

RESOLUÇÃO Nº 170, DE 18 DE MARÇO DE 2020.

Regulamenta o Plano de Assistência à Saúde dos servidores públicos do Município de Londrina.

O CONSELHO ADMINISTRATIVO DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA, APOSENTADORIA E PENSÕES DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA - CAAPSML, no uso das atribuições que lhe confere o art. 143, da Lei Municipal n.º 11.348/2011.

RESOLVE:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

SEÇÃO I DA INTRODUÇÃO

Art. 1º O Plano de Assistência à Saúde do Servidor Público do Município de Londrina será regido por esta Resolução, obedecendo às finalidades e princípios estabelecidos pela Lei Municipal n.º 11.348/2011.

Art. 2º Os benefícios de Assistência à Saúde do Servidor Público serão prestados na cidade de Londrina, Estado do Paraná, por serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Órgão de Gerenciamento.

SEÇÃO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 3º Para efeito do contido nesta Resolução serão adotadas as seguintes definições:

I - Atendimento Ambulatorial: É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultórios ou ambulatorios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação pós-anestésica, UTI, CTI ou similares.

II - Atendimento Hospitalar: É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação.

- III - Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.
- IV - Acidente de Trabalho: É o dano físico ou mental sofrido pelo servidor e que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício do cargo. Equipara-se a este o dano decorrente de agressão física sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo; por acidente sofrido em viagem e estada a serviço ou no percurso da residência para o trabalho e vice-versa e/ou doença profissional; além daquelas previstas no art. 29 e parágrafos, da Lei Municipal nº 11.348/2011.
- V - Autogestão: A Autogestão em assistência à saúde é o sistema no qual a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, por meio de seus segurados, o programa de assistência à saúde a seus Beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas de plano de saúde do mercado.
- VI - Beneficiário: Pessoa que usa ou desfruta dos serviços contratados.
- VII - Cálculo Atuarial: É o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre frequência de utilização, tipo de cobertura, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do Plano e cálculo das contraprestações.
- VIII - Carência: Período entre a data de início da vigência do contrato e a concessão de benefícios em que o Beneficiário não pode utilizar os serviços contratados.
- IX - Cobertura Parcial Temporária (CPT): consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 730 (setecentos e trinta) dias, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.
- X - Coparticipação: É o montante, definido contratualmente em termos percentuais ou valores pré-determinados, que o Beneficiário titular deve compartilhar com a Operadora do Plano de Assistência à Saúde em cada evento.
- XI - Contrato: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da Contratada como do Contratante.
- XII - Doença ou Lesão Preexistente (DLP): Aquela que se comprove que o Beneficiário seja portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.
- XIII - Eletivo: É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XIV - Emergência: Situação que exige atuação médica imediata sem tempo de preparo do paciente e que implica risco de morte ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário.
- XV - Entrevista Qualificada: Ato em que o Beneficiário titular deverá responder aos quesitos pertinentes a si e a seus dependentes, referentes a condições de saúde e de doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento de seu ingresso neste Plano.
- XVI - Exame Pericial de Admissão no Plano: Ato médico executado por profissional indicado pela Contratada com a finalidade de identificar qualquer alteração do estado de saúde do Servidor Público Municipal ou de seus dependentes, antes do ingresso destes neste Plano.
- XVII - Evento: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica hospitalar, que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

- XVIII - Mensalidade: Cada um dos pagamentos efetuados pelos Contratantes para custeio do Plano de Assistência à Saúde, mesmo que em periodicidade diversa do mensal.
- XIX - Órtese: Acessório usado em atos cirúrgicos. Não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.
- XX - Prótese: Peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XXI - Proposta: É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar Plano de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais específicas do produto que esteja adquirindo.
- XXII - Protocolo: recibo em que se anota a data e o número de ordem com que um processo ou requerimento foi registrado.
- XXIII - Pós-operatório imediato: Compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia. Sua real duração depende do porte ou gravidade da cirurgia e do estado em que se encontra o paciente ao seu término. Em suas primeiras horas, essa etapa geralmente se desenvolve em um ambiente especial, que é a sala de recuperação, prosseguindo depois no próprio quarto ou enfermaria, caso não surjam complicações.
- XXIV - Pós-operatório mediato - Inicia-se após as 24 primeiras horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar.
- XXV - Requerimento: documento que contém uma reivindicação, um pedido. Quando este requerimento se tratar de pedido de informação, esclarecimento e/ou cópia de documentos, este limitar-se-á a solicitações nunca superiores à 180 (cento e oitenta) dias, próximo passadas.
- XXVI - Síntese: Operação ou emprego de meios terapêuticos com o fim de reunir as partes divididas ou separadas ou de restituir ao estado primitivo aquelas que haviam sido deslocadas.
- XXVII - Urgência: Ocorrência imprevista de agravo a saúde resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CAPÍTULO II DOS CONTRATOS

SEÇÃO I DO CONTRATO

Art. 4º O Plano de que trata esta Resolução é optativo, firmado mediante contrato com o servidor pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses e visa proporcionar aos Beneficiários e seus dependentes, mediante contribuição, assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, através de rede credenciada, terceirizada e/ou serviços próprios.

§1º O contrato de que trata o *caput* deste artigo será prorrogado automática e sucessivamente.

§2º A(s) prorrogação(ões) ocorrerão sempre por períodos de 24 (vinte e quatro) meses.

§3º É vedada a prorrogação do contrato de que trata o §1º deste artigo na hipótese do titular perder a qualidade de Beneficiário em razão da perda da qualidade de servidor público da Administração direta e indireta do Município de Londrina e/ou da qualidade de servidor público

submetido à Consolidação das Leis do Trabalho nas empresas públicas e sociedades de economia mista do Município de Londrina, ou não mais ocupar cargo em comissão.

§4º Não havendo a renovação do contrato, deverá o titular, proceder à quitação total de todos os seus débitos junto ao Plano de Assistência à Saúde, considerando vencidas todas as parcelas, se houver parcelamento.

§5º As alterações da Lei n.º 11.348/2011, Resolução n.º 170/2020 e demais aprovadas pelo Conselho Administrativo da CAAPSML, e daquelas que as substituïrem, incidirão nos contratos firmados na vigência dessas, uma vez que são partes integrantes dos mesmos.

SEÇÃO II DA RESCISÃO

Art. 5º Será rescindido o contrato caso ocorra atraso no pagamento de qualquer importância relativa à contribuição, coparticipação, parcelamento ou assistência oferecida pelo Plano por 90 (noventa) dias consecutivos, contados a partir do primeiro dia posterior ao prazo concedido para pagamento, sem prejuízo do direito do Órgão Gerenciador do Plano de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 6º Rescinde-se também o contrato do titular e seus dependentes, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- I - A perda do vínculo com o serviço público municipal, respeitado o prazo de 60 (sessenta) dias consecutivos ou a data do término do contrato, o que ocorrer primeiro;
- II - Qualquer ato ilícito praticado pelo Beneficiário titular e/ou dependente, de maneira IMEDIATA, sem prejuízo de eventuais cobranças;
- III - O descumprimento de quaisquer previsões do contrato incidirá as penalidades previstas em cada caso concreto, sem prejuízo das demais penalidades previstas no contrato.

Art. 7º Antes do término do contrato é facultado ao contratante a sua renúncia, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias consecutivos, sujeitando-se a pagar as despesas geradas com uso dos benefícios até então usufruídos, pelo titular e seus dependentes, bem como compor perdas e danos.

§1º A composição das perdas e danos, constante no *caput* deste artigo, aplica-se tão-somente ao prazo original de vigência do contrato, excluindo-se suas prorrogações.

- I - Nos casos em que houver o falecimento do titular e/ou dependente incidirá perdas e danos sobre o período de utilização e dos benefícios usufruídos;
- II - Nos casos em que houver desistência voluntária do titular e/ou dependentes incidirá perdas e danos sobre todo o período do contrato e dos benefícios usufruídos;
- III - Nos casos em que houver a exoneração ou demissão dos cargos efetivos ou comissionados, incidirá perdas e danos sobre todo o período do contrato e dos benefícios usufruídos.

§2º A rescisão contratual só produzirá efeito a contar da data do efetivo recebimento do pedido pela CAAPSMML, sem prejuízo para o Plano das contribuições do mês, até o dia 10 (dez) do mês em curso, caso o Beneficiário ou dependente não tenha utilizado os serviços do Plano.

§3º A falta de comunicação, nos termos do *caput* deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§4º Aqueles que tiverem seu contrato rescindido por motivo de inadimplência, nos termos desta Resolução, também ficam sujeito ao disposto neste artigo.

§5º Durante o prazo previsto no *caput* deste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de Beneficiários.

SEÇÃO III DO RESTABELECIMENTO

Art. 8º O contrato do Plano de Assistência à Saúde, rescindido a pedido ou por inadimplência, poderá ser restabelecido e aproveitadas suas carências, desde que seu restabelecimento seja efetuado em até 30 (trinta) dias consecutivos, contados da data da rescisão e haja o pagamento total dos débitos existentes, acrescidos dos encargos previstos nesta Resolução.

Parágrafo Único. Os contratos restabelecidos nos termos deste artigo serão considerados ininterruptos somente para efeitos de carência.

Art. 9º Não poderá ser celebrado novo contrato do Plano de Assistência à Saúde enquanto não houver a quitação total dos débitos ou promover o parcelamento.

Art. 10. O restabelecimento de que trata o art. 8º desta Resolução só poderá ser realizado uma vez para o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

CAPÍTULO III DOS BENEFICIÁRIOS

SEÇÃO I DO TITULAR E DEPENDENTES

Art. 11. São considerados beneficiários titulares:

- I - Os servidores públicos ocupantes de cargo efetivo da administração direta e indireta dos Poderes Executivo e Legislativo do Município de Londrina, inclusive quando inativos;
- II - Os pensionistas do regime de previdência gerenciado pela CAAPSMML; e
- III - Os ocupantes de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a administração pública do Município de Londrina.

Art. 12. Podem ser inscritos como Beneficiários dependentes diretos do titular, aqueles reconhecidamente dependentes na previdência do regime próprio, exceto, o menor que, por determinação judicial, esteja sob sua guarda, sem prejuízo ao cumprimento das carências previstas.

- I - O cônjuge ou companheiro(a);
- II - O(s) filho(s) de qualquer condição menor de vinte e um anos de idade ou inválido;
- III - O menor que, por determinação judicial, esteja sob sua guarda;
- IV - Os filhos solteiros, até vinte e quatro anos, onze meses e vinte e nove dias, com rendimentos nunca superiores a um salário mínimo nacional, enquanto estiver matriculado e ativo em curso de graduação em ensino superior, em instituição reconhecida pelo MEC;
- V - Os pais que cumulativamente cumprirem as seguintes condições:
 - a) Ser inválidos ou possuírem no mínimo sessenta e cinco anos de idade;
 - b) Não receberem e nem terem direito a aposentadoria, pensão ou qualquer rendimento superior a um salário mínimo;
 - c) Não possuir cônjuge ou companheiro que receba ou tenha direito à aposentadoria, pensão ou qualquer outro rendimento superior a um salário mínimo.
- VI - Os padrastos que preencherem as condições previstas nas alíneas “a” à “c” do inciso V deste artigo, em não havendo inscrição de pais.

§1º. A existência de dependentes enumerados nos incisos I a IV deste artigo e das pessoas a eles equiparadas, inscritos ou não no plano de assistência à saúde, exclui, automaticamente, do direito aos benefícios, os constantes do inciso IV e V.

§2º. O enteado ou o menor que esteja sob a tutela do Beneficiário titular, que não possuir bens ou rendas suficientes para o próprio sustento ou educação, será equiparado ao filho, desde que seja apresentada declaração escrita do contribuinte e comprovada a dependência econômica, reconhecidamente dependente na previdência do regime próprio, sem prejuízo ao cumprimento das carências previstas.

§3º. A invalidez de que trata o inciso I do caput deste artigo deverá ser reconhecida e comprovada até os 21 anos, e devidamente reconhecida junto ao Plano de Previdência.

§4º. A comprovação do estado civil de companheiro(a) e inscrição de pais e padrastos, para fins de determinação da dependência direta de que trata esta Resolução obedecerá a Lei Municipal n.º 11.348/2011 e Decreto Municipal n.º 233/2012 e respectivas alterações, cuja inclusão no Plano de Assistência à Saúde CAAPSMML ocorrerá após inscrição do mesmo junto ao Plano de Previdência.

Art. 13. Podem ainda ser inscritos como dependentes indiretos do Beneficiário titular:

- I - Os filhos solteiros ou a eles equiparados que perderam a condição de dependentes diretos;
- II - Os enteados solteiros que perderam a condição de dependentes diretos;
- III - Os pais ou padrastos do contribuinte que não preencherem os requisitos para sua inscrição como dependentes diretos;
- IV - O cônjuge ou companheiro(a) atual, quando o anterior estiver inscrito na qualidade de dependente direto, na condição de pensionista de alimentos;
- V - O sogro e a sogra do contratante.

Art. 14. É assegurada a inscrição de recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, com aproveitamento do período de carência cumprido pelo titular, desde que:

- I - A inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias consecutivos após o nascimento ou adoção;
- II - Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- III - Seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta Resolução;
- IV - seja paga a mensalidade do recém-nascido no vencimento.

Art. 15. É assegurada, também, a inscrição de filhos adotivos menores de 16 (dezesesseis) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com aproveitamento de carência já cumpridos, desde que:

- I - A inscrição seja efetuada em até 30 (trinta) dias consecutivos após a adoção;
- II - Seja apresentado o termo de formalização de adoção ou termo de guarda para fins de adoção;
- III - Seja paga a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

Art. 16. Para pensionistas do ex-Beneficiário são aplicáveis as seguintes regras:

- I - Existindo filhos e cônjuge do ex-Beneficiário como beneficiários da pensão, poderá o genitor supérstite efetuar individualmente o contrato, inscrevendo os demais na qualidade de seus dependentes;
- II - Havendo mais de uma união do ex- Beneficiário, a qual tenha resultado pensão ao ex-cônjuge e filhos, cada pensionista genitor poderá subscrever contrato individual, inscrevendo os respectivos pensionistas, na forma do inciso anterior;
- III - Não havendo genitor, o contrato será efetivado por quaisquer dos pensionistas, mediante subscrição de termo obrigacional por pessoa reconhecidamente responsável pelo pensionista.

Art. 17. As pessoas que percebem complemento de aposentadoria ou pensão, nos termos da Lei Municipal nº 11.348/2011, poderão participar do Plano de Saúde, mediante o pagamento da contribuição estipulada para titular e dependentes diretos.

Art. 18. No caso de ambos os cônjuges ou companheiros serem servidores municipais o contrato será celebrado individualmente ou pelo de maior renda.

SEÇÃO II DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Art. 19. O Beneficiário titular é obrigado a fornecer a relação dos Beneficiários dependentes a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, qualificação completa, condição de vinculação com o titular por meio de relatório emitido pela Diretoria de Previdência da CAAPSML, responsabilizando-se pela indicação de dependência e demais informações apresentadas.

§ 1º Para os dependentes diretos do segurado titular:

- I - Cônjuge: certidão de casamento no civil, documento de identidade e CPF;

II - Companheiro(a): a qualificação de companheiro(a) depende da comprovação da existência de união estável com o segurado(a), o que poderá ser feito por meio, no mínimo de cinco, dos seguintes documentos:

- a) documento de identidade;
- b) CPF;
- c) certidão de nascimento ou certidão de casamento com averbação de separação judicial ou divórcio quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados, ou do óbito, se for o caso;
- d) certidão de nascimento de filho havido em comum;
- e) declaração do imposto de renda do segurado(a) em que conste o companheiro(a) como seu dependente;
- f) declaração especial conjunta atualizada feita perante tabelião;
- g) prova do mesmo domicílio;
- h) prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- i) conta bancária conjunta;
- j) registro em associação de qualquer natureza, onde conste o companheiro(a) como dependente do segurado(a);
- k) apólice de seguro da qual conste o segurado(a) como instituidor do seguro e o companheiro(a) como seu beneficiário;
- l) ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado(a) como responsável;
- m) escritura de compra de imóvel pelo segurado(a) em nome do companheiro(a);
- n) certidão de casamento no religioso;
- o) qualquer outro elemento que possa levar à condição do fato a comprovar.

III - Filho de qualquer condição menor de vinte e um anos ou inválido:

- a) Certidão de nascimento;
- b) Documento de identidade (quando houver);
- c) CPF (quando houver).

IV - Enteadado:

- a) Certidão de nascimento do dependente;
- b) Certidão de casamento ou prova de união estável do segurado(a) com a mãe ou o pai do dependente.
- c) Prova de mesmo domicílio;
- d) Declaração escrita do segurado(a);
- e) Prova de dependência econômica, mediante a apresentação de extrato de Negativa de Benefício dos institutos de previdência e de Certidão do Distribuidor das Varas de Família de que não é credor de alimentos, ou com rendimentos não superior a um salário mínimo, e declaração escrita do segurado.

V - Menor sob guarda ou tutela:

- a) Certidão judicial que comprove essa condição;
- b) Certidão de nascimento do dependente;
- c) Prova de mesmo domicílio;

d) Prova de dependência econômica, mediante a apresentação de extrato de Negativa de Benefício dos institutos de previdência e de Certidão do Distribuidor das Varas de Família de que não é credor de alimentos, ou com rendimentos não superior a um salário mínimo, e declaração escrita do segurado.

VI - Para os pais ou padrastos:

- a) Certidão de nascimento do segurado(a);
- b) Certidão de casamento dos pais ou de um deles com o dependente, no caso de padrasto ou madrastra;
- c) Certidões negativas dos institutos de previdência, atestando que não recebem pensão ou aposentadoria, ou outro rendimento superior a um salário mínimo;
- d) Declaração escrita do segurado(a), atestando a inexistência de dependentes preferenciais e que os pais ou padrastos vivem às suas expensas;
- e) Declaração de três segurados do Plano de Seguridade Social, confirmando as condições referidas na alínea anterior;
- f) Declaração do Imposto de Renda do segurado(a), dos dois últimos anos, comprovando a dependência;
- g) Comprovação de que o cônjuge ou companheiro(a) não receba ou tenha direito a aposentadoria pensão ou rendimento de qualquer espécie superior a um salário mínimo.

Parágrafo Único. O Beneficiário titular poderá incluir ou excluir seus dependentes diretos ou indiretos a qualquer tempo.

Art. 20. O Beneficiário titular obriga-se a comunicar por escrito à CAAPSMML todo fato superveniente com as provas cabíveis que importe em inclusões e/ou exclusões de Beneficiários dependentes no Plano.

§1º As inclusões e/ou exclusões previstas no *caput* deste artigo serão efetivadas somente após o devido deferimento pelo PAS CAAPSMML.

§2º A exclusão de dependentes não desobriga ao pagamento das contribuições do mês em que ocorrer o pedido, até o dia 10 (dez) do mês em curso, ainda que o Beneficiário ou dependente não tenham utilizado os serviços do Plano.

§3º A exclusão por quaisquer motivos ~~qualquer tempo~~ não prejudicará o cálculo de perdas e danos.

Art. 21. A exclusão do Beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, diretos ou indiretos, se houver.

Art. 22. Será automaticamente excluído do contrato o usuário dependente que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição.

§1º A não comprovação da condição de filho dependente direto, prevista no art. 12, III, desta Resolução, no prazo de 30 (trinta) dias consecutivos, implicará na exclusão do Beneficiário do Plano, sem prejuízo da cobrança da diferença da contribuição entre dependente direto e indireto.

§2º A não comunicação da perda da qualidade de dependente implicará na exclusão do dependente do Plano, sem prejuízo da cobrança integral de todas as despesas realizadas, atualizadas monetariamente até a data do pagamento.

Art. 23. Para a inscrição de usuário titular e dependentes diretos e indiretos deverá ser preenchido o formulário de Entrevista Qualificada e/ou realizado o Exame Pericial Admissional pela auditoria médica do PAS.

Art. 24. O Beneficiário titular obriga-se a comunicar por escrito à CAAPSML todo fato superveniente com as provas cabíveis que importe a ele na condição de titular.

SEÇÃO III DO ACIDENTE DE TRABALHO

Art. 25. A assistência de que trata esta Resolução será prestada também ao servidor público municipal estatutário acidentado em serviço, independentemente de carência, ainda que este não tenha optado pelo Plano de Assistência à Saúde.

Art. 26. Os órgãos de lotação dos servidores municipais dos Poderes Executivo e Legislativo procederão ao encaminhamento do servidor para o atendimento necessário junto à CAAPSML, na forma prevista no Estatuto do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Cíveis do Município de Londrina e suas alterações.

Art. 27. Caberá ao órgão responsável pela saúde ocupacional dos servidores Municipais fazer a investigação e controle dos acidentes de trabalho.

§1º O nexo causal para os casos de doenças ocupacionais será determinado pela Diretoria de Saúde Ocupacional ou órgão correspondente do Poder Legislativo.

§2º As liberações de procedimentos, medicamentos e tratamentos serão autorizadas mediante avaliação prévia da auditoria médica da CAAPSML, nos limites do nexo causal manifestado pela Diretoria de Saúde Ocupacional.

Art. 28. A assistência de que trata esta Resolução será prestada somente para tratamento da lesão ou doença diretamente relacionada ao acidente em serviço, devidamente autorizada pela CAAPSML, em conformidade com as normativas do PAS CAAPSML.

Parágrafo único. Não serão cobertos pela assistência de que trata o *caput* deste artigo, os procedimentos para tratamento de acidentes pessoais decorrentes de embriaguez voluntária, negligência, imperícia ou imprudência do servidor bem como as hipóteses previstas no §4º, do art. 29 da Lei Municipal n.º 11.348/2011.

Art. 29. As assistências para os casos de acidente de trabalho em serviço com nexo causal estabelecido serão isentas de coparticipação.

Art. 30. A assistência médica, hospitalar, ambulatorial, odontológico, serviços complementares de diagnósticos, procedimentos terapêuticos e farmacêuticos serão prestados pela rede credenciada do PAS CAAPSML.

Art. 31. A CAAPSML assegurará o reembolso no limite dos valores praticado por ela, das despesas referentes à assistência médica, hospitalar, odontológica e medicamentos cobertos

pelo plano, efetuadas pelo acidentado em serviço, com assistência à saúde dentro do território nacional, em casos de urgência ou emergência e/ou quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados do PAS CAAPSML.

Parágrafo Único. O reembolso nos casos de inexistência de serviços próprios, contratados ou credenciados da CAAPSML só será efetuado mediante prévia autorização da CAAPSML.

Art. 32. A CAAPSML assegurará o reembolso de órteses e equipamentos necessários a reabilitação exceto internação e/ou atendimento domiciliar do acidentado em serviço, nos limites do nexo causal manifestado pela Diretoria de Saúde Ocupacional.

Art. 33. Nos casos de negativa de cobertura de tratamento questionadas pelo acidentado em serviço, os pedidos e requerimentos devem ser encaminhados à Diretoria de Saúde Ocupacional, sendo esta instância recursal.

Art. 34. Quando o atendimento ao Acidente de Trabalho for realizado através do benefício do PAS CAAPSML do acidentado até que seja reconhecido e estabelecido o nexo causal, este deverá solicitar estorno de possíveis coparticipações a que tenha sido submetido. Para tanto, deverá requerer junto ao PAS CAAPSML o reembolso de despesas:

- I - Através de requerimento de reembolso, informando o número da CAT/Nexo causal;
- II - Cópia dos boletos identificando as despesas relativas ao tratamento do Acidente de Trabalho;
- III - Nos casos de despesas com medicamento, seguir os tramites de reembolso com medicamento estabelecidos neste capítulo.

Art. 35. Nos casos de Acidente de Trabalho com nexo causal estabelecido, a CAAPSML assegurará o reembolso no limite dos valores praticado por ela, das despesas referentes à assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica cobertos pelo plano, efetuadas pelo acidentado em serviço, com assistência à saúde dentro do território nacional, quando não for possível a utilização da rede credenciada, resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSML.

Parágrafo Único. Excetua-se da cobertura de que trata o *caput* deste artigo o reembolso nos casos de acidente de trabalho a aquisição de qualquer material, equipamento e/ou serviço sem relação com os procedimentos cobertos no rol adotado pelo PAS CAAPSML.

Art. 36. O reembolso das despesas previstas neste capítulo não excederá, em qualquer hipótese, os valores e/ou percentagens e limites constantes das tabelas de preços adotadas pela CAAPSML e será realizado através de crédito na conta corrente do acidentado em serviço.

Art. 37. Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de *stent* farmacológico será remunerado até o valor da Ata de Registro de Preços vigente de *stent* nacional/convencional PAS CAAPSML.

§1º Na ausência de Ata de Registro de Preços vigente, utilizar-se-á o último preço registrado.

§2º Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro, nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

Art. 38. Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de órtese/prótese será remunerado até o teto do valor da Ata de Registro de Preço vigente de órtese/prótese nacional/convencional praticado pelo PAS CAAPSML. Na ausência de Ata de Registro de Preço vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado. Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro, nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

Art. 39. Nos casos de Acidente de Trabalho a CAAPSML, com nexos causal estabelecido, assegurará o reembolso da locação de equipamentos e órteses necessárias a reabilitação do acidentado em serviço, resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSML, quando indicada utilização pelo médico assistente de:

- I - Órteses (dispositivos médicos prescritos por um médico em caso de acidentes e promovem a recuperação);
- II - Muletas;
- III - Andador;
- IV - Cama tipo hospitalar simples/manual;
- V - Cadeira de rodas simples/manual;
- VI - Cadeira de banho;
- VII - Concentrador de oxigênio.

Art. 40. O reembolso das despesas relativas a Acidente de Trabalho, com nexos causal estabelecido, de assistência médica e hospitalar, odontológica, farmacêutica, e a locação de órteses e equipamentos descritos neste capítulo será efetuado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a apresentação de requerimento pelo acidentado em serviço, acompanhado dos seguintes documentos originais sendo de responsabilidade do mesmo a apresentação destes, sem qualquer vínculo ou condicionamento com documentos encaminhados à CAAPSML por terceiros, conforme o caso:

- I - Reembolso de consultas médicas:
 - a) Recibo ou Nota Fiscal individualizado de honorários médicos contendo CPF e CRM do profissional médico.
- II - Reembolso de atendimento hospitalar (cirúrgico e/ou internação):
 - a) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, justificativa e código de identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de permanência no hospital e alta;
 - b) Nota fiscal emitida pelo hospital;
 - c) Prontuário do atendimento realizado;
 - d) Detalhamento de consumo no período de internamento discriminando, materiais, medicamentos, serviços médicos, serviços hospitalares, diárias e taxas, contendo quantitativo e valor individualizado;
 - e) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- III - Reembolso de honorários médicos:
 - a) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, discriminando funções e o evento;
 - b) Na ocorrência de auxiliares discriminar funções e eventos a que se referem;

- c) Recibos individualizados de honorários dos médicos anesthesiologistas com relatório descritivo com a duração do ato anestésico;
 - d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- IV - Reembolso de eventos, exames e procedimentos ambulatoriais:
- a) Pedido do médico assistente contendo justificativa e o código de identificação do tratamento efetuado;
 - b) Comprovantes relativos aos eventos, serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, serviços auxiliares e serviços ambulatoriais;
 - c) Resultados dos referidos exames (laudo) e/ou eventos;
 - d) Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada procedimento que compõem o valor total da nota fiscal.
 - e) Na ocorrência de utilização de materiais, medicamentos e contrastes, cabe a necessidade de detalhamento da utilização, assim como quantificação e valor individualizado;
 - f) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- V - Reembolso de oxigenoterapia:
- a) Pedido e relatório emitido pelo médico assistente que solicita o tratamento, contendo diagnóstico e indicação do tratamento;
 - b) Exames que precederam o diagnóstico;
 - c) Nota fiscal que comprove a prestação do serviço;
 - d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- VI - Reembolso de próteses importadas:
- a) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, justificativa e código de identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de permanência no hospital e alta;
 - b) Nota fiscal emitida pelo fornecedor das órteses/próteses importadas;
 - c) Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de colocação do(s) material(ais), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;
 - d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- VII - Reembolso de medicamento da assistência farmacêutica:
- a) Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 180 (cento e oitenta) dias de validade no caso de medicamentos de uso continuado;
 - b) Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 30 (trinta) dias no caso de medicamentos de uso controlado/especiais;
 - c) Nota fiscal do medicamento adquirido compatível com a prescrição apresentada.
 - d) Nos casos de aprovação deste reembolso e compatíveis as notas fiscais com as receitas apresentadas, serão reembolsados 100% (cem por cento) do valor do medicamento constante em nota fiscal.
- VIII - Reembolso de locação de órteses, muletas, andador, cama tipo hospitalar simples/manual, cadeira de rodas simples/manual, cadeira de banho e concentrador de oxigênio:
- a) Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 60 (trinta) dias a contar da ocorrência do acidente incluindo tempo de utilização;
 - b) Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada item locado que compõem o valor total da nota fiscal.

Art. 41. O acidentado em serviço perderá o direito ao reembolso decorridos 60 (sessenta) dias da data do reconhecimento do nexo causal ou do término do mesmo, o que ocorrer antes.

CAPÍTULO IV DOS BENEFÍCIOS

SEÇÃO I DA COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 42. O Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML assegura, aos beneficiários regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial LIMITADOS ao Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML, às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede credenciada, observado os serviços não cobertos e as carências e coberturas parciais temporárias estabelecidas.

I - Consultas médicas, de livre escolha, dentre os profissionais credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e/ou especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Consulta pré-natal pediátrica, sendo 01 (uma) por gestação;

III - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, fisioterapias, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive cirúrgicos, constantes no Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML, e solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente Hospitalar, desde que não se caracterize como internação, entendido como período superior a 12 horas de permanência hospitalar.

IV - Cobertura de psicoterapia (com profissional psicólogo) de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML.

V - Cobertura de consultas e sessões com nutricionista e fonoaudiólogo de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML.

VI - Medicamentos de uso ambulatorial, mediante autorização da auditoria médica.

VII - Cobertura ambulatorial para hemodiálise e diálise peritoneal, hemodinâmica, quimioterapia oncológica, radioterapia, hemoterapia, e cirurgia oftalmológicas.

SEÇÃO II DA COBERTURA HOSPITALAR

Art. 43. O Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML assegura, aos beneficiários regularmente inscritos, o internamento hospitalar, conforme Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML, para os casos de doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede credenciada,

observado os serviços não cobertos e as carências e coberturas parciais temporárias estabelecidas.

Art. 44. A cobertura a Assistência Médica Hospitalar aos beneficiários do PAS CAAPSML, desde que autorizada pela auditoria médica, compreende:

I - Diárias hospitalares para tratamento clínico-cirúrgico, em quarto coletivo com no máximo 2 (dois) leitos com banheiro, classe "enfermaria", sem limites de prazos, valores e/ou quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e aprovado pela auditoria médica do PAS CAAPSML;

II - Serviços de enfermagem durante a internação, desde que conste em tabela adotada pela CAAPSML;

III - Honorários médicos (inclusive os de anestesiologia) através de médicos e/ou prestadores credenciados;

IV - Salas de cirurgia e parto;

V - Taxas relacionadas aos procedimentos médicos, incluindo materiais utilizados, desde que com cobertura prevista pelo PAS CAAPSML, exceto os de caráter particular e/ou não autorizado;

VI - Medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e/ou radioterapia, conforme prescrição médica, realizados ou ministrados durante a internação, e desde que cobertos pelo PAS CAAPSML, exceto os de caráter particular e/ou não autorizado;

VII - Exames diagnósticos e tratamentos curativos de doenças que tenham motivado a internação, que sejam indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

VIII - Berçário normal e patológico;

IX - Unidade de terapia intensiva ou similar, desde que devidamente justificadas através de relatório médico;

X - Nutrição parenteral, enteral e suplemento alimentar (quando não incluso na diária hospitalar), desde que devidamente justificados através de relatório médico;

XI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital ao beneficiário internado, durante o período de internação;

XII - Acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital a acompanhante do beneficiário internado com idade inferior a 18 (dezoito) anos ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

XIII - Acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital a acompanhante do beneficiário internado gestante (durante o trabalho de parto e pós-parto imediato) por período igual ou superior a 48 (quarenta e oito horas) podendo se estender no máximo em até 10 (dez) dias consecutivos;

XIV - Órteses/próteses nacionais/convencionais necessárias a cirurgias;

XV - Materiais descartáveis;

XVI - Remoção do paciente durante o período de internação, realizada por meio de veículo adequado (inclusive UTI móvel, quando necessário), de uma unidade hospitalar para outra, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos nesta Resolução, para realização de

exames e/ou procedimentos não disponíveis no hospital onde o Beneficiário estiver internado, após prévia autorização do PAS CAAPSML.

XVII - Cobertura de remoção móvel para pacientes internados, quando da alta médica, com a devida justificativa da necessidade deste tipo de transporte e após prévia autorização do PAS CAAPSML.

Parágrafo Único. Será garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior àquele constante no inciso I deste artigo, sem ônus adicional, somente quando não houver disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo PAS CAAPSML.

Art. 45. Obstetrícia, nos limites estabelecidos nesta Resolução, observados a área de abrangência estabelecida pelo PAS CAAPSML, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pelo PAS CAAPSML, respeitando as carências estabelecidas, bem como as especificações abaixo:

I - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias consecutivos após o parto. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CAAPSML quanto ao atendimento;

II - A continuidade da cobertura do atendimento após o 30º (trigésimo) dia consecutivo ao parto, para aproveitamento do período de carência cumprido pelo Beneficiário, só será devida após observada as condições contidas no art. 14, desta Resolução.

Parágrafo Único. Nos casos de internação hospitalar, os exames e terapias complementares solicitados pelo médico assistente estarão sujeitos aos limites de cobertura e demais condições previstas nesta Resolução, mediante avaliação da auditoria médica da CAAPSML.

SEÇÃO III DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Art. 46. O Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML assegura, aos beneficiários regularmente inscritos, o internamento hospitalar psiquiátrico, conforme Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, para os casos de doenças psiquiátricas relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede credenciada, observado os serviços não cobertos e as carências e coberturas parciais temporárias estabelecidas.

Art. 47. O custeio de 30 (trinta) dias de internação exclusivamente dentro de sua rede credenciada, a cada 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativo, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise, com direito a 01 (um) acompanhante, desde que restar devidamente comprovada a necessidade de acompanhamento familiar e mediante prévia autorização da auditoria médica.

Art. 48. Cobertura das despesas de diária de acompanhante para os casos de internação psiquiátrica, desde que restar devidamente comprovada a necessidade de acompanhamento familiar e mediante prévia autorização da auditoria médica do PAS CAAPSML.

Parágrafo Único. Nos casos de internação hospitalar psiquiátrico, os exames e terapias complementares solicitados pelo médico assistente estarão sujeitos aos limites de cobertura e demais condições previstas nesta Resolução, mediante avaliação da auditoria médica da CAAPSML.

SEÇÃO IV DAS COBERTURAS ESPECÍFICAS

Art. 49. Tratamento “Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica (de pontos motores), por membros ou segmento corporal”, Código 20103140, aos Beneficiários portadores de doenças neurológicas caracterizadas por quadros de espasmo facial, distonia e espasticidade, provocadas por contrações musculares exageradas, mediante apresentação de laudo emitido pelo médico assistente.

Art. 50. Lente Intraocular (L.I.O.) nacional de menor valor.

Art. 51. Cobertura para transplantes de córnea e rins, bem como despesas com doadores vivos e acompanhamento clínico no pós operatório imediato e mediato, excetuando-se os medicamentos de manutenção e observado que os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos dentro da área de abrangência do PAS CAAPSML, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.

Art. 52. Vasectomia, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prévia autorização da auditoria médica.

Art. 53. Laqueadura, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prévia autorização da auditoria médica.

Art. 54. Cirurgia de Gastroplastia convencional “a céu aberto” ou por videolaparoscopia, desde que atendam todas as condições das alíneas “a” à “g” cumuladas com as alíneas “h” ou “i”:

- I - Pacientes com idade entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 02 (dois) anos e obesidade mórbida instalada há mais de 05 (cinco) anos;
- II - Cumprimento de carência de 730 (setecentos e trinta) dias;
- III - Apresentação de solicitação justificada do médico assistente, nos termos da Resolução CFM n.º 1942, de 05 de fevereiro de 2010;
- IV - Tratar-se de obesidade estável há, pelo menos, 05 (cinco) anos, com a comprovação 02 (dois) anos de tratamento clínico prévio, e ter insucesso ou recidiva de peso através de dados colhidos na própria clínica;
- V - Apresentação de laudo de avaliação psicológica, nutricional e pré-operatória;

VI - Apresentação de Termo de Ciência acerca dos riscos cirúrgicos e pós cirúrgicos assinados pelo paciente e familiares;

VII - Aprovação da auditoria médica da CAAPSM;

VIII - Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 40 (quarenta), com ou sem comorbidades;

IX - Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m² com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras.

Art. 55. Cobertura de 50% (cinquenta por cento) para cirurgias plásticas reparadoras em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou pós cirurgias bariátricas (após cirurgia de redução de estômago) podendo executar:

I - Dermolipectomia abdominal em casos de pacientes que apresentem abdômen em avental, decorrente de grande perda ponderal, e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc., mediante prévia autorização da auditoria médica da CAAPSM.

II - Dermolipectomia Braquial ou Dermolipectomia Crural, decorrente de grande perda ponderal, e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc., mediante prévia autorização da auditoria médica da CAAPSM.

III - Mamoplastia ou Ginecomastia para correção da mama, decorrente de grande perda ponderal, e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc., mediante prévia autorização da auditoria médica da CAAPSM.

Art. 56. As demais cirurgias decorrentes da gastroplastia não previstas nesta Resolução não serão custeadas pelo Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSM.

Art. 57. Cirurgias plásticas reconstrutivas de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral, desde que previamente autorizado pela auditoria médica do PAS CAAPSM.

Art. 58. Cirurgia Refrativa - PRK ou LASIK, em pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos 01 (um) dos seguintes critérios:

I - miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

II - hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Art. 59. Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia, limitado ao número de 01 (uma) aplicação por olho no período de 30 (trinta) dias, estabelecidos no item 2.20 da Tabela 02 – Coberturas Específicas – Ambulatorial, com medicamento com registro e aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e liberado para os seguintes casos:

I - Degeneração macular relacionada à idade;

- II - Retinopatia diabética;
- III - Oclusões venosas oculares;
- IV - Glaucoma neovascular.

Art. 60. Polissonografia, nas hipóteses de real necessidade, conforme avaliação e mediante autorização da auditoria médica do PAS CAAPSML.

Art. 61. Oxigenioterapia domiciliar através de sistema de reembolso, nos termos do art. 122 inciso XIII.

Art. 62. O PAS CAAPSML responsabiliza-se pela cobertura e fornecimento de *stent* convencional mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML, estando o *stent* farmacológico excluído das coberturas do plano conforme previsto nesta resolução. Nos casos onde o beneficiário (apesar da exclusão de cobertura pelo PAS CAAPSML), escolher pela utilização de *stent* farmacológico, este poderá protocolar pedido de reembolso, desde que atendido todos os critérios preestabelecidos.

Parágrafo Único. Na existência de qualquer modalidade legal de aquisição pelo PAS CAAPSML do material pretendido, havendo a qualquer tempo liberação e ordem de fornecimento do material para realização do procedimento, e, na ocorrência de negativa e/ou indeferimento de justificativa técnica prevista na alínea “c”, inciso I do artigo 91 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

Art. 63. O PAS CAAPSML exclui de sua cobertura órteses/próteses importados com ou sem registro na ANVISA, exceto nos casos onde inexistir material correspondente ou similar para mesma finalidade, podendo o PAS CAAPSML adquiri-lo através de processo licitatório, desde que possua registro na ANVISA, autorização de comercialização no território nacional brasileiro, indicação de utilização para o caso concreto, possua avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML e atenda a legislação de licitações vigente.

Parágrafo Único. Na existência de qualquer modalidade legal de aquisição pelo PAS CAAPSML do material pretendido, havendo a qualquer tempo liberação e ordem de fornecimento do material para realização do procedimento, e, na ocorrência de negativa e/ou indeferimento de justificativa técnica prevista na alínea “c”, inciso I do artigo 91 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

Art. 64. O PAS CAAPSML responsabiliza-se pela cobertura e fornecimento de órteses/próteses nacionais/convencionais mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML, estando as órteses/próteses importados excluídos das coberturas do plano conforme previsto nesta resolução. Nos casos onde o beneficiário (apesar da exclusão de cobertura pelo PAS CAAPSML), escolher pela utilização de órteses/próteses importados, este poderá protocolar pedido de reembolso, desde que atendido todos os critérios preestabelecidos.

Parágrafo Único. Na existência de qualquer modalidade legal de aquisição pelo PAS CAAPSML do material pretendido, havendo a qualquer tempo liberação e ordem de fornecimento do material para realização do procedimento, e, na ocorrência de negativa e/ou

indeferimento de justificativa técnica prevista na alínea “c”, inciso I do artigo 91 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

Art. 65. A prestação dos serviços relativos à assistência médica, ambulatorial e hospitalar 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.

Parágrafo Único. Ficam também sujeitos à coparticipação todos os materiais e medicamentos complementares utilizados em exames e procedimentos ambulatoriais.

Art. 66. Os procedimentos necessários e justificados através de relatório médico, resultantes do atendimento de emergência, realizados em pronto socorro hospitalar, após cumprida a carência de 24 (vinte e quatro) horas, serão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSML, exceto internação e demais eventos até que sejam cumpridas todas as carências.

Parágrafo Único. Caso o atendimento de urgência/emergência resulte em internação e o beneficiário se encontrar em carência para internação, será realizada a remoção para o Sistema Único de Saúde – SUS, dentro dos limites territoriais da cidade de Londrina – PR, após regulação da vaga pela unidade hospitalar.

SEÇÃO IV DA REMOÇÃO PARA O SUS

Art. 67. Após o atendimento de urgência/emergência, quando o beneficiário em acordo de cobertura parcial temporária necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia/complexidade e/ou procedimentos de baixa e média complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, comprovada necessidade, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do PAS CAAPSML, para atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 68. Após o atendimento de urgência/emergência, no caso de beneficiário que ainda está cumprindo carência para internação, comprovada necessidade, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do PAS CAAPSML, para atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 69. Após o atendimento de urgência/emergência, no caso de necessidade de assistência médica hospitalar para parto a termo quando a beneficiária ainda está cumprindo carência para tal procedimento, comprovada necessidade, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do PAS CAAPSML, para atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

SEÇÃO V DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 70. Compreendem os benefícios de assistência odontológica os seguintes serviços, prazos de carência e limites de cobertura:

- I - Exames clínico e exames clínicos pediátricos;
- II - Atendimento de Emergência, exceto procedimentos decorrentes;
- III - Atendimento de Emergência pediátrico, exceto procedimentos decorrentes;
- IV - Profilaxia, profilaxia pediátrica (com flúor), profilaxia pediátrica (com selante);
- V - Dentística e dentística pediátrica;
- VI - Exodontia pediátrica simples, exodontia de raiz residual;
- VII - Periapical ou Inter proximal, Periapical ou Inter proximal pediátrico e Intra oral filme oclusal
- VIII - Perícia Inicial e Perícia Final

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

Art. 71. 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.

SEÇÃO VI DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 72. 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.

§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.

§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, considerar-se-á o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, devendo ao final destes prazos o Beneficiário apresentar novo receituário médico.

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

- I - Produtos cosméticos;
- II - Produtos de uso estético;
- III - Produtos de higiene pessoal;
- IV - Produtos de assepsia de lentes de contato;
- V - Produtos para obesidade tratamento e/ou combate à obesidade;
- VI - Produtos para o tratamento de infertilidade e/ou impotência;

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

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

Art. 73. O subsídio de 10% (dez por cento) de que trata o artigo anterior será concedido sob o valor constante da Nota Fiscal de vendas emitida por estabelecimentos oficiais, tendo como teto o valor de venda ao consumidor constante da tabela de preços de medicamentos publicados em revistas especializadas.

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

CAPÍTULO V DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

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

- I - qualquer procedimento que não conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde adotado pelo PAS CAAPSML;
- II - qualquer acomodação divergente ou superior a estabelecida nesta resolução;
- III - tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, conforme definidos pelo Conselho Federal de Medicina ou assim entendidos aqueles pelo emprego de medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas, não regularizadas no país ou aqueles cujas indicações não constem na bula/manual registrado na ANVISA.
- IV - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;
- V - cirurgias para mudança de sexo;
- VI - Inseminação artificial em qualquer técnica para este fim;
- VII - procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins exclusivamente estéticos, incluindo:
 - a) fornecimento de órteses e próteses;
 - b) tratamento de rejuvenescimento;
 - c) tratamento de emagrecimento;
 - d) complicações decorrentes de tais procedimentos, clínicos ou cirúrgicos;
 - e) exames pré procedimentos, clínicos ou cirúrgicos;
 - f) exames pós procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.
- VIII - atendimento nos casos de cataclismo, comoções internas, calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- IX - consultas, exames e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- X - fornecimento de medicamentos de uso domiciliar;

- XI - medicamentos, materiais e órteses/próteses importados com ou sem registro na ANVISA;
- XII - transplantes de qualquer modalidade, exceto os de córneas e rim;
- XIII - despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante, de viagem ou outras que excederem o limite e condições do Plano contratado;
- XIV - acolhimento de idosos em clínicas de repouso;
- XV - fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses e órteses, de uso interno ou externo, de quaisquer natureza ligados ou não ao ato cirúrgico;
- XVI - aluguel de equipamentos hospitalares e similares, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XVII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XVIII - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XIX - consultas e procedimentos de medicina ocupacional;
- XX - consultas, procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- XXI - consultas e exames admissionais e demissionais;
- XXII - procedimentos relacionados à contracepção e/ou suas complicações; ([Redação dada pela Errata de 08 de julho de 2020](#))
- XXIII - tratamentos e exames de esterilidade; ([Redação dada pela Errata de 08 de julho de 2020](#))
- XXIV - stent farmacológico;
- XXV - banda gástrica;
- XXVI - medicina ortomolecular;
- XXVII - medicina esportiva;
- XXVIII - medicina do trabalho;
- XXIX - mesoterapia e massagens em geral;
- XXX - internação para investigação diagnóstica;
- XXXI - uvulopalatofaringoplastia (cirurgia do ronco);
- XXXII - prótese peniana;
- XXXIII - doenças ou lesões preexistentes, observada a carência de que trata esta Resolução;
- XXXIV - remoção e/ou traslado por via aérea;
- XXXV - procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida nesta Resolução;
- XXXVI - exames complementares em desconformidade com a especialidade do médico requisitante;
- XXXVII - prótese dentária;
- XXXVIII - periodontia;
- XXXIX - ortodontia;
- XL - Endodontia;

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

CAPÍTULO VI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 75. Para ter acesso a qualquer atendimento aos benefícios de que trata esta Resolução, o Beneficiário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação, fornecido pelo Plano de Assistência à Saúde, acompanhado de um documento de identificação com foto, assinatura semelhante ao documento apresentado, na execução do atendimento. Quando houver necessidade de assinatura por terceiro (pais de menor ou acompanhante de idoso, por exemplo) incluir número de documento oficial junto a assinatura.

Art. 76. Será disponibilizado ao Beneficiário, através do site <http://caapsml.londrina.pr.gov.br/>, a relação de seus prestadores credenciados, dentistas, médicos, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

Art. 77. O Órgão Gerenciador do Plano de Assistência à Saúde assegurará aos Beneficiários titulares, dependentes diretos e indiretos os serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e auxiliares de diagnóstico e terapia previstos nesta Resolução e nos termos abaixo especificados:

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

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

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

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

Art. 89. Em caso de faltas imotivadas do Beneficiário nos serviços médicos, previamente agendados no ambulatório da CAAPSML, será cobrada a importância equivalente à coparticipação em consulta médica na rede credenciada a cada descumprimento.

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

Art. 79. Não serão emitidas novas Guia/Empenho de consulta médica para o mesmo profissional em intervalo de tempo igual ou inferior a 20 (vinte) dias, excetuando-se as patologias não decorrentes da autorização anterior.

Art. 80. A Guia/Empenho de consulta, bem como as autorizações de exames complementares e terapias, terão validade por 60 (sessenta) dias, não podendo ser utilizadas após este prazo.

Art. 81. O não cancelamento ou a não-utilização da Guia/Empenho de exames e consultas, sem a respectiva devolução da mesma ao Órgão Gerenciador do Plano no prazo estabelecido no artigo anterior, acarretará ao Beneficiário a coparticipação nos serviços autorizados.

Art. 82. O tratamento de fisioterapia somente será autorizado mediante encaminhamento do médico assistente, com solicitação médica emitida em no máximo 90 (noventa) dias antes da emissão da autorização.

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

Art. 83. O tratamento de fisioterapia prestado no Ambulatório de Fisioterapia da CAAPSMML, será isento de coparticipação, até o limite de 10 (dez) sessões/mês, devendo a partir da 11ª (décima primeira) sessão ser cobrada a coparticipação de 40% (quarenta por cento) do Beneficiário, relativo ao valor das sessões.

Art. 84. Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de psicologia, fonoaudiologia, o fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício do tratamento, com intervalo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, para o mesmo profissional.

Art. 85. Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de acupuntura e nutrição, o fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício do tratamento, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias para o mesmo profissional.

Art. 86. Os atendimentos de urgência e emergência em pronto socorro hospitalar, que resultem em internação do paciente para tratamento clínico ou cirúrgico, estão isentos da coparticipação de que trata o Anexo II – Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução.

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

Art. 87. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a

autorização do PAS CAAPSML, sob pena do Plano não se responsabilizar por qualquer despesa decorrente desta internação.

Art. 88. Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização do PAS CAAPSML deverão ser feitas em formulário específico disponibilizado pela CAAPSML e/ou similar no padrão TISS, contendo dados do Beneficiário, descrição dos exames e sua indicação clínica.

Parágrafo Único. Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o Beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados art. 76 desta Resolução, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pelo PAS CAAPSML.

Art. 89. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o Beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a CAAPSML, munido de cartão de identificação do plano, documento de identificação com foto e formulário com a solicitação do procedimento.

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

Art. 90. Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, serão observados:

I - Para as cirurgias de urgência e eletiva:

- a) a liberação do pedido dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde, após deferimento do uso pela auditoria médica, conforme itens com preços registrados em Atas de Registros de Preços firmados pela CAAPSML;
- b) O documento com os itens liberados por Ata de RP será entregue ao Beneficiário juntamente com a guia de internação;
- c) Não havendo aceitação pelo profissional requisitante do material liberado pela CAAPSML, este deverá realizar justificativa técnica da desaprovação do material liberado e comparativo indicando a divergência entre o material liberado e o solicitado.

II - Para as cirurgias de emergência:

- a) A liberação dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde, após deferimento do uso pela auditoria médica, conforme itens com preços registrados em Atas de Registros de Preços firmados pela CAAPSML;
- b) Não havendo itens com preços registrados pela CAAPSML, os encaminhamentos serão realizados conforme legislação vigente.

Art. 91. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da Solicitação de Atendimento Hospitalar, a CAAPSML poderá solicitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

Art. 92. Os limites de utilização por Beneficiário não serão cumulativos nem intercambiáveis.

Art. 93. A CAAPSML não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer benefícios utilizados fora da forma prevista nesta Resolução.

CAPÍTULO VII DA CARÊNCIA

Art. 94. O cumprimento das carências se dará no dia seguinte aos prazos estabelecidos no Anexo II, cuja contagem se iniciará na data da assinatura do contrato, efetivada após o pagamento da primeira mensalidade, integral ou proporcional.

Art. 95. Período de carência é o número mínimo dias constante do Anexo II – Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução, relativo a cada modalidade de assistência, indispensáveis para que os Beneficiários e seus dependentes façam jus às prestações do Plano de Assistência à Saúde.

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

Art. 96. A carência de que trata o artigo anterior será aproveitada para as hipóteses previstas nos arts. 14 e 15, desta Resolução.

Art. 97. Não observância das condições para inclusão de filhos sejam recém-nascidos ou não, naturais ou adotivos, previstas nesta Resolução, acarretará a necessidade de cumprimento integral, a partir da inscrição, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos.

Art. 98. Os dependentes de que tratam os arts. 12 e 13, desta Resolução, estarão sujeitos ao cumprimento da carência estabelecida neste artigo, para o gozo dos serviços oferecidos.

Art. 99. As carências cumpridas pelo Beneficiário e seus dependentes em outros planos de saúde, desde que ininterruptas, assim entendidas a permanência por pelo menos 02 (dois) anos no plano de origem ou por pelo menos 03 (três) anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos 01 (um) ano, a partir da segunda portabilidade poderão ser aproveitadas para o cumprimento das estabelecidas nesta Resolução, adotando-se os seguintes critérios:

- I - para os procedimentos cobertos por ambos os planos prevalecerá a carência do Plano CAAPSMML quando da utilização dos serviços previstos nesta Resolução;
- II - no caso de procedimentos não cobertos por outros planos e oferecidos pela CAAPSMML prevalecerá a carência prevista nesta Resolução, aplicando-se o disposto no art. 20, deste regulamento.

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

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

Art. 100. Para efeitos de aproveitamento de carências, os contratos restabelecidos na forma do art. 8º desta Resolução serão considerados ininterruptos.

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

Art. 101. Fica vedado o adiantamento de contribuições para efeito do cômputo da carência exigida para a concessão dos benefícios.

Art. 102. Caso ocorra uma urgência ou emergência durante o período de carência parcial temporária (CPT), haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da liberação de utilização do plano, somente para as primeiras 12 (doze) horas em pronto socorro, estando, portanto, excluídas, entre outras, a internação e todos os procedimentos cirúrgicos, procedimentos e/ou exames de baixa, média e alta complexidade e leitos de baixa, média e alta tecnologia.

CAPÍTULO VIII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 103. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas por meio do Exame Pericial de Admissão no Plano ou informação do paciente no formulário da entrevista qualificada.

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

Art. 104. No momento da adesão contratual, o beneficiário ou seu representante legal deverá preencher a Entrevista Qualificada informando à CAAPSML doença ou lesão preexistente, previamente à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a rescisão do contrato.

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

Art. 105. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração do Beneficiário a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CAAPSML oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos termos do art. 3º, IX, desta Resolução.

Parágrafo Único. Findo o prazo de 730 (setecentos e trinta) dias da contratação do plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, nos termos das coberturas previstas nesta Resolução.

Art. 106. Os atendimentos decorrentes das modalidades abaixo estão sujeitos aos períodos de carências a seguir:

- I - Doenças ou Lesões Preexistentes: 730 (setecentos e trinta dias);
- II - A.I.D.S e Doenças crônicas: 730 (setecentos e trinta dias).

CAPÍTULO IX DA CONTRIBUIÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES

SEÇÃO I DA CONTRIBUIÇÃO

Art. 107. Fica o Beneficiário obrigado ao pagamento, por Beneficiário, dos valores referentes à contribuição conforme faixa etária, a seguir discriminada, bem como os valores relativos à coparticipação, constante no ANEXO II – DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, e demais referências elencadas nos artigos desta Resolução.

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

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

Art. 108. Os valores das contribuições correspondem aos preços constantes do ANEXO I – VALORES DAS CONTRIBUIÇÕES, desta Resolução.

Art. 109. Os valores das contribuições são fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços e limites colocados à disposição dos Beneficiários, a

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

SEÇÃO II

DO TETO DE CONTRIBUIÇÃO

Art. 110. Em conformidade com o artigo 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011, fica estabelecido o teto de 20% (vinte por cento) sobre os vencimentos mensais do segurado, para a soma das contribuições do titular e de seus dependentes diretos.

§ 1º Não serão computadas, para efeito do teto de que trata este artigo, as contribuições relativas aos dependentes indiretos e dos servidores comissionados, em licença sem remuneração e de seus dependentes diretos e indiretos.

§ 2º O valor mínimo de contribuição, por contrato, não poderá ser inferior ao valor individual estabelecido para o contribuinte titular.

Art. 111. No caso de acumulação de cargos permitida em lei, o teto de contribuição para o Plano de Saúde incidirá sobre o de maior vencimento.

Art. 112. O disposto no artigo anterior aplica-se ao servidor aposentado que vier a ser nomeado para atividades remuneradas na Administração Direta, Indireta, Autárquica e Fundacional dos poderes do Município.

Art. 113. Consideram-se vencimentos, para os efeitos do disposto no art. 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011:

- I - para os Beneficiários ativos: as importâncias pagas ou devidas ao Beneficiário, a título remuneratório, compreendendo o vencimento básico, as gratificações de função, os adicionais por tempo de serviço, até o limite máximo da remuneração fixado em lei;
- II - para os Beneficiários inativos: os proventos de aposentadoria, até o limite máximo de remuneração fixado em lei;
- III - para os Beneficiários de que trata o art.17 desta Resolução: o valor do benefício resultante da equação proventos ou pensão INSS + Complementação da CAAPSML;
- IV - Para os pensionistas: o valor da pensão.

Art. 114. Para efeito do disposto no art. 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011, no caso de afastamento de servidor para o exercício de mandato eletivo ou por licença previstas no Estatuto dos servidores, os valores dos vencimentos mensais serão determinados como se este estivesse em exercício do cargo efetivo.

Art. 115. Nos casos de pensionistas ocupantes de cargo de provimento efetivo ou em comissão no Município o teto de contribuição incidirá sobre o maior valor percebido (vencimentos ou pensão).

Art. 116. Considerar-se-á, para efeito do teto de contribuição, a soma da cota parte da pensão de cada um dos inscritos no contrato.

SEÇÃO III DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Art. 117. Os valores correspondentes à contribuição ao Plano de Assistência à Saúde, do titular e seus dependentes diretos e indiretos, bem com as despesas de assistência médica, hospitalar, odontológica deverão ser quitadas pelo contribuinte até o décimo dia do mês subsequente à utilização ou do faturamento.

Art. 118. As despesas dos servidores do Poder Legislativo serão recolhidas pela Câmara Municipal de Londrina ao Órgão Gerenciador do Plano até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês em curso.

Art. 119. Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades e/ou despesas serão cobrados juros de mora de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

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

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

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

Art. 120. O atraso no pagamento das mensalidades e/ou despesas por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos implicará na suspensão total dos atendimentos, até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior.

Art. 121. Será rescindido o contrato caso ocorra atraso no pagamento de qualquer importância relativa à contribuição, coparticipação, parcelamento ou assistência oferecida pelo Plano por 90 (noventa) dias consecutivos, contados a partir do primeiro dia posterior ao prazo concedido para pagamento, sem prejuízo do direito do Órgão Gerenciador do Plano de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Art. 122. Os valores a serem cobrados para os pagamentos nas participações das despesas, no caso da coparticipação, serão calculados sobre os valores faturados contra o Plano de Assistência à Saúde.

SEÇÃO IV DO PARCELAMENTO

Art. 123. As despesas com a assistência médica e odontológica previstas nesta Resolução dos beneficiários com o contrato do Plano de Assistência à Saúde vigente poderão ser divididas em até 12 (doze) parcelas mensais, com juros de 1% (um por cento) ao mês (calculado pela tabela “price”), não podendo a parcela ser inferior a 10% (dez por cento) dos vencimentos do Beneficiário.

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

Art. 124. As contribuições do Plano de Assistência à Saúde do titular e de seus dependentes, diretos e/ou indiretos, bem como as despesas com assistência farmacêutica remanescente não serão parceladas.

Art. 125. Fica vedado novo parcelamento ao Beneficiário enquanto não regularizar o parcelamento anterior.

Art. 126. Os créditos cobrados judicialmente ou protestados sofrerão correção monetária, multa e juros conforme art. 132 da Lei Municipal nº 11.348/2011, cujo número de parcelas será limitado em 24 (vinte e quatro) vezes, não observando o art. 124 desta Resolução.

SEÇÃO V DO REEMBOLSO

Art. 127. A CAAPSML assegurará o reembolso no limite dos valores praticados por ela, das despesas referentes à assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica cobertos pelo plano, efetuadas pelo Beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos, com assistência à saúde dentro do território nacional, quando não for possível a utilização da rede credenciada, resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSML.

Art. 128. O reembolso das despesas previstas neste capítulo não excederá, em qualquer hipótese, os valores e/ou percentagens e limites constantes das tabelas de preços adotadas pela CAAPSML e será realizado através de crédito na conta corrente do Beneficiário.

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

Art. 129. Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de *stent* farmacológico será remunerado até o teto do valor da Ata de Registro de Preços vigente de *stent* nacional/convencional praticado pelo PAS CAAPSML.

§1º Na ausência de Ata de Registro de Preços vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado.

§2º Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro, nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

Art. 130. Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de órtese/prótese será remunerado até o teto do valor da Ata de Registro de Preços vigente de órtese/prótese nacional/convencional praticado pelo PAS CAAPSML.

§1º Na ausência de Ata de Registro de Preços vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado.

§2º Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro, nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

Art. 131. O reembolso das despesas relativas aos benefícios de assistência médica e hospitalar, odontológica e farmacêutica será efetuado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a apresentação de requerimento do Titular do Plano, acompanhado dos seguintes documentos originais, sendo se responsabilidade do beneficiário titular a apresentação destes, sem qualquer vínculo ou condicionamento com documentos encaminhados à CAAPSML por terceiros, conforme o caso:

I - Reembolso de consultas médicas:

a) Recibo ou Nota Fiscal individualizado de honorários médicos contendo CPF e CRM do profissional médico.

II - Reembolso de atendimento hospitalar (cirúrgico e/ou internação):

a) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de identificação do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), data do atendimento, tempo de permanência no hospital e alta;

b) Nota fiscal emitida pelo hospital;

c) Prontuário do atendimento realizado;

d) Detalhamento de consumo no período de internamento discriminando, materiais, medicamentos, serviços médicos, serviços hospitalares, diárias e taxas, contendo quantitativo e valor individualizado;

e) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

III - Reembolso de honorários médicos:

a) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, discriminando funções e o evento;

b) Na ocorrência de auxiliares discriminar funções e eventos a que se referem;

c) Recibos individualizados de honorários dos médicos anesthesiologistas com relatório descritivo com a duração do ato anestésico;

d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

IV - Reembolso de eventos, exames e procedimentos ambulatoriais:

a) Pedido do médico assistente contendo o código de identificação do tratamento efetuado;

- b) Comprovantes relativos aos eventos, serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, serviços auxiliares e serviços ambulatoriais;
 - c) Resultados dos referidos exames (laudo) e/ou eventos;
 - d) Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada procedimento que compõem o valor total da nota fiscal.
 - e) Na ocorrência de utilização de materiais, medicamentos e contrastes, cabe a necessidade de detalhamento da utilização, assim como quantificação e valor individualizado;
 - f) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- V - Reembolso de oxigenoterapia:
- a) Pedido e relatório emitido pelo médico assistente que solicita o tratamento, contendo diagnóstico e indicação do tratamento;
 - b) Exames que precederam o diagnóstico;
 - c) Nota fiscal que comprove a prestação do serviço;
 - d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- VI - Reembolso de *stent farmacológico*:
- a) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de identificação do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), data do atendimento, tempo de permanência no hospital e alta;
 - b) Nota fiscal emitida pelo fornecedor do *stent farmacológico*;
 - c) Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de colocação do(s) *stent(s)*, incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;
 - d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- VII - Reembolso de órteses/próteses importados:
- a) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de identificação do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), data do atendimento, tempo de permanência no hospital e alta;
 - b) Nota fiscal emitida pelo fornecedor das órteses/próteses importadas;
 - c) Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de colocação do(s) material(ais), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;
 - d) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- VIII - Reembolso de medicamento da assistência farmacêutica:
- a) Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 180 (cento e oitenta) dias de validade no caso de medicamentos de uso continuado;
 - b) Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 30 (trinta) dias no caso de medicamentos de uso controlado/especiais;
 - c) Nota fiscal do medicamento adquirido compatível com a prescrição apresentada.

Art. 132. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do evento ou ao término do contrato, o que ocorrer antes.

Art. 133. A CAAPSML poderá deduzir débitos existentes com créditos decorrentes de reembolso.

SEÇÃO VI DOS REAJUSTES

Art. 134. Nos termos da lei, os valores das contribuições serão reajustados anualmente, no mês de janeiro, com base em cálculo atuarial e, poderão ser revistos se houver:

- I - utilização comprovada acima da média normal;
- II - acréscimos de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; e
- III - aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro do contrato.

Art. 135. Na ausência de cálculo atuarial, os valores das contribuições serão reajustados pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, ou outro que venha a substituí-lo.

Art. 136. Os reajustes previstos nos arts. 135 e 136, desta Resolução, somente serão aplicados mediante autorização do Conselho Administrativo.

Art. 137. A aplicação do reajuste estabelecido será realizada na data do aniversário do contrato.

CAPÍTULO X DOS VALORES PAGOS AOS PRESTADORES

Art. 138. Os valores a serem pagos aos prestadores obedecerão às Tabelas constantes do ANEXO II – DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, desta Resolução.

Art. 139 Os materiais especiais utilizados em ambiente hospitalar, em procedimentos de emergência ou urgência, com valor unitário de até R\$1.000,00 (mil reais), poderão ser pagos pela CAAPSMML diretamente ao hospital em que forem utilizados.

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

Art. 140. Os valores constantes do ANEXO II – DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, desta Resolução, poderão ser reajustados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, acumulados no período de janeiro a dezembro, mediante autorização do Conselho Administrativo da CAAPSMML.

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

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

CAPÍTULO XI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

SEÇÃO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 141. Nenhuma prestação de serviços de Assistência à Saúde desenvolvida em prol dos beneficiários será criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

Art. 142. Os benefícios concedidos aos Beneficiários e os seus dependentes são inalienáveis, sendo nulas de pleno direito a venda, a cessão ou a constituição de quaisquer ônus, bem como a outorga de poderes irrevogáveis ou em causa própria para a respectiva percepção.

Art. 143. A permanência no Plano e/ou recebimento dos serviços havidos, por fraude, dolo ou má-fé implicará a perda das contribuições recolhidas, bem como a devolução pelo beneficiário ao Órgão de Gerenciamento do total auferido, corrigido monetariamente, sem prejuízo da sanção legal cabível e quando se tratar de servidor, sem prejuízo das penalidades funcionais aplicáveis.

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

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

Art. 144. Para a fixação do valor dos serviços a fração em moeda poderá ser arredondada para a unidade imediatamente superior.

Art. 145. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Administrativo da Autarquia, observados os princípios básicos do Plano de Seguridade Social do Servidor, estabelecidos em lei.

SEÇÃO II DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 146. Os serviços de Emergências Médicas que o Órgão Gerenciador vem oferecendo aos Beneficiários do Plano de Saúde, não integrante da assistência contratada pelos servidores, será ofertado enquanto durar o contrato de prestação de serviços com a empresa contratada para este fim.

Art. 147. Esta Resolução entrará em vigor em 1º de Maio de 2020, revogadas todas as disposições em contrário, em especial a Resolução n.º 148/2016.

Londrina, 18 de março de 2020.



Rosangela Maria Cebulski
PRESIDENTE

Ester Gomez Gonçalves
MEMBRO

Luciana Viçoso de Oliveira
MEMBRO

Ana Cristina Pialarice Giordano
MEMBRO

Carla Adriana Casaca
MEMBRO

Carla Adriana Bruna
MEMBRO

Marco Antonio Bacarin
SUPERINTENDENTE

ANEXO I

VALORES DAS CONTRIBUIÇÕES

(REDAÇÃO APROVADA ATRAVÉS DA RESOLUÇÃO Nº 167 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2019)

TABELA DE FAIXA ETÁRIA TITULAR E DEPENDENTE DIRETO COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	80,70
19 a 23 anos	88,30
24 a 28 anos	98,11
29 a 33 anos	145,56
34 a 38 anos	164,01
39 a 43 anos	173,46
44 a 48 anos	212,84
49 a 53 anos	231,07
54 a 58 anos	254,11
59 anos ou +	271,48

TABELA DE FAIXA ETÁRIA DEPENDENTE INDIRETO COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	232,82
19 a 23 anos	283,51
24 a 28 anos	323,58
29 a 33 anos	350,26
34 a 38 anos	398,07
39 a 43 anos	452,57
44 a 48 anos	539,73
49 a 53 anos	636,37
54 a 58 anos	905,69
59 anos ou +	1.197,22

ANEXO II

DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES

TABELA 01 - COBERTURA AMBULATORIAL				
SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA	
1.1	Consulta (Adulto e Pediátrica)	30 dias	30%	-
1.2	Consulta em Puericultura	30 dias	30%	01 atendimento a cada 60 dias
1.3	Consulta pré-natal pediátrica para gestante	300 dias	30%	01 por gestação
1.4	Ambulatório Interno CAAPSM - Consultas	30 dias	ISENTO	-
1.5	Ambulatório Interno CAAPSM - Fisioterapia	60 dias	ISENTO	Nos limites do Art. 83 desta Resolução (Redação dada pela Errata da Resolução de 20 de maio de 2020)
1.6	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos e/ou Invasivos	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM
1.7	Procedimentos Clínicos Ambulatoriais	30 dias	30%	-
1.8	Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos	-	-	-
1.8.1	Eletrofisiológicos / Mecânicos e Funcionais	60 dias	30%	02 (dois) no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSM
1.8.2	Endoscópicos	60 dias	30%	-
1.8.3	Medicina Laboratorial	30 dias	30%	-
1.8.4	Medicina Transfusional	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM
1.8.5	Genética	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM
1.8.6	Anatomia Patológica e Citopatologia	30 dias	30%	-
1.8.7	Medicina Nuclear	180 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSM A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSM
1.8.8	Métodos Diagnósticos por Imagem	180 dias	30%	
1.8.9	Métodos Intervencionistas por Imagem	180 dias	30%	
1.8.10	Ultrassonografia	60 dias	30%	
1.8.11	Tomografia Computadorizada	180 dias	30%	
1.8.12	Ressonância Magnética	180 dias	30%	
1.8.13	Radioterapia	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM
1.8.14	Exames Específicos	30 dias	30%	-
1.8.15	Testes e Diagnósticos	30 dias	30%	-
1.8.16	Outros (4.15.00.00-8)	30 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM
1.09	Psicoterapia	60 dias	40%	8 sessões por período de 30 dias
1.10	Fonoaudiologia	60 dias	40%	8 sessões por período de 30 dias
1.11	Fisioterapia ou Hidroterapia	60 dias	40%	10 sessões por período de 30 dias
1.12	Acupuntura	60 dias	40%	10 sessões por período de 30 dias
1.13	Nutrição	60 dias	40%	02 sessões por período de 30 dias
1.14	Imobilização - Tala/Bota (Gessado)	30 dias	30%	-
1.15	Imobilização - Aparelho Gessado	30 dias	30%	-

TABELA 02 - COBERTURAS ESPECÍFICAS - AMBULATORIAL			
SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA
2.1 Angiografia Intervencionista	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.2 Angiografia Diagnóstica	180 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML
2.3 Exame para detecção do COVID19	24 horas	30%	Mediante solicitação médica quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável definido pelo Ministério da Saúde.
2.4 Diálise Peritoneal	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.5 Eletrocardiografia (ECG)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML
2.6 Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML
2.7 Eletroencefalografia – EEG (de rotina)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML
2.8 Escleroterapia	60 Dias	75%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.9 Hemodiálise	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.10 Medicina Transfusional	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.11 Mapeamento Cerebral	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.12 Nefrolitotripsia Extracorpórea	180 dias	-	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML - 02 (duas) aplicações no período de 365 dias – Isento de Coparticipação - A partir da 3ª aplicação – 30% de Coparticipação
2.13 Plasmofereze	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.14 Prova de Função Pulmonar	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSMML
2.15 Quimioterapia	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML
2.16 Radiologia Intervencionista	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSMML

2.17	Radioterapia	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.18	Teste Ergométrico	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.19	Tocardiografia	300 Dias	ISENTO	01 (um) por gestação
2.20	Tratamento Antiangiogênico em oftalmologia	180 dias	40%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML 01 aplicação por olho no período de 30 dias
2.21	Videolaparoscopia (diagnóstica)	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML

TABELA 03 - COBERTURA ODONTOLÓGICA				
SERVIÇOS		CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA
3.1	Exames Clínicos Odontológicos (Adulto e Pediátrico)	180 dias	50%	-
3.2	Atendimento de Emergência (Adulto e Pediátrico)	180 dias	50%	-
3.3	Profilaxia	180 dias	50%	-
3.4	Profilaxia Pediátrica (com flúor)	180 dias	50%	-
3.5	Profilaxia Pediátrica (com selante)	180 dias	50%	-
3.6	Dentística	180 dias	50%	-
3.7	Dentística Pediátrica	180 dias	50%	-
3.8	Exodontia Simples	180 dias	50%	-
3.9	Exodontia Pediátrica Simples	180 dias	50%	-
3.10	Exodontia de Raiz Residual	180 dias	50%	-
3.11	Radiografias - Periapical ou Inter Proximal	180 dias	50%	-
3.12	Radiografias - Periapical ou Inter Proximal Pediátrica	180 dias	50%	-
3.13	Radiografias - Intra Oral Filme Oclusal	180 dias	50%	-
3.14	Perícia Inicial	180 dias	50%	-
3.15	Perícia Final	180 dias	50%	-

TABELA 04 - COBERTURA HOSPITALAR (Enfermaria 02 Leitos)			
SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA
4.1 Atendimento em Pronto Socorro	24 horas	30%	-
4.2 INTERNAÇÃO HOSPITALAR	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM. (Redação dada pela Errata da Resolução de 20 de maio de 2020)
4.3 INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA	300 DIAS	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM. (Redação dada pela Errata da Resolução de 20 de maio de 2020)
4.4 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	300 DIAS	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSM. 30 dias por período de 180 dias (Redação dada pela Errata da Resolução de 20 de maio de 2020)



ANEXO III

VALORES PAGOS AOS PRESTADORES

1. MEDICINA e HOSPITALAR		
	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019
1.1	Consultas Médicas realizadas em consultório e pronto-socorro	R\$ 90,82
1.2	Perícia Médica de que tratam os arts. 16, §9º 54, §9º e art. 32, todos do Decreto Municipal nº 233/2012	R\$ 378,92 (Redação dada pela Errata de 01 de julho de 2020)
1.3	Atendimento ambulatorial em puericultura	R\$ 127,15
1.4	Portes dos Procedimentos Médicos definidos pelas Classificações Brasileiras Hierarquizadas de Procedimentos Médicos, exceto os serviços de anestesistas	vide CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflator de (- 9,1755%))
1.5	Portes dos Procedimentos Médicos de serviços de Anestesistas definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.	vide CBHPM2010
1.6	Medicamentos e Soluções	Preço de Fábrica da Tabela BRASÍNDICE, com acréscimo de 10% sobre a coluna do índice de 18%
1.7	Materiais	Preço de Fábrica da Tabela BRASÍNDICE, com decréscimo de 25% sobre a coluna do índice de 18%
1.8	Unidade de Custo Operacional (UCO) definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	vide CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflator de (- 9,1755%))
1.9	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) definidos pela CBHPM, exceto os que estejam relacionados aos procedimentos que envolvam atos médicos, que seguirão os valores conforme item III desta Tabela.	vide CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflator de (- 9,1755%))
1.10	Filme Radiológico (m²)	R\$ 24,63
1.11	Nefrolitotripsia Extracorpórea (por procedimento de aplicação)	R\$ 1.576,86
1.12	Nefrolitotripsia Extracorpórea (por procedimento de reaplicação)	R\$ 761,72
1.13	Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia	Código 30307147 (mat/med/taxas/aux)
1.14	Taxas, Diárias e Equipamentos especiais, exceto Diárias Psiquiátricas	vide Tabela Hospitalar
1.15	Taxas, Diárias e Equipamentos especiais, exceto Diárias Psiquiátricas, de instituições que não possua avaliação UNIDAS	vide Tabela Hospitalar
1.16	Diárias Psiquiátricas referentes à prestação de serviços de internação psiquiátrica	R\$ 251,08
1.17	Diárias referentes ao acompanhamento familiar em caso de internação psiquiátrica	R\$ 222,54

1.18	Dietas/Nutrição enteral ou parenteral e suplementos alimentares, já estão incluídos todos os custos extras que envolvem o processo de infusão das referidas dietas e suplementos alimentação, exceto a remuneração dos nutrólogos	Até 25% do valor da tabela BRASINDICE
1.19	Refeições	R\$ 13,58
2. PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA e NUTRIÇÃO		
	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019
2.1	Primeira Avaliação	70% valor da consulta médica
2.2	Sessão	50% do valor da primeira avaliação
3. FISIOTERAPIA		
	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019
3.1	Primeira avaliação na rede credenciada	11% do valor da consulta médica
3.2	Primeira avaliação no Ambulatório da CAAPSM	50% do valor da sessão
4. ODONTOLOGIA - padrão TUSS		
TUSS	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019
8.10.00.030	Consulta odontológica	R\$ 17,02
8.10.00.049	Consulta odontológica da urgência	R\$ 17,02
8.10.00.065	Consulta odontológica inicial	R\$ 17,02
8.10.00.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de au	R\$ 17,02
8.10.00.421	Radiografia periapical	R\$ 5,52
8.10.00.383	Radiografia oclusal	R\$ 10,74
8.40.00.198	Profilaxia: polimento coronário (por arcada)	R\$ 10,49
8.40.00.090	Aplicação tópica de flúor (duas arcadas)	R\$ 12,74
8.40.00.074	Aplicação de selante (por elemento)	R\$ 15,65
8.30.00.135	Restauração do Iorômetro de vidro - I face	R\$ 28,04
8.30.00.089	Exodontia de dentes decíduos	R\$ 20,26
8.51.00.099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 22,32
8.51.00.102	Restauração de amálgama - 2 face	R\$ 27,46

8.51.00.110	Restauração de amálgama - 3 face	R\$ 31,66
8.51.00.129	Restauração de amálgama - 4 face	R\$ 40,26
8.51.00.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	R\$ 25,47
8.51.00.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 face	R\$ 32,71
8.51.00.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 face	R\$ 35,27
8.52.00.085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 25,47
8.54.00.211	Núcleo de preenchimento	R\$ 25,60
8.20.00.875	Exodontia simples de permanente	R\$ 34,14
8.20.00.859	Exodontia de raiz residual	R\$ 34,14