

RESOLUÇÃO Nº 148, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2016.

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 à 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: consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, 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 - 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.

XXIII - Urgência: Situação que exige atuação médica, porém não necessariamente imediata.

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.

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, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- I - A perda do vínculo com o serviço público municipal, respeitado o prazo de vigência do contrato;
- II - Qualquer ato ilícito praticado pelo Beneficiário titular e/ou por qualquer Beneficiário dependente direto ou indireto, na utilização do objeto do contrato;
- III - O descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas no contrato.

Art. 7º Antes do término do contrato é facultado ao contratante a sua denúncia, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, 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.

§2º A rescisão contratual só produzirá efeito a contar da data do efetivo recebimento do pedido pela CAAPSM L, 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 fica 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 por quaisquer motivos, poderá ser restabelecido e aproveitadas suas carências, desde que seu restabelecimento seja efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data da rescisão e haja o pagamento total dos débitos existentes ou parcelamento, 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 12 (doze) meses.

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 Beneficiário titular:

- 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 - os filhos solteiros, até vinte e quatro anos e antes que completem vinte e cinco anos, comprovadamente com rendimentos não superiores à um salário mínimo e enquanto estiverem matriculados em estabelecimento de ensino superior;
- IV - o menor que, por determinação judicial, esteja sob sua guarda;
- 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 V e VI.

§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, nos forma constante do Decreto Municipal n.º 233/2012.

§3º 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 CAAPSML 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 contratante que não preencherem os requisitos para sua inscrição como dependentes diretos, na forma do artigo anterior;
- 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 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 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, responsabilizando-se pela indicação de dependência.

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 pela 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.

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, 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 pelo médico do Plano de Assistência à Saúde CAAPSML.

SEÇÃO III DO ACIDENTE DE TRABALHO

Art. 24. 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. 25. 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 Civis do Município de Londrina e suas alterações.

§1º. O nexos 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 do médico auditor da CAAPSML.

Art. 26. A assistência de que trata o art. 31 desta Resolução será prestada somente para tratamento da lesão ou doença diretamente relacionada ao acidente em serviço, devidamente autorizada pela 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. 27. As assistências para os casos de acidente em serviço não terão coparticipação.

Art. 28. A prestação dos serviços de fisioterapia para tratamento do acidentado em serviço será único e exclusivamente por via do ambulatório da CAAPSML, exceto em caso de inexistência de contrato vigente.

Parágrafo Único. Para o caso de inexistência de contrato vigente para atendimento de fisioterapia no ambulatório da CAAPSML, poderá o servidor acidentado em serviço fazer o tratamento com profissional credenciado pela CAAPSML, a sua escolha.

Art. 29. A assistência médica, hospitalar, ambulatorial, odontológico, serviços complementares de diagnósticos e farmacêuticos serão prestados pela rede credenciada da CAAPSML.

Art. 30. 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 da CAAPSML.

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

CAPÍTULO IV DOS BENEFÍCIOS

SEÇÃO I DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

Art. 31. Os benefícios de assistência médica e hospitalar compreendem:

- 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;
- III - Cobertura ambulatorial dos procedimentos considerados especiais, indicados no item 8, da Tabela 01 – Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, constante deste artigo;
- IV - 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.
- V - medicamentos de uso ambulatorial, mediante autorização do médico auditor.
- VI - serviços complementares de diagnósticos, tratamento e terapia decorrentes de consultas, incluindo os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, observadas as exigências do Plano;
- VII - Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia, limitado ao número de aplicações estabelecidos no item 8.9 da Tabela 01 – Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, com medicamento com registro e aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e liberado para os seguintes casos:
 - a) Degeneração macular relacionada à idade;
 - b) Retinopatia diabética;
 - c) Oclusões venosas oculares;
 - d) Glaucoma neovascular.
- VIII - internações em hospitais credenciados, compreendendo:
 - a) 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;
 - b) diárias hospitalares para tratamento clínico-cirúrgico, em apartamento simples com banheiro privativo "STANDARD", observadas as disposições contidas no item 12.2, da Tabela 01 – Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, constante deste artigo;

- c) serviços de enfermagem durante a internação, desde que conste em tabela adotada pela CAAPSMML;
- d) honorários médicos, inclusive anestesia;
- e) salas de cirurgia e parto;
- f) taxas relacionadas aos procedimentos médicos, incluindo materiais utilizados, desde que com cobertura prevista no Plano;
- g) 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 Plano;
- h) exames e tratamentos complementares, que sejam indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- i) berçário normal e patológico;
- j) unidade de terapia intensiva ou similar, desde que devidamente justificadas através de relatório médico;
- k) nutrição parenteral, enteral e suplemento alimentar (quando não incluso na diária hospitalar), desde que devidamente justificados através de relatório médico;
- l) despesas relativas à alimentação do paciente, fornecida pelo hospital, durante o período de internação;
- m) despesas relativas à alimentação de um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o trabalho de parto e pós-parto imediato), e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente;
- n) A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
- o) 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 do médico auditor;
- p) órteses, próteses e sínteses nacionais necessárias à complementação de cirurgias;
- q) Lente Intra Ocular (L.I.O.) nacional de menor valor;
- r) materiais descartáveis;
- s) 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 da CAAPSMML.

IX - 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 da CAAPSMML.

X - Cobertura de despesas de procedimentos para transplante de córnea e rim, nos limites dos valores praticados pelo Plano;

XI - Vasectomia, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

XII - Laqueadura, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

XIII - 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”:

a) 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;

b) Cumprimento de carência de 24 (vinte e quatro) meses;

c) Apresentação de solicitação justificada do médico assistente, nos termos da Resolução CFM n.º 1942, de 05 de fevereiro de 2010;

d) 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;

e) Apresentação de laudo de avaliação psicológica, nutricional e pré-operatória;

f) Apresentação de Termo de Ciência acerca dos riscos cirúrgicos e pós cirúrgicos assinados pelo paciente e familiares;

g) Aprovação da auditoria médica da CAAPSML;

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

i) 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, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

XIV - 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 CAAPSML;

XV - Cobertura de 50% (cinquenta por cento) para cirurgias plásticas reparadoras pós cirurgias bariátricas de Dermolipectomia abdominal em casos de pacientes que apresentem abdomen em avental, Dermolipectomia Braquial ou Dermolipectomia Crural, e Mamoplastia ou **Ginecomastia** para correção da mama, todos decorrentes de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), 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 do médico auditor da CAAPSML. **(Redação dada com a Resolução n.º 151, de 09 de junho 2017)**

XVI - Cirurgia Refrativa - PRK ou LASIK, em pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 1 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a) 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;

b) 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.

XVII - Obstetrícia, nos limites estabelecidos nesta Resolução, observada a área de abrangência estabelecida pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSM L, 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 pela CAAPSM L, respeitando as carências estabelecidas bem como as especificações abaixo:

- a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CAAPSM L quanto ao atendimento;
- b) A continuidade da cobertura do atendimento após o 30º (trigésimo) dia do parto, para aproveitamento do período de carência cumprido pelo Beneficiário, só será devida após observada as condições contidas no art. 14, desta Resolução.

XVIII - Polissonografia, nas hipóteses de real necessidade, conforme avaliação e mediante autorização do médico auditor da CAAPSM L;

XIX - os demais benefícios oferecidos constam da Tabela 01 – Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, a seguir:

TABELA 01
BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA OFERECIDOS***

Item	Assistência Médica Benefícios Oferecidos	Co-Participações	Carências	Cobertura
1.	<u>Consultas</u>	30%	01 mês	Sem limite
1.1	Consultas pré-natal pediátrico para gestante	30%	10 meses	1 por gestação
1.2	Puericultura	30%	01 mês	1 atendimento a cada 2 meses
2.	<u>Atendimento em Pronto Socorro</u>			Sem limite
2.1	Emergência	30%	24 horas	
2.2	Urgência/Atendimento Eletivo	30%	01 mês	
3	<u>Exames</u>			Mediante Avaliação do Médico Auditor
3.1	Patologia Clínica	25%	01 mês	
3.2	Anatomia Patológica	isento	01 mês	
3.3	Citopatologia	25%	01 mês	
3.4	Radiologia	25%	01 mês	
3.5	Exames e Testes Otorrinolaringológicos	25%	01 mês	
3.6	Exames e testes Oftalmológicos	25%	01 mês	
3.7	Exames e Testes Alérgicos	25%	01 mês	
3.8	Colposcopia	25%	01 mês	

3.9	Citoscopia	25%	01 mês	
3.10	Estudos Urodinâmicos	25%	01 mês	
4	<u>Exames</u>			
4.1	Ultrassonografia Obstétrica	isento	10 meses	3 por gestação
4.1.1	Ultrassonografia Obstétrica	50%	10 meses	A partir do 4ª
4.2	Tocardiografia	isento	10 meses	1 por gestação
4.3	Ultrassonografia	30%	02 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
4.4	Testes Ergométricos	30%	02 meses	
4.5	Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)	30%	02 meses	
4.6	Ecocardiografia	30%	02 meses	
4.7	Provas de Função Pulmonar	30%	02 meses	
4.8	Endoscopia Diagnóstica	30%	02 meses	
4.9	Eletrocardiografia (ECG)	30%	02 meses	
4.10	Eletroencefalografia (de rotina)	30%	02 meses	
5	<u>Exames</u>			
5.1	Hemodinâmica	25%	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
5.2	Angiografia	25%	06 meses	
5.3	Flebografia	25%	06 meses	
5.4	Artroscopia	25%	06 meses	
5.5	Laparoscopia	25%	06 meses	
5.6	Histeroscopia	25%	06 meses	
6	<u>Exames</u>			
6.1	Tomografia Computadorizada	30%	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
6.2	Ressonância Magnética	15%	06 meses	01 RM no período de 12 meses sem avaliação do Médico Auditor A partir do 2º somente mediante Avaliação do Médico Auditor (Redação dada com a Resolução n.º 151, de 09 de junho de 2017)
6.3	Densitometria Óssea	30%	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor

6.4	Cintilografia	30%	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
6.5	Mapeamento Cerebral	30%	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
6.6	Pet Dedicado Oncológico	30%	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
7	<u>Terapias</u>			
7.1	Psicoterapia	40%	02 meses	8 sessões por período de 30 dias
7.2	Fonoaudiologia	40%	02 meses	8 sessões por período de 30 dias
7.3	Escleroterapia	75%	02 meses	4 sessões por período de 30 dias
7.4	Fisioterapia e /ou hidroterapia	40%	02 meses	10 sessões por período de 30 dias
7.5	Acupuntura	40%	02 meses	10 sessões por período de 30 dias
7.6	Nutrição	40%	02 meses	2 sessões por período de 30 dias
8	<u>Terapias</u>			
8.1	Radioterapia	isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.2	Quimioterapia	isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.3	Hemoterapia	isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.4	Plasmaferese	isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.5	Radiologia e Angiografia Intervencionista	isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.6	Nefrolitotripsia Extracorpórea	Isento	06 meses	02 aplicações e 01 reaplicação por rim no período de 180 dias
8.7	Diálise Peritonial	Isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.8	Hemodiálise	Isento	06 meses	Mediante Avaliação do Médico Auditor
8.9	Tratamento Antiangiogênico em oftalmologia	40%	06 meses	01 aplicação por olho no período de 30 dias e mediante Avaliação do Médico Auditor
9	<u>Imobilizações</u>			
9.1	Talas / Botas	30%	01 mês	Sem limite

9.2	Aparelho Gessado	30%	01 mês	Sem limite
10	<u>Ambulatório</u>			
10.1	Ambulatório Interno CAAPSMML - consultas	isento	não há	Sem limite
11	Cirurgias Ambulatoriais	isento	06 meses	Sem limite
12	<u>Internações Hospitalares - Tratamento Clínico - Cirúrgico</u>			
12.1	Enfermaria	isento	06 meses	Sem limite
12.2	Apartamento	30%	06 meses	Sem limite
13	<u>Internações Obstétricas</u>			
13.1	Enfermaria	isento	10 meses	Sem limite
13.2	Apartamento	30%	10 meses	Sem limite
14	<u>Internações Hospitalares - Tratamento Psiquiátrico</u>			
14.1	Enfermaria	Isento	10 meses	30 dias por período de 180 dias
14.2	Apartamento	30%	10 meses	30 dias por período de 180 dias
15	<u>Vídeo/Laser</u>			
15.1	Taxa de utilização de Aparelho de vídeo Cirúrgico	Isento	06 meses	Procedimento constante em Tabela adotada pela CAAPSMML e mediante Avaliação do Médico Auditor
15.2	Taxa de utilização de Vídeo Endoscópico	Igual a do procedimento a que esteja relacionado	06 meses	Sem limite
15.3	Taxa de utilização de Laser	Isento	06 meses	Procedimento constante em Tabela adotada pela CAAPSMML. e mediante Avaliação do Médico Auditor

§1º Nos casos de internação domiciliar ou 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 CAAPSMML.

§2º As indicações das cirurgias mencionadas nos incisos XIII, XIV, XV e XVI, deste artigo serão previamente submetidas à avaliação do Médico Auditor.

§3º As demais cirurgias decorrentes da gastroplastia não previstas nesta Resolução não serão custeadas pelo Plano de Assistência à Saúde.

§4º A cobertura dos procedimentos de que tratam nos incisos XIII, XIV, XV e XVI, deste artigo este artigo aplica-se somente ao padrão “enfermaria”.

Art. 32. A prestação dos serviços relativos à assistência médica e hospitalar prevista nesta Resolução obedecerão aos percentuais de coparticipação, prazos de carência e cobertura, conforme Tabela 01 - Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, constante do art. 31 desta Resolução.

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

Art. 33. 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 CAAPSMML.

Parágrafo Único. Fica excluída desta cobertura as cirurgias, internações, procedimentos, exames e medicamentos, decorrentes do atendimento de emergência em pronto socorro hospitalar, compreendidos no inciso VIII, alíneas “a” a “s”, do art. 31, desta Resolução.

SEÇÃO II DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 34. Compreendem os benefícios de assistência odontológica os seguintes serviços, prazos de carência e limites de cobertura:

TABELA 02
BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA OFERECIDOS

Item	Assistência Odontológica Benefícios Oferecidos	Co-Participações	Carências	Cobertura
1.	Exame Clínico			
1.1	Exame Clínico	25%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
1.2	Exame Clínico - Pediátrico	25%	02 meses	Mediante Avaliação do O.G.
2.	Atendimento de Emergência			
2.1	Atendimento de Emergência (exceto os procedimentos decorrentes)	Isento	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
2.2	Atendimento de Emergência - Pediátrica (exceto os procedimentos decorrentes)	Isento	02 meses	Mediante Avaliação do O.G.
3.	Prevenção			
3.1	Profilaxia	25%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
3.2	Profilaxia Pediátrica (com flúor)	25%	02 meses	Mediante Avaliação do O.G.
3.3	Profilaxia Pediátrica (com selante)	25%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
4.	Dentística			

4.1	Dentística Pediátrica	50%	02 meses	Mediante Avaliação do O.G.
4.2	Dentística	50%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
5.	Cirurgia Buco-Maxilo-Facial			
5.1.	Exodontia Simples	50%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
5.2	Exodontia Pediátrica Simples	50%	02 meses	Mediante Avaliação do O.G.
5.3	Exodontia de Raiz Residual	50%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
6.	Radiografias			
6.1	Periapical ou Inter Proximal	50%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
6.2	Periapical ou Inter Proximal Pediátrico	50%	02 meses	Mediante Avaliação do O.G.
6.3	Intra Oral Filme Oclusal	50%	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
7.	Perícia			
7.1	Perícia Inicial	Isento	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.
7.2	Perícia Final	Isento	06 meses	Mediante Avaliação do O.G.

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

SEÇÃO III DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 35. 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, observado o disposto nos artigos 36, 37, incisos XXXIX à XLII e 64, inciso III, todos desta Resolução.

§1.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 regulamentação vigente ou, em não existindo, considerar-se-á o prazo máximo de 06 (seis) meses, devendo ao final destes prazos o Beneficiário apresentar novo receituário médico.

§2.º Não serão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde, em nenhuma hipótese, quaisquer produtos ou utilização dos serviços de assistência farmacêutica em desacordo com este artigo.

Art. 36. 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 CAAPSMML, mediante a aplicação de um redutor a ser definido pelo Órgão Gerenciador.

CAPÍTULO V DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

Art. 37 Os eventos e materiais abaixo relacionados, relativos à assistência médica/hospitalar, odontológica e farmacêutica não serão custeados pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSMML, sendo de inteira responsabilidade do Beneficiário:

- I - 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.
- II - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;
- III - cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- IV - procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins exclusivamente estéticos, bem como fornecimento de órteses e próteses para o mesmo fim, além de tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com a mesma finalidade estética ou cosmética, bem como complicações e exames complementares decorrentes destas cirurgias;
- V - 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;
- VI - consultas, exames e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- VII - fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, exceto oxigenoterapia domiciliar, cuja cobertura se dará mediante sistema de reembolso, nos termos dos arts. 90 e seguintes desta Resolução; **(Redação dada com a Resolução n.º 151, de 09 de junho de 2017)**
- VIII - medicamentos e materiais importados não nacionalizados, sem registro na ANVISA;
- IX - transplantes, exceto os de córneas e rim;
- X - despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, tais como ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras;
- XI - acolhimento de idosos em clínicas de repouso;
- XII - fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses e órteses, de uso interno ou externo, de quaisquer natureza não ligados ao ato cirúrgico;
- XIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares, exceto oxigenoterapia domiciliar, cuja cobertura se dará mediante sistema de reembolso, nos termos dos arts. 90 e seguintes desta Resolução; **(Redação dada com a Resolução n.º 151, de 09 de junho de 2017)**

- XIV - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XV - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, exceto oxigenoterapia domiciliar, cuja cobertura se dará mediante sistema de reembolso, nos termos dos arts. 90 e seguintes desta Resolução; **(Redação dada com a Resolução n.º 151, de 09 de junho de 2017)**
- XVI - consultas e procedimentos de medicina ocupacional;
- XVII - consultas, procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- XVIII - consultas e exames admissionais e demissionais;
- XIX - procedimentos relacionados à contracepção e/ou suas complicações;
- XX - tratamentos e exames de esterilidade;
- XXI - stent farmacológico e banda gástrica;
- XXII - medicina ortomolecular, medicina esportiva e medicina do trabalho;
- XXIII - mesoterapia e massagens em geral;
- XXIV - internação para investigação diagnóstica;
- XXV - procedimentos não constantes em tabela adotada pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSML;
- XXVI - uvulopalatofaringoplastia (cirurgia do ronco);
- XXVII - prótese peniana;
- XXVIII - doenças ou lesões preexistentes, observada a carência de que trata esta Resolução;
- XXIX - remoção e/ou traslado por via aérea;
- XXX - procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida nesta Resolução;
- XXXI - exames complementares em desconformidade com a especialidade do médico requisitante;
- XXXII - prótese dentária;
- XXXIII - periodontia;
- XXXIV - ortodontia;
- XXXV - Endodontia;
- XXXVI - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, exceto os procedimentos de que tratam os itens 5.1, 5.2 e 5.3 da Tabela 02 – Benefícios de Assistência Odontológica Oferecidos, constante do art. 31, desta Resolução;
- XXXVII - radiografias, exceto os procedimentos de que tratam os itens 6.1, 6.2 e 6.3 da Tabela 02 – Benefícios de Assistência Odontológica Oferecidas, constante do art. 31, desta Resolução;
- XXXVIII - implantodontia.
- XXXIX - produtos cosméticos, de uso estético e de higiene pessoal;
- XL - produtos de assepsia de lentes de contato;
- XLI - produtos para obesidade;
- XLII - produtos para o tratamento de infertilidade e impotência.

Parágrafo Único. A diferença do valor do stent farmacológico em relação ao stent convencional será custeada pelo Beneficiário.

CAPÍTULO VI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 38. 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.

Art. 39. Será disponibilizado ao Beneficiário, através do site www.caapsml.com.br, a relação de seus prestadores credenciados, dentistas, médicos, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

Art. 40. 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 marcada são de inteira responsabilidade do Beneficiário.

Art. 41. 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. 42. 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. 43. A Guia/Empenho de consulta, bem como as autorizações de exames complementares e terapias, terão validade por 60 (sessenta) dias.

Art. 44. 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. 45. O tratamento de fisioterapia somente será autorizado mediante encaminhamento do médico assistente.

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.

Art. 46. O tratamento de fisioterapia prestado no Ambulatório de Fisioterapia da CAAPSM L, será isento de co-participação, até o limite de 10 (dez) sessões/mês, devendo a partir da 11ª (décima primeira) sessão ser cobrada a co-participação de 40% (quarenta por cento) do Beneficiário, relativo ao valor das sessões.

Art. 47. Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de psicologia, fonoaudiologia, acupuntura e nutrição o fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício do tratamento, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses, para o mesmo profissional.

Art. 48. Os atendimentos de urgência e emergência em pronto socorro hospitalar, que resultem em internação do paciente para tratamento clínico ou cirúrgico, estão isentos da co participação de que trata a coluna 3 da Tabela de Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, constante do art. 31 desta Resolução, observadas as carências.

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

Art. 49. Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CAAPSM L, sob pena do Plano não se responsabilizar por qualquer despesa.

Art. 50. Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização da CAAPSM L deverão ser feitas em formulário específico e disponibilizado pela CAAPSM L, 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. 38 desta Resolução, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela CAAPSM L.

Art. 51. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o Beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a CAAPSM L, 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 do médico auditor serão analisados em até 02 (dois) dias úteis.

Art. 52. 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 pelo médico auditor, 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 do material liberado pela CAAPSML pelo profissional requisitante, este deverá especificar detalhadamente o material a ser utilizado e justificar clinicamente a sua indicação.

II - Para as cirurgias de emergência:

- a) A liberação dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde, após deferimento do uso pelo médico auditor, 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. 53. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a CAAPSML poderá solicitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

Art. 54. Os limites de utilização por Beneficiário não serão cumulativos nem intercambiáveis.

Art. 55. A CAAPSML não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer benefícios utilizados fora da forma prevista nesta Resolução.

CAPÍTULO VII DA CARÊNCIA

Art. 56. Período de carência é o número mínimo de contribuições fixados na coluna 4 (quatro) das Tabelas 01- Benefícios de Assistência Médica Oferecidos, constante do art. 31, e Tabela 02 - Benefícios de Assistência Odontológica Oferecidos, constante do art. 34, bem como o contido no art. 64, todos 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, contado do mês de competência da primeira contribuição.

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

Art 57. A carência de que trata o artigo anterior será aproveitada para as hipóteses previstas nos arts. 14 e 15, desta Resolução,-.

Art. 58 A 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. 59. 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 60. As carências cumpridas pelo Beneficiário e seus dependentes em outros planos de saúde, desde que ininterruptas, assim entendidas a permanência por pelo menos 2 (dois) anos no plano de origem ou por pelo menos 3 (três) anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos 1 (um) ano, a partir da segunda portabilidade serão 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, 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. 61. Para efeito de contagem do período de carência serão consideradas as contribuições realizadas a contar da data da efetiva vigência do contrato regido por esta Resolução.

Art. 62. 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. 63. Fica vedado o adiantamento de contribuições para efeito do cômputo da carência exigida para a concessão dos benefícios.

Art. 64. Os atendimentos decorrentes das modalidades abaixo estão sujeitos aos períodos de carências a seguir:

- I - Doenças ou Lesões Preexistentes: 24 meses;
- II - A.I.D.S e Doenças crônicas: 24 meses;
- III - Assistência Farmacêutica: 12 meses.

Parágrafo Único. As carências de que tratam os incisos I e II, do *caput* deste artigo, consistem na suspensão, por aquele período, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos e/ou exames de alta complexidade, ligados exclusivamente à DLP ou às doenças crônicas ou à AIDS.

CAPÍTULO VIII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 65. 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.

Art. 66. 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 suspensão ou 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, correndo as suas expensas as despesas relativas ao exame.

Art. 67. 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 24 (vinte e quatro) meses da contratação do plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, nos termos das coberturas previstas nesta Resolução.

Art. 68. Caso ocorra uma urgência ou emergência durante o período de CPT, haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, somente para as primeiras 12 horas em regime de ambulatório, estando, portanto, excluídas, entre outras, a internação e todos os procedimentos cirúrgicos, procedimentos e/ou exames de alta complexidade e leitos de alta tecnologia.

CAPÍTULO IX DA CONTRIBUIÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES

SEÇÃO I DA CONTRIBUIÇÃO

Art. 69. 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 co-participação, constante da coluna 3 das tabelas 01 - Benefícios de Assistência Médica Oferecidos e 02 – Benefícios de Assistência Odontológica Oferecidos, constantes dos arts. 31 e 34 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. 70. Os valores das contribuições correspondem aos preços constantes do Anexo I, desta Resolução.

Art. 71. 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. 72. Para os contribuintes e dependentes diretos será aplicado o disposto no artigo 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011.

Art. 73. 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. 74. 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. 75. 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 pensionista: o valor da pensão.

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

Art. 76. 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. 77. 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. 78. 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. 79. Os valores correspondentes à contribuição ao Plano de Assistência a Saúde, do titular e seus dependentes diretos e indiretos, bem com as despesas de assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica deverão ser quitadas pelo contribuinte até o décimo dia do mês subsequente à utilização ou do faturamento.

Art. 80. 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. 81. 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:

$$M = (P+C.M \times 2\%)$$

$$J = (P+C.M+M \times 0,5\%)$$

$$DT = P + C. M +M+ J$$

Onde:

DT = Débito Total

P = Principal

M = Multa

J = Juros

C.M = Correção Monetária

Art. 82. O atraso no pagamento das mensalidade 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. 83. 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 conseqüências moratórias.

Art. 84. Os valores a serem cobrados para os pagamentos nas participações das despesas, no caso da co-participação, serão calculados sobre os valores faturados contra o Plano de Assistência à Saúde.

Art. 85. No caso de opção, pelo beneficiário, por acomodação de internamento superior à coberta pelo Plano, o Beneficiário será responsável pelo pagamento das diferenças de todos os custos hospitalares..

Parágrafo Único. A diferença dos custos de que trata o caput deste artigo será calculada entre as tabelas adotadas pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSMML e os valores apresentados pelo prestador.

SEÇÃO IV DO PARCELAMENTO

Art. 86. As despesas com a assistência médica prevista no art. 31 bem como a assistência odontológica prevista no art. 34 dos beneficiários com o contrato do Plano de Assistência à Saúde vigentes, poderão ser parceladas em até 12 (doze) parcelas mensais, com juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária (calculado pela tabela “price”), além de multa de 2% (dois por cento), incidente sobre o valor do débito atualizado, não podendo a parcela ser inferior a 10% (dez por cento) dos vencimentos do Beneficiário.

Art. 87. 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 não serão parceladas.

Art. 88. Fica vedado novo parcelamento ao Beneficiário enquanto não regularizar o parcelamento anterior.

Art. 89. Os créditos executados 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. 86 desta Resolução.

SEÇÃO V DO REEMBOLSO

Art. 90. 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 Beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos, com assistência à saúde dentro do território nacional, quando não for possível a utilização da rede credenciada.

Parágrafo Único. Excetua-se dos valores de que trata o *caput* deste artigo o reembolso de despesas decorrentes de oxigenoterapia domiciliar. **(Incluído pela Resolução n.º 151, de 09 de junho de 2017)**

Art. 91. 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.

Art. 92. 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 após a apresentação de requerimento do Titular do Plano, acompanhado dos seguintes documentos originais, conforme o caso:

- I - Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- II - Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- III - Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- IV - Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;

V - Nota fiscal acompanhada da respectiva receita médica em se tratando de assistência farmacêutica;

Art. 92-A. O reembolso de despesas decorrentes de oxigenoterapia domiciliar será efetuado no mesmo prazo de que trata o art. 92, acompanhado dos seguintes documentos originais:

I - Relatório do médico assistente solicitante do tratamento;

II - Nota fiscal que comprove a prestação dos serviços. **(Incluído pela Resolução n.º 151, de 09 de junho de 2017)**

Art. 93. O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 06 (seis) meses da data do evento ou ao término do contrato, o que ocorrer antes.

Art. 94. A CAAPSML poderá deduzir débitos existentes com créditos decorrentes de reembolso.

SEÇÃO VI DOS REAJUSTES

Art. 95. 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. 96. 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. 97 Os reajustes previstos nos arts. 95 e 96, desta Resolução, somente serão aplicados mediante autorização do Conselho Administrativo.

Art. 98. A aplicação do reajuste estabelecido será realizada na data do aniversário do contrato.

CAPÍTULO X DOS VALORES PAGOS AOS PRESTADORES

Art. 99. Os valores a serem pagos aos prestadores obedecerão às Tabelas constantes do Anexo II, desta Resolução.

Art. 100. Os materiais especiais utilizados em ambiente hospitalar, em procedimentos de emergência ou urgência, com valor unitário de até R\$1.000,00 (mil reais), serão pagos pela CAAPSML 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 CAAPSML.

Art. 101. Os valores constantes do Anexo II, desta Resolução, poderão ser reajustados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, acumulados no período de janeiro à 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 XI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

SEÇÃO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 102. 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. 103. Os benefícios concedidos aos Beneficiários e a 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. 104. 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. 105. Para a fixação do valor dos serviços a fração em moeda poderá ser arredondada para a unidade imediatamente superior.

Art. 106. 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. 107. 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. 108. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial as Resoluções n.º 042/2005 e 071/2009.

Londrina, 21 de dezembro de 2016.

Gilberto Alves Lima
PRESIDENTE

Denilson Vieira Novaes
SUPERINTENDENTE

Karen Bettina Ikeda de Ortiz
MEMBRO

Marcello A. Pessa Miranda Lima
MEMBRO

Ana Paula Pereira
MEMBRO

Daniela Dias Augusto
MEMBRO

Luiz Evaldo da Silva Ferreira
MEMBRO

ANEXO I

VALORES DAS CONTRIBUIÇÕES

Tabela de Faixa Etária Titular e Dependente Direto com Co-Participação

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	73,36
19 a 23 anos	80,27
24 a 28 anos	89,19
29 a 33 anos	132,33
34 a 38 anos	149,10
39 a 43 anos	157,69
44 a 48 anos	193,49
49 a 53 anos	210,06
54 a 58 anos	231,01
59 anos ou +	246,80

Tabela de Faixa Etária - Dependente Indireto com Co-Participação

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	204,62
19 a 23 anos	249,17
24 a 28 anos	284,39
29 a 33 anos	307,84
34 a 38 anos	349,86
39 a 43 anos	397,76
44 a 48 anos	474,36
49 a 53 anos	559,30
54 a 58 anos	796,00
59 anos ou +	1.052,00

ANEXO II

VALORES PAGOS AOS PRESTADORES

(Resoluções n.º 149, de 12/01/2017; n.º 150, de 28/04/2017; n.º 158, de 1º/07/2018; n.º 159, de 08/08/2018; n.º 160, de 13/08/2018)

1 – MEDICINA E HOSPITALAR

MEDICINA E HOSPITALAR		
	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA
1	Consultas Médicas realizados em consultório e pronto-socorro	R\$ 87,54 (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)
2	Perícias Médicas de que tratam os arts. 16, §9º, 54, §9º e art. 32, todos do Decreto Municipal n.º 233/2012 (Redação dada com a Resolução n.º 159, de 08 de agosto de 2018)	
2.1	Avaliação Pericial Individual realizado por especialista	4X o valor da Consulta Médica
2.2	Laudo Pericial Conjunto realizado por pessoa jurídica	2X o valor da Avaliação Pericial Individual
3	Atendimento Ambulatorial em Puericultura	R\$ 122,55/procedimento (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)
4	Portes dos Procedimentos Médicos definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, exceto os serviços de anestesistas	CBHPM ano 2010 com redutor de 12,5% (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)
5	Portes de Procedimentos Médicos de Serviços de Anestesistas definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	CBHPM ano 2010 + 8,73% + 5,09% (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)

6	Materiais e Medicamentos	<p>Preço Máximo de Venda ao Consumidor da tabela de preços de medicamentos publicados na Tabela Brasíndice</p> <p>(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)</p>
7	Unidade de Custo Operacional (UCO) s definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	<p>CBHPPM ano 2010 com redutor de 12,5%</p> <p>(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)</p>
8	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, exceto os que estejam relacionados aos procedimentos que envolvam atos médicos, que seguirão os valores conforme item III desta Tabela.	<p>CBHPPM ano 2010 com redutor de 12,5%</p> <p>(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)</p>
9	Filme Radiológico	<p>R\$ 23,74/m²</p> <p>(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)</p>
10	Nefrolitotripsia Extracorporea	<p>R\$ 1.519,86/por procedimento de aplicação</p> <p>(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)</p>
		<p>734,19/por procedimento de reaplicação</p> <p>(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)</p>
11	Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia	<p>Código 30307147 da Tabela TUSS</p>
		<p>*já estão inclusos todos os valores com honorários, materiais, taxas, auxiliar, se necessário, porte anestésico e medicamentos.</p>

12	Taxas, diárias e equipamentos especiais	Tabela do Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviços de Saúde – UNIPLUS, operacionalizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS/PR - ANO 2016 com reajuste de 10% (Redação dada com a Resolução n.º 160, de 13 de agosto de 2018)
13	Taxas, diárias e equipamentos especiais de instituição que não possua avaliação UNIDAS	Última avaliação do estabelecimento realizado pela UNIDAS, acrescida de 10% (Redação dada com a Resolução n.º 160, de 13 de agosto de 2018)
14	Diárias Psiquiátricas referentes à prestação de serviços de internação psiquiátrica	R\$ 242,00 (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)
15	Diária referente ao acompanhamento familiar em caso de internação psiquiátrica	R\$ 214,50 (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)
16	Dietas/Nutrição enteral ou parenteral e suplementos alimentares, já estão inclusos todos os custos extras que envolvem o processo de infusão das referidas dietas e suplementos alimentação, exceto a remuneração do nutrólogo.	até 25% dos valores constantes na Tabela Brasíndice
17	Refeições	R\$ 13,08 (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)

2 – PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO

PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO

1	Primeira Avaliação	70% do valor da consulta médica
---	--------------------	---------------------------------

2	Sessão	50% do valor da primeira avaliação
---	--------	------------------------------------

3 – FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA		
1	Primeira Avaliação na rede credenciada	11% do valor da consulta médica
2	Primeira Avaliação no Ambulatório da CAAPSM	50% do valor da sessão
3	Sessão na rede credenciada	Lista de Procedimentos Médicos do ano de 1996, da AMB (Associação Médica Brasileira) com redutor de 17,65% (Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)
4	Sessão no Ambulatório da CAAPSM	Valor Contratado em Licitação
5	Sessão de Hidroterapia	18% do valor da consulta médica
6	Ausência do Beneficiário em sessão de fisioterapia no ambulatório de fisioterapia da CAAPSM	50% do valor da sessão contratado em Licitação

4 – ODONTOLOGIA

(Redação dada com a Resolução n.º 158, de 1º de julho de 2018)

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR
110	Exame Clínico e Plano de Tratamento	R\$ 16,41
120	Atendimento de Emergência	R\$ 16,41
130	Perícia Inicial	R\$ 16,41
140	Perícia Final	R\$ 16,41
150	Falta não justificada	R\$ 16,41

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR
--------	---------------	-------

210	Periapical ou inter-proximal	R\$ 5,32
220	Intra-oral (filme oclusal)	R\$ 10,35

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR
410	Profilaxia: polimento coronário (por arcada)	R\$ 10,11
420	Aplicação tópica de flúor (duas arcadas)	R\$ 12,28
430	Orientação de higiene bucal, evidenciação de placas e técnicas de escovação - fisioterapia oral (uma a cada 6 meses)	R\$ 11,40

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR
510	Aplicação tópica de flúor (verniz - quatro hemiarçadas)	R\$ 16,17
520	Aplicação de selante (técnica invasiva por elemento)	R\$ 18,75
530	Aplicação de selante (por elemento)	R\$ 15,08
540	Aplicação de cariostático (quatro hemiarçadas)	R\$ 15,08
550	Adequação do meio bucal com IRM (por hemiarcada)	R\$ 14,57
560	Adequação do meio bucal com Ionômero de vidro	R\$ 22,40
570	Remineralização (fluorterapia por sessão - quatro hemicarcada)	R\$ 14,57
580	Restauração de Ionômero de vidro - 1 face	R\$ 27,02
590	Restauração preventiva (Ionômero + selante)	R\$ 22,97
600	Tratamento expectante	R\$ 24,55

610	Exodontia de dentes decíduos	R\$ 19,52
630	Tratamento endodôntico em decíduos	R\$ 43,78

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR
810	Faceta de Resina	R\$ 53,08
820	Amálgama - 1 face - permanente	R\$ 21,51
830	Amálgama - 2 faces - permanente	R\$ 26,46
840	Amálgama - 3 faces - permanente	R\$ 30,51
850	Amálgama - 4 faces ou mais - permanente	R\$ 38,08
860	Restauração Resina fotopolimerizável (classe I, V ou VI)	R\$ 24,55
870	Restauração Resina fotopolimerizável (classe III)	R\$ 31,53
880	Restauração Resina fotopolimerizável (classe II ou I)	R\$ 33,99
890	Restauração Temporária (I.R.M. ou similar)	R\$ 4,57
900	Núcleo de preenchimento de resina	R\$ 27,76
910	Núcleo de preenchimento de amálgama	R\$ 27,76