



Prefeitura do Município de Londrina

Estado do Paraná

CAAPSML-CONSELHO ADMINISTRATIVO

RESOLUÇÃO CAAPSML

Nº5/ 2021

RESOLUÇÃO Nº 181, DE 27 DE MAIO DE 2021.

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/cirurgia 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 n.º 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 e hospitalar, 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 181/2021 e demais aprovadas pelo Conselho Administrativo da CAAPSML, e daquelas que as substituírem, 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 a data de vencimento 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 da qualidade de servidor público da administração direta e indireta do Município de Londrina assim como, perder a qualidade de servidor público submetido à Consolidação das Leis do Trabalho na empresa pública e sociedade de economia mista do Município de Londrina ou a perda da condição de pensionista

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.

Parágrafo Único. A perda da qualidade de assistido ocorrerá 30 (trinta) dias após a publicação do ato da perda da qualidade de servidor público, vedada a sua prorrogação;

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 sujeitos 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.

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 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;

§1º. 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.

§2º. A invalidez de que trata o inciso II do caput deste artigo deverá ser reconhecida e comprovada até os 21 anos, e devidamente reconhecida 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;

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 (dezesseis) 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 como beneficiários da pensão, filhos e cônjuge do ex-servidor, poderá, o genitor supérstite, efetuar individualmente o contrato previsto no artigo 109 da Lei nº 11.348/2011, inscrevendo os demais na qualidade de seus dependentes.

II - Havendo mais de uma união do ex servidor (a), por meio das quais 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, a condição de vinculação com o titular.

§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 - Enteado:

- 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.

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 CAAPSML 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 CAAPSML.

§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 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.

CAPÍTULO III DOS BENEFÍCIOS

SEÇÃO I DA COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 25. 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, no Anexo II - DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES 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 clínico) de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML, no Anexo II - DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES.

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, no Anexo II - DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES.

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. 26. 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. 27. 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 anesthesiologia) 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/convençãois 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. 28. 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. 29. 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.

Parágrafo Único. Os casos abaixo 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, de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, inclusive administração de medicamentos, haverá cobertura mediante análise da auditoria médica quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:

- a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
- b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31);
- d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

Art. 30. 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. 31. 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. 32. 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. 33. Lente Intraocular (L.I.O.) nacional de menor valor.

Art. 34. 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. 35. Vasectomia, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prévia autorização da auditoria médica, atendendo ao protocolo clínico firmado pelo PAS CAAPSML.

Art. 36. Laqueadura, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prévia autorização da auditoria médica, atendendo ao protocolo clínico firmado pelo PAS CAAPSML.

Art. 37. 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 CAAPSML;

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. 38. 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 CAAPSML.

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 CAAPSML.

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 CAAPSML.

Art. 39. As demais cirurgias decorrentes da gastroplastia não previstas nesta Resolução não serão custeadas pelo Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML.

Art. 40. 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 CAAPSML.

Art. 41. 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. 42. 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 os medicamentos LUCENTIS e EYLIA e a autorização excepcional de utilização de medicamento off-label AVASTIN.

Parágrafo Único. O procedimento ocular quimioterápico poderá ser autorizado pela auditoria médica aos segurados do Plano de Assistência à Saúde PAS – CAAPSML nos casos de:

I - Degeneração macular relacionada à idade;

II - Retinopatia diabética;

III - Oclusões venosas oculares;

IV - Glaucoma neovascular.

Art. 43. Polissonografia nas hipóteses de real necessidade, conforme avaliação e mediante autorização da auditoria médica do PAS CAAPSML.

Art. 44. Oxigenioterapia domiciliar através de sistema de reembolso, nos termos do art. 101º inciso V.

Art. 45. 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 68 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

Art. 46. 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 68 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

Art. 47. 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 a 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 68 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

Art. 48. 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. 49. 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 V

DA REMOÇÃO PARA O SUS

Art. 50. 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.51. 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. 52. 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.

CAPÍTULO VI DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

Art. 53. Os eventos e materiais abaixo relacionados, relativos à assistência médica e hospitalar 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 naturezas 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;
- XXIII - tratamentos e exames de esterilidade e fertilidade;
- 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, decorrente de solicitação de qualquer natureza, seja esta eletiva ou de urgência, exceto quando decorrente de acidente;
- XLII - radiografia odontológica;
- XLIII - implantodontia;
- XLIV - produtos cosméticos, de uso estético, de higiene pessoal e fraldas;
- XLV - lentes de contato/óculos para correção visual e produtos de assepsia de lentes de contato;
- XLVI - produtos para combater a obesidade;
- XLVII - produtos para o tratamento de infertilidade e impotência;
- XLVIII - assistência farmacêutica, exceto constância do atendimento ambulatorial e hospitalar estabelecidos nas seções I e II do capítulo III;
- XLIX - método PEDIASUIT/THERASUIT com profissionais fisioterapeutas e quaisquer outras atividades profissionais as quais possam ser atribuídas na linha de tratamento.

CAPÍTULO VII

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 54. 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. 55. Será disponibilizado ao Beneficiário, através do site <http://caapsml.londrina.pr.gov.br/>, a relação de seus prestadores credenciados, médicos, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

Art. 56. O Órgão Gerenciador do Plano de Assistência à Saúde assegurará aos seus Beneficiários 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 CAAPSMML ou no local de atendimento dos médicos credenciados, através de emissão de Guia/Empenho emitida de acordo com as normas de atendimento da CAAPSMML, 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 CAAPSMML, através de emissão de Guia/Empenho, emitida de acordo com as normas de atendimento da CAAPSMML;

III - exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede contratada ou credenciada pela CAAPSMML, 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. 57. Em caso de faltas imotivadas do Beneficiário nos serviços médicos, previamente agendados no ambulatório da CAAPSMML, 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. 58. 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. 59. 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. 60. 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. 61. 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. 62. 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. 63. 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. 64. Os atendimentos de urgência e emergência em pronto socorro hospitalar, que resultem em internação do paciente para tratamento clínico ou cirúrgico, estão isentos da 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 Serviço de Emergências Médicas contratados pelo PAS CAAPSMML, pelo SIATE, pelo SAMU, ou qualquer outro serviço de atendimento desta natureza, que não resultem em internação do paciente.

Art. 65. 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 CAAPSMML, sob pena do Plano não se responsabilizar por qualquer despesa decorrente desta internação.

Art. 66. Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização do PAS CAAPSMML deverão ser feitas em formulário específico disponibilizado pela CAAPSMML 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 no art. 54 desta Resolução, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pelo PAS CAAPSMML.

Art. 67. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o Beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a CAAPSMML, 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. 68. Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, serão observados:

I - Para as cirurgias de urgência e eletiva:

- 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 CAAPSMML;
- 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 CAAPSMML, 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 CAAPSMML;
- b) Não havendo itens com preços registrados pela CAAPSMML, os encaminhamentos serão realizados conforme legislação vigente.

Art. 69. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da Solicitação de Atendimento Hospitalar, a CAAPSMML poderá solicitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

Art. 70. Os limites de utilização por Beneficiário não serão cumulativos nem intercambiáveis.

Art. 71. A CAAPSMML não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer benefícios utilizados fora da forma prevista nesta Resolução.

CAPÍTULO VIII

DA CARÊNCIA

Art. 72. 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. 73. Período de carência é o número mínimo de dias constante do Anexo II – Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, 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. 74. A carência de que trata o artigo anterior será aproveitada para as hipóteses previstas nos art. 14 e 15, desta Resolução.

Art. 75. 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. 76. Os dependentes de que tratam os art. 12 e 13 desta Resolução, estarão sujeitos ao cumprimento da carência estabelecida nesta Resolução, para o gozo dos serviços oferecidos.

Art. 77. 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 CAAPSMML.

Art. 78. Fica vedado o adiantamento de contribuições para efeito do cômputo da carência exigida para a concessão dos benefícios.

Art. 79. 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 IX

DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 80. 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. 81. 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. 82. 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. 83. Os atendimentos decorrentes das modalidades abaixo estão sujeitos aos períodos de carências a seguir:

Doenças ou Lesões Preexistentes: 730 (setecentos e trinta dias);

A.I.D.S e Doenças crônicas: 730 (setecentos e trinta dias).

CAPÍTULO X

DA CONTRIBUIÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES

SEÇÃO I

DA CONTRIBUIÇÃO

Art. 84. 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 I – 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 +

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

Art. 86. 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 I

DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Art. 87. 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-deverão ser quitadas pelo contribuinte até o décimo dia do mês subsequente à utilização ou do faturamento.

Art. 88. 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. 89. 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**, 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:

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

Art. 90. 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. 91. 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. 92. 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 II

DO PARCELAMENTO

Art. 93. As despesas com a assistência médica prevista 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. 94. As contribuições do Plano de Assistência à Saúde do titular e de seus dependentes, diretos e/ou indiretos não serão parceladas.

Art. 95. Fica vedado novo parcelamento ao Beneficiário enquanto não regularizar o parcelamento anterior.

Art. 96. 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. 94 desta Resolução.

SEÇÃO III

DO REEMBOLSO

Art. 97. A CAAPSMML assegurará o reembolso no limite dos valores praticados por ela, das despesas referentes à assistência médica, hospitalar cobertos pelo plano, efetuadas pelo Beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos, com assistência à saúde dentro do território nacional, quando fora do município de Londrina, não for possível a utilização da rede credenciada, ou no município de Londrina inexistir prestador credenciado para o procedimento, resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSMML.

Art. 98. 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 CAAPSMML 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. 99. 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 CAAPSMML.

§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. 100. 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 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. 101. O reembolso das despesas relativas aos benefícios de assistência médica e hospitalar, 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 de 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 anestesiológicos 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 terapia ABA com profissionais psicólogos, fonoaudiólogos, nutrólogos, nutricionistas, médicos e quaisquer outras atividades profissionais as que possam ser atribuídas na linha do tratamento:

- a) Prescrição do médico assistente, com no máximo 180 (cento e oitenta) dias da data de emissão;
- b) Nota fiscal da prestação de serviço compatível com a prescrição apresentada, contendo a descrição do serviço, a quantidade, período e/ou data de realização e os códigos dos procedimentos.
- c) Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

Art. 102. 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. 103. A CAAPSML poderá deduzir débitos existentes com créditos decorrentes de reembolso.

SEÇÃO V DOS REAJUSTES

Art. 104. Nos termos da lei, os valores das contribuições serão reajustados anualmente, de acordo com estudos apresentados pelo cálculo atuarial;

Art. 105. Somente 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. 106. O reajuste de que tratam os art. 104 e 105 far-se-á mediante ato da Superintendência da CAAPSML.

Art. 107. A aplicação do reajuste estabelecido será realizada na data do aniversário do contrato.

CAPÍTULO XI DOS VALORES PAGOS AOS PRESTADORES

Art. 108. Os valores a serem pagos aos prestadores obedecerão às Tabelas constantes do ANEXO III – VALORES PAGOS AOS PRESTADORES desta Resolução.

Art. 109. As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) utilizados em ambiente hospitalar, em procedimentos de emergência ou urgência serão pagos pela CAAPSML diretamente ao hospital em que forem utilizados.

§1º O valor dos itens de que trata o caput deste artigo será pago mediante valor máximo por item estabelecido pela CAAPSML após verificação de preço de mercado.

§2º Os valores dos itens estabelecidos conforme parágrafo anterior serão acrescidos de taxa de 10% (dez por cento) a título de taxa administrativa, desde que o material utilizado estivesse anteriormente em consignação na unidade hospitalar.

§3º. A forma de pagamento de que trata este artigo só será aplicado aos materiais que não constem em Ata de Registro de Preços da CAAPSML..

Art. 110. Os valores constantes do III –VALORES PAGOS AOS PRESTADORES, 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 CAAPSML.**

§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 CAAPSML 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 XII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

SEÇÃO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 111. 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. 112. 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. 113. 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. 114. Para a fixação do valor dos serviços a fração em moeda poderá ser arredondada para a unidade imediatamente superior.

Art. 115. 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. 116. 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. 117. Esta Resolução entrará em vigor em 1º de julho de 2021, revogadas todas as disposições em contrário, em especial a Resolução n.º 170/2020.

Londrina, 16 de junho de 2021.

ANEXO I VALORES DAS CONTRIBUIÇÕES

TABELA DE FAIXA ETÁRIA TITULAR E DEPENDENTE DIRETO COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	100,88
19 a 23 anos	110,38
24 a 28 anos	122,64
29 a 33 anos	181,95
34 a 38 anos	205,01
39 a 43 anos	216,83
44 a 48 anos	266,05
49 a 53 anos	288,84
54 a 58 anos	317,64
59 anos ou +	339,35

TABELA DE FAIXA ETÁRIA DEPENDENTE INDIRETO COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	291,03
19 a 23 anos	354,39
24 a 28 anos	404,48
29 a 33 anos	437,83
34 a 38 anos	497,59
39 a 43 anos	565,71
44 a 48 anos	674,66
49 a 53 anos	795,46
54 a 58 anos	1.132,11
59 anos ou +	1.496,53

ANEXO II DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES

TABELA 01 - COBERTURA AMBULATORIAL				
SERVIÇOS		CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTUR
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 CAAPSML - Consultas	30 dias	ISENTO	-

1.5	Ambulatório Interno CAAPSML - Fisioterapia	60 dias	ISENTO	Nos limites do Art. 84 desta Reso
1.6	Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos e/ou Invasivos	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médi
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 - A partir do 3º somente mediante avaliação da Auditoria
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 médi
1.8.5	Genética	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médi
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 - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria
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 médi
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 médi
1.09	Psicoterapia	60 dias	40%	8 sessões por período de 30 d
1.10	Fonoaudiologia	60 dias	40%	8 sessões por período de 30 d
1.11	Fisioterapia ou Hidroterapia	60 dias	40%	10 sessões por período de 30 c - A partir do 11º mediante avaliação da Auditoria Mé - Em caso de necessidade de tratamento cumulativo, somente medi PAS CAAPSML
1.12	Acupuntura	60 dias	40%	10 sessões por período de 30 c
1.13	Nutrição	60 dias	40%	02 sessões por período de 30 c
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 COBERTUR
2.1	Angiografia Intervencionista	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.2	Angiografia Diagnóstica	180 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Au PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da A PAS CAAPSML
2.3	Exame para detecção do COVID19	24 horas	30%	
2.4	Díálise Peritoneal	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.5	Eletrocardiografia (ECG)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Au PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da A PAS CAAPSML
2.6	Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Au PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da A PAS CAAPSML
2.7	Eletroencefalografia – EEG (de rotina)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Au PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da A PAS CAAPSML
2.8	Escleroterapia	60 Dias	75%	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.9	Hemodiálise	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.10	Medicina Transfusional	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.11	Mapeamento Cerebral	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.12	Nefrolitotripsia Extracorpórea	180 dias	-	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML - 02 (duas) aplicações no período de 365 di Coparticipação - A partir da 3ª aplicação – 30% de Coparticipação
2.13	Plasmofereze	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.14	Prova de Função Pulmonar	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Au

				PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da A PAS CAAPSML
2.15	Quimioterapia	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.16	Radiologia Intervencionista	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.17	Radioterapia	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML
2.18	Teste Ergométrico	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Au PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da A 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 CAAPSML 01 aplicação por olho no período de
2.21	Videolaparoscopia (diagnóstica)	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria CAAPSML

TABELA 03 - COBERTURA HOSPITALAR (Enfermaria 02 Leitos)

SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA
4.1 Atendimento em Pronto Socorro	24 horas	30%	-
4.3 INTERNAÇÃO HOSPITALAR	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria m CAAPSML.
4.4 INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA	300 DIAS	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria m CAAPSML.
4.5 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	300 DIAS	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria m CAAPSML. 30 dias por período de 180 dias

ANEXO III

Valores pagos aos Prestadores

1. MEDICINA e HOSPITALAR		
	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/20
1.1	Consultas Médicas realizadas em consultório e pronto-socorro	R\$ 99,05
1.2	Perícia Médica de que tratam os art. 16, §9º 54, §9º e art. 32, todos do Decreto Municipal nº 233/2012	R\$ 396,19
1.3	Atendimento ambulatorial em puericultura	R\$ 138,67

1.4	Portes dos Procedimentos Médicos definidos pelas Classificações Brasileiras Hierarquizadas de Procedimentos Médicos, exceto os serviços de anestesistas	CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflato
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 d índice de 18%
1.7	Materiais	Preço de Fábrica da Tabela BRASÍNDICE, com decréscim do índice de 18%
1.8	Unidade de Custo Operacional (UCO) definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflato
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.	CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflato
1.10	Filme Radiológico (m²)	R\$ 26,85/m2
1.11	Nefrolitotripsia Extracorpórea	R\$ 1.719,75 por procedimento de aplica
1.12	Nefrolitotripsia Extracorpórea	R\$ 830,75 por procedimento de reaplica
1.13	Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia	Código 30307147 (materiais, medicamentos, taxa
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\$ 304,15
1.17	Diárias referentes ao acompanhamento familiar em caso de internação psiquiátrica	R\$ 268,81
1.18	Dietas/Nutrição enteral ou parenteral e suplementos alimentares, já estão inclusos todos os custos extras que envolvem o processo de infusão das referidas dietas e suplementos alimentação, exceto a remuneração dos nutrólogos	Teto 25% do valor da tabela BRASÍNDICE, valores encamin serão pagos sem correção. Valores superiores serão corrigido
1.19	Refeições	R\$ 15,68

2. PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA e NUTRIÇÃO

	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2
2.1	Primeira Avaliação	11% valor da consulta médica
2.2	Sessão	50% do valor da primeira avaliaçã

3. FISIOTERAPIA

3	Primeira Avaliação na rede credenciada 11% do valor da consulta médica	R\$ 10,89
3.1	Sessão na rede credenciada	Vide Tabela AMB 1996
3.2	Sessão de Hidroterapia	R\$ 17,82

FISIOTERAPIA - TABELA AMB 1996 com CÓD TUSS		
TUSS	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2021
2.01.03.026	Amputação bilateral (preparação do coto)	R\$ 17,52
2.01.03.034	Amputação bilateral (treinamento protético)	R\$ 17,52
2.01.03.042	Amputação unilateral (preparação do coto)	R\$ 11,65
2.01.03.050	Amputação unilateral (treinamento protético)	R\$ 11,65
2.01.03.069	Assistência fisioterápica respiratória em pré e pós operatório de condições cirúrgicas	R\$ 9,32
2.01.03.077	Ataxias	R\$ 10,25
2.01.03.107	Atendimento fisioterápico no pré pós parto	R\$ 9,32
2.01.03.093	Atendimento fisioterápicos no pré pós operatório de pacientes para prevenção de sequelas	R\$ 11,18
2.01.03.115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	R\$ 27,96
2.01.03.131	Biofeedback com EMG	R\$ 27,96
2.01.03.166	Confecção de prótese imediata	R\$ 83,87
2.01.03.174	Confecção de prótese provisória	R\$ 69,89
2.01.03.182	Desvios posturais da coluna vertebral	R\$ 12,86
2.01.03.190	Disfunção vésico-uretral	R\$ 11,65
2.01.03.204	Distrofia simpático-reflexa	R\$ 13,98
2.01.03.212	Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos	R\$ 11,65
2.01.03.204	Distrofia simpático-reflexa	R\$ 13,98
2.01.03.220	Doenças pulmonares atendidas em ambulatório	R\$ 11,18
2.01.03.263	Hemiparesia	R\$ 14,91
2.01.03.271	Hemiplegia	R\$ 14,91
2.01.03.298	Hipo ou agenesia de membros	R\$ 13,98
2.01.03.310	Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R\$ 9,32
2.01.03.328	Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R\$ 9,32
2.01.03.344	Miopatias	R\$ 13,98
2.01.03.360	Paciente com D.P.O.C. em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória	R\$ 11,18
2.01.03.379	Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana	R\$ 9,32
2.01.03.387	Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório de 8 a 24 semanas	R\$ 9,32
2.01.03.395	Pacientes com doença isquêmica do coração, atendido em ambulatório, até 8 semanas de programa	R\$ 9,79
2.02.03.063	Pacientes com doença isquêmica do coração, hospitalizado, até 8 semanas de programa	R\$ 9,79
2.01.03.409	Pacientes com doenças neuro-músculo-esqueléticas com envolvimento tegumentar	R\$ 9,32
2.02.03.071	Pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, hospitalizado, até 8 semanas de programa	R\$ 9,79
2.01.03.417	Pacientes sem doença coronariana clinicamente manifesta, mas considerada de alto risco, atendido em ambulatório, duas a três vezes por semana	R\$ 11,65
2.01.03.425	Paralisia cerebral	R\$ 18,64
2.01.03.433	Paralisia cerebral com distúrbio de comunicação	R\$ 20,50
2.01.03.441	Paraparesia/tetraparesia	R\$ 18,64
2.01.03.450	Paraplegia e tetraplegia	R\$ 18,64
2.01.03.468	Parkinson	R\$ 11,18
2.01.03.476	Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária	R\$ 19,57
2.01.03.514	Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna	R\$ 13,98
2.01.03.492	Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros	R\$ 17,52
2.01.03.484	Patologia osteomioarticular em um membro	R\$ 11,65
2.01.03.506	Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna	R\$ 9,32

FISIOTERAPIA - TABELA AMB 1996 com CÓD TUSS		
TUSS	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2021
2.01.03.522	Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária	R\$ 19,57
2.01.03.565	Processos inflamatórios pélvicos	R\$ 6,52
2.01.03.611	Queimados - seguimento ambulatorial para prevenção de sequelas (por segmento)	R\$ 17,52
2.01.03.727	Reabilitação cardíaca supervisionada. Programa de 12 semanas. Duas a três sessões por semana (por sessão)	R\$ 9,32
2.01.03.638	Reabilitação labiríntica (por sessão)	R\$ 57,14
2.01.03.654	Recuperação funcional de distúrbios crânio-faciais	R\$ 11,65
2.01.03.530	Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral	R\$ 11,65
2.01.03.670	Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro	R\$ 17,52
2.01.03.662	Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando um membro	R\$ 13,98
2.01.03.689	Retardo do desenvolvimento psicomotor	R\$ 18,64
2.01.03.697	Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais	R\$ 17,52
2.01.03.700	Sequelas em politraumatizados (em diferentes segmentos)	R\$ 27,96
2.01.03.719	Sinusites	R\$ 6,52
5.00.00.837	Fisioterapia aquática individual (Hidroterapia)	R\$ 17,82
5.00.00.144	Consulta ambulatorial em fisioterapia	R\$ 10,89



Documento assinado eletronicamente por **Rosangela Maria Cebulski, Conselheiro(a)**, em 17/06/2021, às 12:27, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cristina Pialarice Giordano, Conselheiro(a)**, em 17/06/2021, às 13:47, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



Documento assinado eletronicamente por **Ester Gomez Gonçalves, Conselheiro(a)**, em 17/06/2021, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Viçoso de Oliveira, Conselheiro(a)**, em 18/06/2021, às 18:43, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5792836** e o código CRC **8A4E41FC**.

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 635 - CENTRO CÍVICO - BAIRRO PETRÓPOLIS - CEP: 86015-901 - FONE (43) 3372-4305- LONDRINA - PR - BRASIL

Referência: Processo nº 43.006907/2021-19

SEI nº 5792836