia domiciliar, que serão remunerados com base no valor
504 apresentado pelo requerente, e demais documentos específicos.

505
506 Art. 120. Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de stent farmacológico será
507 remunerado até o teto do valor da Ata de Registro de Preços vigente de stent
508 nacional/convencional praticado pelo PAS CAAPSMML. Na ausência de Ata de Registro de Preços
509 vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado, atualizado . Considerar-se-á também o menor
510 valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro, nunca podendo exceder
511 o reembolso ao menor dos dois valores analisados. (A DIRETORIA IRÁ VERIFICAR O DECRETO
512 1500 DA LICITAÇÃO)

513
514 Art. 121. Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de órtese/prótese será remunerado
515 até o teto do valor da Ata de Registro de Preço vigente de órtese/prótese nacional/convencional
516 praticado pelo PAS CAAPSMML. Na ausência de Ata de Registro de PreçoS vigente, utilizar-se-á o
517 ultimo preço registrado. Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para
518 reembolso e o valor em registro, nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores
519 analisados. . (A DIRETORIA IRÁ VERIFICAR O DECRETO 1500 DA LICITAÇÃO)

520
521
522 Art. 122. O reembolso das despesas relativas aos benefícios de assistência médica e hospitalar,
523 odontológica e farmacêutica será efetuado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis
524 após a apresentação de requerimento do Titular do Plano, acompanhado dos seguintes
525 documentos originais sendo se responsabilidade do beneficiário titular a apresentação destes,
526 sem qualquer vínculo ou condicionamento com documentos encaminhados à CAAPSMML por
527 terceiros, conforme o caso:

528 I - Reembolso de consultas médicas:

J
PO
PO
PO
PO

529 ○ Recibo ou Nota Fiscal individualizado de honorários médicos contendo CPF e CRM
530 do profissional médico.

531 • Reembolso de atendimento hospitalar (cirúrgico e/ou internação):

532 ○ Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de
533 identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de
534 permanência no hospital e alta;

535 ○ Nota fiscal emitida pelo hospital;

536 ○ Prontuário do atendimento realizado;

537 ○ Detalhamento de consumo no período de internamento discriminando, materiais,
538 medicamentos, serviços médicos, serviços hospitalares, diárias e taxas, contendo
539 quantitativo e valor individualizado;

540 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

541 II - Reembolso de honorários médicos:

542 ○ Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, discriminando
543 funções e o evento;

544 ○ Na ocorrência de auxiliares discriminar funções e eventos a que se referem;

545 ○ Recibos individualizados de honorários dos médicos anestesiólogos com
546 relatório descritivo com a duração do ato anestésico;

547 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

548 III - Reembolso de eventos, exames e procedimentos ambulatoriais:

549 ○ Pedido do médico assistente contendo o código de identificação do tratamento
550 efetuado;

551 ○ Comprovantes relativos aos eventos, serviços de exames laboratoriais, de
552 radiodiagnósticos, serviços auxiliares e serviços ambulatoriais;

553 ○ Resultados dos referidos exames (laudo) e/ou eventos;

554 ○ Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada
555 procedimento que compõem o valor total da nota fiscal.

556 ○ Na ocorrência de utilização de materiais, medicamentos e contrastes, cabe a
557 necessidade de detalhamento da utilização, assim como quantificação e valor
558 individualizado;

559 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

560 IV - Reembolso de oxigenoterapia:

561 ○ Pedido e relatório emitido pelo médico assistente que solicita o tratamento,
562 contendo diagnóstico e indicação do tratamento;

563 ○ Exames que precederam o diagnóstico;

564 ○ Nota fiscal que comprove a prestação do serviço;

565 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

566 V - Reembolso de stent farmacológico:

567 ○ Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de
568 identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de
569 permanência no hospital e alta;

570 ○ Nota fiscal emitida pelo fornecedor do stent farmacológico;

571 ○ Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de
572 colocação do(s) stent(s), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;

573 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

574 VI - Reembolso de órteses/próteses importados:

f
AO
f
AO
f

- 575 ○ Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de
576 identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de
577 permanência no hospital e alta;
578 ○ Nota fiscal emitida pelo fornecedor das órteses/próteses importadas;
579 ○ Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de
580 colocação do(s) material(ais), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;
581 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

582 VII - Reembolso de medicamento da assistência farmacêutica:

- 583 ○ Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 06 (seis) meses de
584 validade no caso de medicamentos de uso continuado;
585 ○ Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 30 (trinta) dias no
586 caso de medicamentos de uso controlado/especiais;
587 ○ Nota fiscal do medicamento adquirido compatível com a prescrição apresentada.

588

589 Art. 123. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 06 (seis) meses da data do
590 evento ou ao término do contrato, o que ocorrer antes.

591

592 Art. 124. A CAAPSMML poderá deduzir débitos existentes com créditos decorrentes de reembolso.

593

594

595 **SEÇÃO VI**
596 **DOS REAJUSTES**

597

597 Art. 125. Nos termos da lei, os valores das contribuições serão reajustados anualmente, no mês
598 de janeiro, com base em cálculo atuarial e, poderão ser revistos se houver:

599

599 I - utilização comprovada acima da média normal;

600

600 II - acréscimos de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; e

601

601 III - aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o
602 equilíbrio econômico financeiro do contrato.

603

604 Art. 126. Na ausência de cálculo atuarial, os valores das contribuições serão reajustados pela
605 variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, ou outro que venha a substituí-lo.

606

607 Art. 127. Os reajustes previstos nos arts. 125 e 126, desta Resolução, somente serão aplicados
608 mediante autorização do Conselho Administrativo.

609

610 Art. 128. A aplicação do reajuste estabelecido será realizada na data do aniversário do contrato.

611

612 **CAPÍTULO X**

613 **DOS VALORES PAGOS AOS PRESTADORES**

614

615 Art. 129. Os valores a serem pagos aos prestadores obedecerão às Tabelas constantes do Anexo
616 II, desta Resolução.

617

618 Art. 130. Os materiais especiais utilizados em ambiente hospitalar, em procedimentos de
619 emergência ou urgência, com valor unitário de até R\$1.000,00 (mil reais), poderão ser pagos pela
620 CAAPSMML diretamente ao hospital em que forem utilizados.

621 **Parágrafo Único.** A forma de pagamento de que trata este artigo só será aplicado aos materiais
622 que não constem em Ata de Registro de Preços da CAAPSMML.

623

624 Art. 131. Os valores constantes do Anexo II, desta Resolução, poderão ser reajustados pelo Índice
625 de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, acumulados no período de janeiro à dezembro,
626 mediante autorização do Conselho Administrativo da CAAPSML.

627 § 1º. Os reajustes de valores de que trata o caput deste artigo bem como os decorrentes de
628 atualização das tabelas constantes nesta Resolução aplicadas pela CAAPSML serão
629 implementados em 1º de abril.

630 § 2º. A implementação de que trata o parágrafo anterior dar-se-á nos pagamentos dos serviços
631 realizados no corrente exercício.

632

633

634

CAPÍTULO XI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

635

636

637

SEÇÃO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

638

639 Art. 132. Nenhuma prestação de serviços de Assistência à Saúde desenvolvida em prol dos
640 beneficiários será criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

641

642 Art. 133. Os benefícios concedidos aos Beneficiários e os seus dependentes são inalienáveis,
643 sendo nulas de pleno direito a venda, a cessão ou a constituição de quaisquer ônus, bem como a
644 outorga de poderes irrevogáveis ou em causa própria para a respectiva percepção.

645

646 Art. 134. A permanência no Plano e/ou recebimento dos serviços havidos, por fraude, dolo ou
647 má-fé implicará a perda das contribuições recolhidas, bem como a devolução pelo beneficiário
648 ao Órgão de Gerenciamento do total auferido, corrigido monetariamente, sem prejuízo da
649 sanção legal cabível e quando se tratar de servidor, sem prejuízo das penalidades funcionais
650 aplicáveis.

651 §1º Comprovada a fraude, dolo ou má-fé do Beneficiário ou de seus dependentes, o contrato de
652 que trata esta Resolução será rescindido pela CAAPSML.

653 §2º O titular é responsável pelos danos causados ao Plano de Saúde decorrentes de seus atos ou
654 de seus dependentes.

655

656 Art. 135. Para a fixação do valor dos serviços a fração em moeda poderá ser arredondada para a
657 unidade imediatamente superior.

658

659 Art. 136. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Administrativo da Autarquia,
660 observados os princípios básicos do Plano de Seguridade Social do Servidor, estabelecidos em lei.

661

662

SEÇÃO II DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

663

664 Art. 137. Os serviços de Emergências Médicas que o Órgão Gerenciador vem oferecendo aos
665 Beneficiários do Plano de Saúde, não integrante da assistência contratada pelos servidores, será
666 ofertado enquanto durar o contrato de prestação de serviços com a empresa contratada para
667 este fim.

668

670 Art. 138. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições
671 em contrário, em especial as Resoluções n.º 042/2005 e 071/2009.

672

673

674

675

676

677 **ANEXO I**
678 **VALORES DAS CONTRIBUIÇÕES**
679 **Tabela de Faixa Etária Titular e Dependente Direto com Coparticipação**
680

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	64,75
19 a 23 anos	70,84
24 a 28 anos	78,72
29 a 33 anos	116,80
34 a 38 anos	126,68
39 a 43 anos	136,09
44 a 48 anos	166,98
49 a 53 anos	177,34
54 a 58 anos	195,03
59 anos ou +	208,36

681
682 **Tabela de Faixa Etária Dependente Indireto com Coparticipação**
683

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	155,90
19 a 23 anos	189,85
24 a 28 anos	216,68
29 a 33 anos	234,54
34 a 38 anos	261,33
39 a 43 anos	297,11
44 a 48 anos	354,33
49 a 53 anos	409,74
54 a 58 anos	583,15
59 anos ou +	770,86


684
685 **ANEXO II**
686 **Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações**

687
688 **Incluir tabela nova de cobertura e coparticipações....**

689 **ANEXO III**
690 **VALORES PAGOS AOS PRESTADORES**
691 **(Vide Resoluções n.º 149 e 150, de 2017)**

692
693 **1 – MEDICINA E HOSPITALAR**

MEDICINA E HOSPITALAR		
	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA
1	Consultas Médicas realizados em consultório e pronto-socorro	R\$ 85,03
2	Perícias Médicas de que tratam os arts. 16, §9º, 54, §9º e art. 32, todos do Decreto Municipal nº 233/2012	3x o valor da consulta médica
3	Atendimento Ambulatorial em Puericultura	R\$ 119,04 / procedimento



6	Medicamentos e Soluções	Preço de Fábrica da tabela de preços publicados na Tabela Brasíndice, com acréscimo de 10% sobre a coluna do índice de 18% (Redação dada com a Resolução n.º 151, de 2017)
6-A	Materiais	Preço de Fábrica da tabela de preços publicados na Tabela Brasíndice, com redutor de 25% (Redação dada com a Resolução n.º 151, de 2017)
4	Portes dos Procedimentos Médicos definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, exceto os serviços de anestesistas	CBHPM ano 2010 com redutor de 15%
5	Portes de Procedimentos Médicos de Serviços de Anestesistas definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	CBHPM ano 2010
7	Unidade de Custo Operacional (UCO) s definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	CBHPM ano 2010 com redutor de 15%
8	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, exceto os que estejam relacionados aos procedimentos que envolvam atos médicos, que seguirão os valores conforme item III desta Tabela.	CBHPM ano 2010 com redutor de 15%
9	Filme Radiológico	R\$ 23,06/m ²
10	Nefrolitotripsia Extracorporea	R\$ 1.476,31/por procedimento de aplicação
		713,15/por procedimento de reaplicação
11	Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia	Código 30307147 da Tabela TUSS
		*já estão inclusos todos os valores com honorários, materiais, taxas, auxiliar, se necessário, porte anestésico e medicamentos.
12	Taxas, diárias e equipamentos especiais, exceto diárias psiquiátricas	Tabela do Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviços de Saúde – UNIPLUS, operacionalizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS/PR - ANO 2016 com reajuste pelo IPCA acumulado em 6,29%

13	Taxas, diárias e equipamentos especiais de instituição que não possua avaliação UNIDAS	Última avaliação do estabelecimento realizado pela UNIDAS, acrescida de reajuste com índice da inflação pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA
14	Diárias Psiquiátricas referentes à prestação de serviços de internação psiquiátrica	R\$ 220,00
15	Diária referente ao acompanhamento familiar em caso de internação psiquiátrica	R\$ 195,00
16	Dietas/Nutrição enteral ou parenteral e suplementos alimentares, já estão inclusos todos os custos extras que envolvem o processo de infusão das referidas dietas e suplementos alimentação, exceto a remuneração do nutrólogo.	Até 25% dos valores constantes na Tabela Brasíndice
17	Refeições	R\$ 12,71

2 – PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO

PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO

1	Primeira Avaliação	70% do valor da consulta médica
2	Sessão	50% do valor da primeira avaliação

3 – FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA

1	Primeira Avaliação na rede credenciada	11% do valor da consulta médica
2	Primeira Avaliação no Ambulatório da CAAPSML	50% do valor da sessão
3	Sessão na rede credenciada	Lista de Procedimentos Médicos do ano de 1996, da AMB (Associação Médica Brasileira) com redutor de 20%
4	Sessão no Ambulatório da CAAPSML	Valor Contratado em Licitação
5	Sessão de Hidroterapia	18% do valor da consulta médica
6	Ausência do Beneficiário em sessão de fisioterapia no ambulatório de fisioterapia da CAAPSML	50% do valor da sessão contratado em Licitação

4 – ODONTOLOGIA (colocar a tabela da GCS)

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR

694
695
696
697
698

699

700 As tabelas acima não foram analisadas e discutidas. Em seguida a Gerente de Contas e Saúde informou que
701 estará incluindo os reembolsos de Acidente de Trabalho conforme solicitado pelo Conselho. A próxima

702 reunião extraordinária foi agendada para o dia 05 de setembro de 2019 às 18 horas. Encerrada a reunião às
703 20h00min. Não havendo mais nada a tratar, encerra-se a reunião. E eu, para de tudo constar, lavrei, dato e
704 assino a presente ata, juntamente com os demais presentes.

705

706

707 Ana Cristina Pialarice Giordano

708

709 Carla Adriana Bruna

710

711 Luciana Viçoso de Oliveira

712

713 Rosangela Maria Cebulski

714

715 Maria Terezinha Punhagui de Carvalho

716

717 Zila Rosseto Avanso

718

719 Erick Takashi Takihara