

CONTRATO PESSOA JURÍDICA
COLETIVO - TIPO: UniMAX - ADESÃO - NACIONAL - APARTAMENTO

ABRANGÊNCIA NACIONAL

MODALIDADE PRÉ-PAGAMENTO

SUMÁRIO

I	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO	
	a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA	
	b) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE	
	c) NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	
	d) TIPO DE CONTRATAÇÃO	
	e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	
	f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	
	g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	
	h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	
	i) FORMAÇÃO DO PREÇO	
	j) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	
II	ATRIBUTOS DO CONTRATO	
III	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	
IV	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	
V	EXCLUSÕES DE COBERTURA	
VI	DURAÇÃO DO CONTRATO	
VII	PERÍODOS DE CARÊNCIA	
VIII	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	
IX	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
X	ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	
XI	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	
XII	FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	
XIII	REAJUSTE	
XIV	FAIXAS ETÁRIAS	
XV	BÔNUS	
XVI	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	
XVII	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	
XVIII	RESCISÃO/SUSPENSÃO	
XIX	DISPOSIÇÕES GERAIS	
XX	ELEIÇÃO DE FORO	

I- CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO PESSOA JURÍDICA

CONTRATO Nº _____ / UNIMED _____

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

Razão Social: **Unimed de Barra Mansa - Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares, Soc. Simples de Resp. Ltda.**

C.N.P.J.: **29.290.152/0001-58**

Registro da Operadora ANS nº: **33.026-4**

Classificação da Operadora na ANS: **Cooperativa médica**

Endereço: **Rua São Sebastião, nº 220, Centro, Barra Mansa – RJ, CEP 27345-480**

b) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

Razão Social: Associação Comercial Industrial Agro Patoril e Prestadora de Serviços de Barra Mansa.

C.N.P.J.: 28.695.336/0001-35

Endereço: Avenida Domingos Mariano Nº196 Complemento: Sobrado

Bairro: Centro

Cidade: Barra Mansa / rj CEP : 27.345-310

Representante legal: Arivaldo Correa Mattos

CPF do Representante legal: 007.468.897-98

c) **NOME COMERCIAL: UniMAX - ADESÃO - NACIONAL - APARTAMENTO.** **NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: 472.405/14-4**

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO:

d.1) O presente contrato se caracteriza pela contratação coletiva por adesão, através da **CONTRATANTE**, para cobertura da atenção prestada à população que com ela mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

d.2) Somente poderão contratar este plano de assistência à saúde coletivo por adesão as pessoas jurídicas que se enquadrem na relação abaixo:

- I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – associações profissionais legalmente constituídas;
- IV – cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V – caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI – entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
- VII – outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

d.3) As pessoas jurídicas de que trata o item anterior só poderão contratar este plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as previstas nos incisos I e II acima.

d.4) As partes **CONTRATANTES** poderão permitir a extensão dos benefícios deste plano ao grupo familiar do BENEFICIÁRIO TITULAR nos limites deste contrato.

d.5) Na hipótese de adesão do grupo familiar, conforme item anterior, dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação **CONTRATADA** é do tipo Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia com acomodação em quarto privativo com banheiro (apartamento).

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência do plano é **NACIONAL**, limitando-se a prestação dos serviços previstos neste contrato aos eventos cujos tratamentos sejam realizados **exclusivamente no território nacional, através da rede própria, cooperada, credenciada ou contratada das Unimed's integrantes do Sistema Nacional Unimed**, conforme relação expressa no Guia Médico entregue à CONTRATANTE.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do plano é: **NACIONAL**.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é APARTAMENTO (quarto privativo com banheiro), limitada aos estabelecimentos da rede credenciada básica da CONTRATADA indicada no Guia Médico, entregue à CONTRATANTE.

i) FORMAÇÃO DO PREÇO

i.1) O preço das contraprestações pecuniárias previstas neste contrato relativo aos BENEFICIÁRIOS vinculados à **CONTRATANTE** é PRÉ-ESTABELECIDO e em regime de pré-pagamento.

j) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Este contrato não possui serviços e coberturas adicionais.

II- ATRIBUTOS DO CONTRATO:

2.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei nº 9.656/98, visando Assistência Médica Hospitalar, de acordo com a segmentação **CONTRATADA (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia em quarto privativo com banheiro - apartamento)**, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

2.2. EVENTUAL ALTERAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR COMO PARÂMETRO DE COBERTURA PARA OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **ATINGE IMEDIATAMENTE A COBERTURA ASSEGURADA PELO PRESENTE CONTRATO, SEJA QUANTO A EVENTUAL AUMENTO OU REDUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, INDEPENDENTE DE COMUNICAÇÃO AO CONTRATANTE.**

2.3. O presente contrato bilateral do tipo por adesão que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições da Lei nº 9.656/98

(Leis dos Planos de Saúde) e da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

III- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. Somente será(ão) admitido(s) como beneficiário(s) deste plano de assistência à saúde coletivo por adesão a(s) pessoa(s) natural(is) que mantenha(m) com a **CONTRATANTE** vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, e a **CONTRATANTE** se enquadre em uma das hipóteses abaixo:

- I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III - associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei nº. 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº. 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
- VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2. Poderá a **CONTRATADA** cancelar e/ou recusar a adesão de beneficiário se não atendidas às condições deste contrato.

3.3. A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo, solicitar à **CONTRATANTE** e aos beneficiários, durante a vigência contratual, a comprovação do vínculo de caráter profissional, classista ou setorial de seu(s) beneficiário(s).

3.4. É condição prévia à inclusão dos BENEFICIÁRIOS o correto preenchimento da Proposta de Admissão (ou outro documento que a substitua) e da Declaração de Condições Gerais de Saúde.

3.5. Poderão ser incluídos como dependentes, em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR:

- Cônjuge;
- Companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Filho solteiro, até 18 (dezoito) anos de idade incompletos;
- Enteado, assim entendido como filho solteiro do Convivente ou Cônjuge, enquanto menor de idade;
- Filho solteiro inválido, com comprovação legal;
- Menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos solteiros, até 18 (dezoito) anos.

3.6. A ADESÃO DO GRUPO FAMILIAR DO BENEFICIÁRIO TITULAR DEPENDERÁ DA PARTICIPAÇÃO E PERMANÊNCIA DESTE ÚLTIMO NO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

3.7. É garantido o direito de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência (art. 12, III, "b", da Lei nº 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente ou Aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo (art. 20 da RN 162/2007), CONTANTO QUE TENHA SIDO CUMPRIDO O PRAZO DE CARÊNCIA REFERENTE À SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA E A INSCRIÇÃO OCORRA NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS O NASCIMENTO OU ADOÇÃO;

3.8. É assegurada a inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante (Art. 12, VII, da Lei nº 9.656/98), desde que a mesma ocorra NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS A ADOÇÃO;

3.9. É assegurada a inscrição do menor de 12 anos em guarda provisória concedida judicialmente, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular, desde que a mesma ocorra NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS A DECISÃO JUDICIAL.

3.10. Entende-se por parto coberto pela **CONTRATADA**, o cumprimento pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, na qualidade de mãe, pai ou adotante, da carência de 300 (trezentos) dias fixada para o parto a termo.

3.11. Ultrapassados os prazos previstos acima, quanto à inclusão dos filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos do BENEFICIÁRIO TITULAR, nascidos na vigência deste contrato, o cumprimento de carências se dará integralmente, nos termos deste contrato.

3.12. O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE que tenha sido excluído deste contrato, por qualquer motivo que não seja por fraude ou por perda de sua condição de dependente conforme previsto acima, poderá ser re-incluído, ficando, contudo, obrigado a cumprir as carências previstas neste contrato.

3.13. Na hipótese da re-inclusão ocorrer até 30 (trinta) dias a contar da data de sua exclusão, serão aproveitadas as carências já cumpridas para as coberturas deste contrato.

IV- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde (Art. 10 da Lei nº 9.656/98) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

4.2. O atendimento previsto neste contrato será assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, RESPEITADAS A SEGMENTAÇÃO, A ÁREA DE ATUAÇÃO E ABRANGÊNCIA, A REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CONTRATADA, CREDENCIADA OU REFERENCIADA DA CONTRATADA E OS PRAZOS DE CARÊNCIA ESTABELECIDOS NESTE CONTRATO.

4.3. Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, **respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento e reembolso previstos neste contrato.**

4.4. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS, cobertos por este contrato, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme art. 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica (aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos) que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista, **respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento e reembolso previstos neste contrato.**

4.5. São considerados procedimentos vinculados aos da natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

4.6. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

4.7. O tratamento de obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e credenciados pela **CONTRATADA**.

4.8. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

4.8.1. OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGUIMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, COMO, EXEMPLIFICATIVAMENTE, INTERNAÇÃO EM LEITO DE TERAPIA INTENSIVA APÓS TRANSPLANTE NÃO COBERTO, NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL, NÃO HAVENDO OBRIGATORIEDADE DE SUA COBERTURA POR PARTE DA CONTRATADA.

4.9. Este contrato prevê cobertura para planejamento familiar para os procedimentos e eventos constantes do Rol editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.10. As ações de planejamento familiar cobertas por este contrato envolvem atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando-se as seguintes definições:

- a) planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal;
- b) concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- c) anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- d) atividades educacionais: aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e anticoncepção, inclusive a sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- e) aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
- f) atendimento clínico: a ser realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

4.11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e vigentes.

- 4.11.1. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar terão igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação de imagens.

4.12. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL:

4.12.1. A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidade similares, observadas as seguintes exigências:

- Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput acima;
- Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos

diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

- **Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, COM NÚMERO LIMITADO POR ANO DE CONTRATO, CONFORME DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (ITEM 4.13.8 ABAIXO) ESTABELECIDAS PELA ANS;**
- **Cobertura de psicoterapia, COM NÚMERO LIMITADO POR ANO DE CONTRATO, CONFORME DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (ITEM 4.13.8 ABAIXO) ESTABELECIDAS PELA ANS, que poderá ser realizada por psicólogo ou médico devidamente habilitado;**
- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, em âmbito ambulatorial;
- Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- Cobertura para hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- Cobertura para quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Saúde (hospitais, clínicas e ambulatórios);
- **Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:**
 - a) **Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprova a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, e**
 - b) **Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente (ANVISA);**
- Cobertura para procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar para segmentação ambulatorial;
- Cobertura para procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- Cobertura para Hemoterapia ambulatorial;
- Cobertura para cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, excetuando-se as cirurgias para fins estéticos. As cirurgias refrativas (PRK ou LASIK) terão cobertura somente para os casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (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 o 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.

4.12.2. NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL ESTARÁ EXCLUÍDA COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS QUE EXIJAM FORMA DE ANESTESIA DIVERSA DA ANESTESIA LOCAL, SEDAÇÃO OU BLOQUEIO; QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA INTRA-TECAL OU QUE DEMANDE INTERNAÇÃO; E EMBOLIZAÇÕES.

4.13. SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR:

4.13.1. A Segmentação Hospitalar compreenderá os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução CONSU nº 13/1998 da ANS e disposições deste contrato, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, observadas as seguintes exigências:

- Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
- Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- **Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos: a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e c) pessoas portadoras de deficiências;**
- Cobertura para procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para a segmentação hospitalar, conforme art. 4º, da RN 338/2013, incluindo solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico (caracterizado pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção) necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - a) **Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme art. 20, inc. XI, da RN 338/2013, e os medicamentos para tratamento neoplásico domiciliar de uso oral;**
 - c) Procedimentos Radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar; d) Hemoterapia; e) Nutrição parenteral ou enteral; f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento; g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento; h) Radiologia Intervencionista; i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento; k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, **mediato** e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos por este contrato e listados

no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, EXCETO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO.

4.13.2. Na hipótese de cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos práticos; e os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estarão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e deverão ser suportados pelo CONTRATANTE.

4.13.3. Transtornos Mentais:

4.13.3.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

4.13.3.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, terão cobertura.

4.13.3.3. AS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS TERÁ COPARTICIPAÇÃO FIXA POR INTERNAÇÃO MAIS COPARTICIPAÇÃO PECUNIÁRIA EM PERCENTUAL SOBRE O TOTAL DAS DESPESAS DE INTERNAÇÃO QUANDO ULTRAPASSADOS 30 (TRINTA) DIAS DE INTERNAÇÃO CONTÍNUOS OU NÃO, NOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA DO CONTRATO. O VALOR E PERCENTUAL DA COPARTICIPAÇÃO ESTÃO PREVISTOS NA PROPOSTA DE ADMISSÃO.

4.13.3.4. Cobertura para atendimento / acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico desde que preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

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

4.13.3.5. Entende-se Hospital-Dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4.13.4. Transplantes de Córnea, Rim e Transplantes Autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

4.13.4.1. Estão cobertas as despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, observada a legislação específica que normatiza estes procedimentos, como:

- Despesas assistenciais com doadores vivos;
- Medicamentos utilizados durante a internação;
- **Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), EXCETO MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO;**
- Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

4.13.4.2. Para cobertura deste contrato, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes

de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério da fila única de espera e de seleção.

4.13.4.3. Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado neste artigo não será coberto pela **CONTRATADA**.

4.13.5. Transplante Autólogo de Medula Óssea:

4.13.5.1. O Transplante Autólogo de Medula Óssea somente terá cobertura para receptores com idade igual ou inferior a 75 (setenta e cinco) anos, portadores de uma das seguintes patologias:

- a) leucemia mielóide aguda em primeira ou segunda remissão;
- b) linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;
- c) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;
- d) mieloma múltiplo;
- e) tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual; e
- f) neuroblastoma em estágio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia (remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

4.13.6. Transplante Alogênico de Medula Óssea:

4.13.6.1. O Transplante Alogênico de Médula Óssea (Transplante de Célula Tronco Hematopoética) em que o RECEPTOR e o DOADOR são consangüíneos podem ser realizados com ou sem mieloblação, terão cobertura desde que preenchidos os seguintes critérios:

4.13.6.1.1. COM MIELOABLAÇÃO:

- O receptor tenha idade igual ou inferior a 65 anos, portador de uma das seguintes patologias:

- a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;
- b) leucemia mielóide aguda com falha na primeira indução;
- c) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;
- d) leucemia linfóide aguda / linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;
- e) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;
- f) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);
- g) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;
- h) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;
- i) imunodeficiência celular primária;
- j) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 (quinze) anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; ou
- k) mielofibrose primária em fase evolutiva.

4.13.6.1.2. SEM MIELOABLAÇÃO:

- O receptor tenha idade igual ou inferior a 70 anos, portador de uma das seguintes patologias:

- a) qualquer das listadas no item anterior, em pacientes com doença associada (co-morbidade);
- b) leucemia linfóide crônica;
- c) mieloma múltiplo;

d) linfoma não Hodgkin indolente; ou

e) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

4.13.6.2. O Transplante Alogênico de Médula Óssea (Transplante de Célula Tronco Hematopoética) em que o RECEPTOR e o DOADOR NÃO são consangüíneos terão cobertura quando o receptor tiver idade igual ou inferior a 60 anos e apresentar um das seguintes patologias:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

c) leucemia linfóide aguda / linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

e) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);

f) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

g) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

h) imunodeficiência celular primária;

i) osteopetrose; ou

j) mielofibrose primária em fase evolutiva.

4.13.7. Fornecimento de Órteses e Próteses:

4.13.7.1. SOMENTE SERÃO FORNECIDAS AS ÓRTESES E PRÓTESES LIGADAS E ESSENCIAIS AOS ATOS CIRÚRGICOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE EDITADO PELA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, LEGALMENTE REGISTRADAS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, PRESCRITAS PELO MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE JUSTIFICADAMENTE, PODENDO A CONTRATADA FORNECÊ-LAS DIRETAMENTE OU AUTORIZAR SEU FORNECIMENTO POR TERCEIROS POR ELA DETERMINADOS;

4.13.7.2. Caberá ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - **OPME** necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e cobertos por este contrato. **No entanto, o profissional requisitante deve, quando solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e, em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.**

4.13.7.3. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses e próteses deverá seguir lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

4.13.8. PROCEDIMENTOS E EVENTOS LISTADOS NO ROL EDITADO PELA ANS COM COBERTURA LIMITADA, CONFORME DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO - DUT ANEXA AO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA ANS:

4.13.8.1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) crianças de qualquer idade que apresentem um episódio ou episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica ou deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma), precipitada por jejum prolongado, ou baixa ingesta, como por exemplo, por vômitos, ou por aumento das necessidades energéticas (exercício prolongado, febre, infecções); b) crianças de qualquer idade com síndrome de Reye ou

“Reye-like” (encefalopatia aguda não inflamatória com hiperamonemia e disfunção hepática); c) pacientes de qualquer idade com cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem diagnóstico etiológico; d) pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

4.13.8.2. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA: Cobertura obrigatória quando for solicitado por um geneticista clínico, puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes de Utilização disponibilizadas através de Nota Técnica, no endereço eletrônico www.ans.gov.br, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes; b) na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes do item a, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual ou história familiar e, permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a anamnese, o exame físico, a análise de heredograma e exames diagnósticos convencionais. OBS: Excepcionalmente para o item “a” desta Diretriz, fica concedido o prazo até 02 de janeiro de 2014 para publicação de nota técnica com as diretrizes acima referidas. Para a Distrofia Muscular de Duchenne/Becker a cobertura se dará nos seguintes termos: Cobertura obrigatória para indivíduos do sexo masculino, sintomáticos (fraqueza muscular proximal com CK total elevada e/ou ENMG alterada, com ou sem biópsia muscular), para pesquisar o gene distrofina. Para o aconselhamento genético dos familiares do sexo feminino em risco (possibilidade de ser portadora – doença recessiva ligada ao X), apenas a partir do resultado do teste no caso índice ou se tiver sido testada a portadora obrigatória (mãe do afetado); ou nos casos com elevação dos níveis de creatinofosfoquinase (CK), alteração do padrão de atividade elétrica verificada pela eletroneuromiografia (ENMG) ou com biópsia muscular com análise imunohistoquímica suspeita de distrofia. Método analítico, de forma escalonada: 1) Para pesquisa de deleções: PCR múltiplex para éxons selecionados (pelo menos 18). 2) Para deleções e duplicações: MLPA para todos os 79 éxons. Deleções de um éxon simples devem ser confirmadas por um procedimento independente. 3) Apenas se não esclarecido pelos anteriores, sequenciamento completo bidirecional (convencional, Sanger) das regiões codificantes de todo o gene.

4.13.8.3. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (realização apenas em aparelhos multislice com 64 colunas de detectores ou mais): a) avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% calculada segundo os critérios de Diamond Forrester revisado¹, como uma opção aos outros métodos diagnósticos de doença arterial coronariana; b) dor torácica aguda, em pacientes com TIMI RISK 1 e 2, com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica; c) para descartar doença coronariana isquêmica, em pacientes com diagnóstico estabelecido de insuficiência cardíaca (IC) recente, onde permaneça dúvida sobre a etiologia da IC mesmo após a realização de outros exames complementares; d) em pacientes com quadro clínico e exames complementares conflitantes, quando permanece dúvida diagnóstica mesmo após a realização de exames funcionais para avaliação de isquemia; e) pacientes com suspeita de coronárias anômalas.

4.13.8.4. AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA/ AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL: Cobertura obrigatória para pacientes a partir de 3 anos de idade, conforme indicação do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I: a) dificuldades de aprendizagem; b) dificuldade de compreensão em ambientes ruidosos; c) dificuldade de comunicação oral e/ou escrita; d) agitados, hiperativos ou muito quietos; e) alteração de comportamento e/ou de atenção; f) dificuldades auditivas não orgânicas (resultado de audiometria tonal normal).

Grupo II: a) pacientes com habilidades de linguagem receptiva e emissiva insuficientes para

compreender as tarefas verbais solicitadas ou que apresentem problemas cognitivos; b) ausência de avaliação audiológica básica prévia.

4.13.8.5. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE: Cobertura obrigatória para gestantes com sorologia IgM positiva para toxoplasmose, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) quando o resultado do IgM for maior que 2; b) quando o resultado do IgM estiver entre 1 e 2 na primeira testagem e aumentar na segunda testagem, realizada após intervalo de 3 a 4 semanas.

4.13.8.6. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRAFIA - US (MAMOTOMIA): Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) estudo histopatológico de lesões não palpáveis; b) nódulos mamários menores que 2 cm; c) nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS.

4.13.8.7. BLOQUEIO COM TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE DISTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMIFACIAL E ESPASTICIDADE: 1. Cobertura obrigatória para o tratamento das distonias focais e segmentares quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I: a) blefaroespasma; b) distonia laríngea; c) espasmo hemifacial; d) distonia cervical; e) distonia oromandibular; e f) câimbra do escrivão.

Grupo II: a) gravidez ou amamentação; b) hipersensibilidade à toxina botulínica ou a um de seus componentes; c) doença neuromuscular associada (por exemplo: doenças do neurônio motor, miastenia gravis); d) uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo: aminoglicosídeos); e) presença provável de anticorpos contra a toxina botulínica, definida por perda de resposta terapêutica, após um determinado número de aplicações, em paciente com melhora inicial; e f) perda definitiva de amplitude articular por anquilose ou retração tendínea.

2. Cobertura obrigatória para portadores de espasticidade que apresentarem comprometimento funcional, ou dor ou risco de estabelecimento de deformidades osteomusculares, desde que esteja garantida a segurança do paciente (pelos seus familiares ou cuidadores no seguimento do tratamento, monitorização dos efeitos adversos e adesão às medidas instituídas) quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I: a) Paraplegia espástica tropical (CID G04.1); b) Paralisia cerebral espástica (CID G80.0); c) Diplegia espástica (CID G80.1); d) Hemiplegia infantil (CID G80.2); e) Hemiplegia espástica (CID G81.1); f) Paraplegia espástica (CID G82.1); g) Tetraplegia espástica (CID G82.4); h) Sequelas de hemorragia subaracnóideia (CID I69.0); i) Sequelas de hemorragia intracerebral (CID I69.1); j) Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas (CID I69.2); k) Sequelas de infarto cerebral (CID I69.3); l) Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (CID I69.4); m) Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas (CID I69.8); n) Sequelas de traumatismo intracraniano (CID T90.5); e o) Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça (CID T90.8).

Grupo II: a) hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA; b) perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM grau 4 (Escala de Ashworth Modificada); c) doenças da junção neuromuscular (miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert); d) desenvolvimento de anticorpos contra TBA; e) infecção no local de aplicação; f) gravidez ou amamentação; g) uso concomitante de potencializadores do bloqueio neuromuscular (por exemplo, aminoglicosídeos ou espectinomicina); h) impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico e de manutenção dos cuidados de reabilitação propostos.

4.13.8.8. BRAF: Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

4.13.8.9. CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO (CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE

FARMACOLÓGICO, CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – ESTRESSE FÍSICO, CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO – REPOUSO): 1. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica em repouso na suspeita de Síndrome Coronariana Aguda quando ECG não diagnóstico (normal ou inconclusivo) e marcador de necrose miocárdica negativo, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) suspeita de infarto de ventrículo direito; b) suspeita de infarto com reperfusão, não diagnosticado por exames convencionais; e c) na investigação de dor torácica em situação de emergência. 2. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica em repouso em pacientes com dor torácica aguda na suspeita de inflamação ou infiltração miocárdica. 3. Cobertura obrigatória da cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e de estresse na avaliação e estratificação de risco de paciente com Síndrome Coronariana Aguda confirmada para: a) avaliação de isquemia miocárdica residual, avaliação de miocárdio viável e para avaliação funcional de lesões coronarianas detectadas no estudo anatômico das coronárias; b) Identificação da gravidade e extensão da área de isquemia induzida em pacientes com estabilização clínica com terapia medicamentosa. 4. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso na identificação do vaso relacionado à isquemia quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) doença arterial coronária (DAC) comprovada quando há necessidade de localização e/ou quantificação da área isquêmica a ser revascularizada; b) avaliação de isquemia em lesão intermediária (de 50 a 80% de estenose) identificada na coronariografia diagnóstica ou angiotomografia. 5. Cobertura obrigatória para detecção de viabilidade miocárdica em pacientes com disfunção ventricular grave (fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 40%) com DAC suspeita ou confirmada. 6. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para estratificação de risco, quando há suspeita de DAC e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) na estratificação pré-operatória de cirurgia vascular arterial em pacientes com pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco clínicos: história prévia de DAC, história de insuficiência cardíaca, história de doença cerebrovascular, diabetes melitus, e/ou creatinina sérica maior que 2mg/dL; b) estratificação pré-operatória de cirurgia geral em pacientes com diagnóstico confirmado das seguintes cardiopatias: infarto agudo do miocárdio ocorrido nos últimos 6 meses, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada ou doença valvar grave; c) estratificação pré-operatória antes de cirurgia geral de risco intermediário ou alto 6 em pacientes com capacidade funcional menor ou igual a 4 METS ou que seja impossível avaliar a capacidade funcional quando preenchido pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco: história prévia de DAC, história de insuficiência cardíaca, história de doença cerebrovascular, diabetes melitus, e/ou creatinina sérica maior que 2mg/dL. 7. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso para estratificação de risco, quando há suspeita de DAC ou DAC confirmada e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) paciente sintomático com probabilidade pré-teste de 10 a 90% segundo Diamond Forrester e com incapacidade realização de teste ergométrico ou contra-indicação; b) paciente com teste ergométrico inconclusivo ou positivo, score de DUKE intermediário ou alto, quando houver suspeita de ser falso positivo ou quando houver necessidade de quantificar o grau e extensão da isquemia para definição de tratamento; c) probabilidade pré-teste menor ou igual a 10%, pelos critérios de Diamond e Forrester, mas incapazes de realizar o teste de esforço ou com ECG basal alterado e de difícil interpretação devido a ritmo de marcapasso, síndrome de Wolf Parkinson White, infra de ST > 1mm ou BRE completo; d) paciente sintomático com lesão coronária com estenose inferior a 50%, documentada por métodos anatômicos, para definição da presença de isquemia miocárdica funcional. 8. Paciente com suspeita de DAC submetidos a exames prévios para avaliação de isquemia com resultados inconclusivos ou conflitantes: a) pacientes com diabetes mellitus quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: com doença há pelo menos dez anos ou microangiopatia diabética ou fatores de risco para DAC (HAS, Tabagismo, dislipidemia ou historia familiar de DAC precoce); b) pacientes com evidência de aterosclerose documentada por exames complementares; c) Escore de Framingham indicando risco maior ou igual a 20% de eventos em 10

anos. 9. Cobertura obrigatória de cintilografia de perfusão miocárdica de estresse e repouso na investigação de pacientes com revascularização miocárdica prévia (cirúrgica ou percutânea) quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) presença de resultados sub-ótimos ou complicações durante o procedimento, para definição de isquemia residual; b) recorrência dos sintomas ou equivalentes isquêmicos como dispnéia, síncope ou arritmia ventricular após revascularização; c) estratificação de risco do paciente após revascularização. 10. Cobertura obrigatória da cintilografia miocárdica de repouso e de estresse na avaliação e estratificação de risco de paciente com DAC conhecida submetido a terapia medicamentosa após 6 meses de início e/ou alteração do tratamento.

4.13.8.10. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA): Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) mulheres com capacidade civil plena; b) maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; c) seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; d) seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; e) em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; f) toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: a) durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores; b) através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização; c) quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; d) em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

4.13.8.11. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA): A esterilização masculina representada pelo método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) homens com capacidade civil plena; b) maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; c) seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações; d) seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; e) em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado; f. o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la; g) seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão; h) avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente. É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos: a) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico; b) em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

4.13.8.12. CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK: Cobertura obrigatória para pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 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.

4.13.8.13. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico); b) pacientes com infecções congênitas.

4.13.8.14. COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) Exposição corneal; b) Risco de úlcera e perfuração de córnea.

4.13.8.15. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA: Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I: a) 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 (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras); b) IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem comorbidade.

Grupo II: a) pacientes com IMC superior a 50 kg/m²; b) pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio); c) uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos; d) hábito excessivo de comer doces.

4.13.8.16. CORDOTOMIA-MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) dor de origem neoplásica; b) espasticidade em pacientes paraplégicos não deambuladores, para o tratamento da dor nociceptiva (dor aguda ou tipo choque).

4.13.8.17. DERMOLIPECTOMIA: Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente 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.

4.13.8.18. DÍMERO-D: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores; b) avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

4.13.8.19. EGFR: Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

4.13.8.20. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO: Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

4.13.8.21. EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA: Cobertura obrigatória para mulheres portadoras de leiomiomas uterinos intramurais sintomáticos ou miomas múltiplos sintomáticos na presença do intramural quando preenchidos todos os critérios do grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:

Grupo I: a) queixa de menorragia/metrorragia, dismenorreia, dor pélvica, sensação de pressão supra-púbica e/ou compressão de órgãos adjacentes; b) alteração significativa da qualidade de vida ou

capacidade laboral.

Grupo II: a) mulheres assintomáticas; b) adenomiose isolada; c) mioma subseroso pediculado; d) leiomioma submucoso (50% do diâmetro na cavidade uterina); e) leiomioma intraligamentar; f) diâmetro maior que 10 cm; g) extensão do mioma acima da cicatriz umbilical; h) neoplasia ou hiperplasia endometriais; i) presença de malignidade; j) gravidez/ amamentação; k) doença inflamatória pélvica aguda; l) vasculite ativa; m) história de irradiação pélvica; n) coagulopatias incontroláveis; o) insuficiência renal; p) uso concomitante de análogos de GnRH; q) desejo de gravidez, exceto quando contra-indicada a miomectomia ou outras alternativas terapêuticas conservadoras.

4.13.8.22. ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios do grupo II:

Grupo I: a) dor neurogênica; b) dor músculo-esquelética; c) dor visceral; d) dor simpaticamente mediada; e) dor pós-traumática; f) dor leve a moderada pós-operatória; g) espasticidade da lesão medular e hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico.

Grupo II: a) paciente no primeiro trimestre da gestação; b) para melhora do equilíbrio dos pacientes com seqüela de AVE em fase crônica; c) pacientes portadores de: marcapassos cardíacos; arritmias cardíacas, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente; dor de etiologia desconhecida; epilepsia, a menos que tenha sido recomendada pelo médico assistente; d) quando a estimulação ocorrer nas seguintes regiões: na parte anterior do pescoço; na região da cabeça, quando posicionado de forma transcerebral; pele com solução de continuidade; pele com parestesia ou anestesia (sensibilidade anormal); abdomen durante a gestação; regiões com implantes metálicos; áreas recentemente irradiadas; próximo à boca e sobre os olhos; sobre o seio carotídeo.

4.13.8.23. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com trombose venosa recorrente; b) pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática; c) pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa; d) pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); e) pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa; f) familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

4.13.8.24. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada); b) pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.

4.13.8.25. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA: Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I: a) 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 (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras); b) IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

Grupo II: a) pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio); b) uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos. Referências Bibliográficas: Resolução do CFM nº 1.942/2010.

4.13.8.26. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) para a caracterização da fase replicativa da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), quando o HBeAg for negativo, nos pacientes cirróticos ou com coagulopatias em

avaliação para início de tratamento para a hepatite B; b) na avaliação inicial pré-tratamento para a hepatite B de qualquer paciente portador de hepatite B, quando este apresentar HBsAg positivo, ALT elevada e HBeAg negativo; c) na monitorização após o tratamento medicamentoso de pacientes com prováveis cepas mutantes pre-core, a cada seis meses no 1º ano de acompanhamento e, após este período, uma vez por ano.

4.13.8.27. HEPATITE C – GENOTIPAGEM: Cobertura obrigatória na avaliação para início de tratamento da hepatite C, na presença de atividade necro-inflamatória e fibrose moderada a intensa evidenciada em biópsia hepática realizada nos últimos 2 anos (exceto nos casos de pacientes com hepatite viral aguda C com diagnóstico bem estabelecido, hemofilia ou cirrose compensada com varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, por ser a biópsia hepática contra-indicada nestas situações), quando preenchidos pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I: a) pacientes com hepatite viral aguda C; b) pacientes com hepatite viral crônica C com idade entre 12 e 70 anos, contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³ e contagem de neutrófilos superior a 1.500/mm³).

Grupo II: a) tratamento prévio com interferon peguilado associado ou não à ribavirina; b) consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses; c) hepatopatia descompensada; d) cardiopatia grave; e) doença da tireóide descompensada; f) neoplasias; g) diabetes mellitus tipo I de difícil controle ou descompensada; h) convulsões não controladas; i) imunodeficiências primárias; j) controle contraceptivo inadequado; k) gravidez (beta-HCG positivo).

4.13.8.28. HER-2: Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

4.13.8.29. HIV, GENOTIPAGEM: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I: a) pacientes em uso regular de TARV (terapia anti-retroviral) há pelo menos 6 meses e com carga viral (CV) detectável acima de 5.000 cópias/ml; b) gestantes em uso regular de TARV há pelo menos 3 meses e com CV acima de 5.000 cópias/ml; c) pacientes candidatos ao uso de enfuvirtida (T20), conforme Nota Técnica nº 50/2005 GAB/PN DST-AIDS/SVS/MS.

Grupo II: a) genotipagem anterior indicando multi-resistência (presença de "R" a todas as drogas segundo algoritmo da Rede Nacional de Genotipagem RENAGENO); e/ou b) pacientes com carga viral inferior a 5.000 cópias/ml; e/ou c) não adesão ao tratamento.

4.13.8.30. IMPLANTE COCLEAR: Cobertura obrigatória, unilateral ou bilateral, conforme indicação do médico assistente, nos seguintes casos: 1) Em crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias de idade, quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral; b) experiência com uso de próteses auditivas por um período mínimo de 3 meses na perda auditiva severa (exceto no caso de meningite - risco de ossificação da cóclea o que pode impedir a inserção do feixe de eletrodos, devendo essas crianças serem implantadas o mais precocemente possível); c) motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica; 2) Em crianças a partir de 7 anos até 11 anos 11 meses e 29 dias de idade, quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral; b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) em ambas as orelhas; c) presença de código linguístico estabelecido; d) motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica; 3. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos com deficiência auditiva pós-lingual, quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) perda auditiva neurosensorial severa ou profunda bilateral; b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas; c) motivação adequada da família para o uso do implante coclear e para o processo

de reabilitação fonoaudiológica; 4. Em adolescentes (a partir de 12 anos de idade), adultos e idosos com deficiência auditiva pré-lingual, quando preenchidos todos os seguintes critérios: a) perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral; b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas; c) presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral; e d) motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear e para o processo de reabilitação fonoaudiológica.

4.13.8.31. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL: Cobertura obrigatória, nos termos do Parecer CFM Nº 2/2005, para pacientes portadores de ceratocone nos estágios III (moderado) ou IV (severo), nos quais todas as modalidades de tratamento clínico tenham sido tentadas e nenhuma das condições abaixo estiver presente: a) ceratocone avançado com ceratometria maior que 75,0 dioptrias; b) ceratocone com opacidade severa da córnea; c) hidropsia da córnea; d) associação com processo infeccioso local ou sistêmico; e) síndrome de erosão recorrente da córnea.

4.13.8.32. IMPLANTE DE CÁRDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR): Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível; b) taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural; c) síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular; d) prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: 1. FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; 2. fração de ejeção menor ou igual a 30% e classe funcional I; 3. fração de ejeção menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico; e) prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; f) prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica). OBS: O procedimento implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marcapasso multissítio/ressincronizador cardíaco (RC), é uma tecnologia diferente da citada nesta diretriz e, portanto, sem cobertura obrigatória.

4.13.8.33. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR: Cobertura obrigatória para pacientes adultos com síndrome de dor crônica de origem neuropática quando haja relatório médico e fisioterápico atestando ausência de melhora da dor, ou redução inferior a 50% no escore VAS, com tratamento medicamentoso e fisioterápico realizado continuamente por um mínimo de 6 meses.

4.13.8.34. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA: Cobertura obrigatória para: 1. Pacientes portadores de doença de Parkinson idiopática, quando haja relatório médico descrevendo a evolução do paciente nos últimos 12 meses e atestando o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) diagnóstico firmado há pelo menos 5 anos; b) resposta à levodopa em algum momento da evolução da doença; c) refratariedade atual ao tratamento clínico (conservador); d) existência de função motora preservada ou residual no segmento superior; e) ausência de comorbidade com outra doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante primária (não causada pela doença de Parkinson). 2. Pacientes com tremor essencial, não parkinsoniano, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) o tremor seja intenso e incapacitante, causando desabilitação funcional que interfira nas atividades diárias; b) tenha havido tratamento conservador prévio por no mínimo dois anos; c) haja refratariedade ao tratamento medicamentoso; d) exista função motora preservada ou residual no

segmento superior. 3. Pacientes maiores de 8 anos com distonia primária, quando atestado pelo médico a refratariedade ao tratamento medicamentoso. 4. Pacientes com epilepsia quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) haja refratariedade ao tratamento medicamentoso; b) não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso; c) o paciente já tenha sido submetido à estimulação do nervo vago sem sucesso.

4.13.8.35. INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL: Cobertura obrigatória para pacientes com incontinência urinária grave (confirmada por exame de urodinâmica) após prostatectomia para tratamento de câncer de próstata, quando o paciente preencha todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I: a) prostatectomia realizada há pelo menos 12 meses; b) níveis séricos de PSA <0,01 ng/ml nos últimos 12 meses ou <0,5 ng/ml para os casos em que o paciente foi submetido a radioterapia; c) estado nutricional adequado (Albumina $\geq 3,5$ g/dl e IMC > 22kg/m²); d) possua habilidade motora e cognitiva sendo capaz de realizar as atividades da vida diária; e) tenha sido tentado tratamento conservador prévio, sem resultados.

Grupo II: a) recidiva local da neoplasia; b) baixa expectativa de vida; c) história de alergia ao silicone; d) doenças uretrais crônicas.

4.13.8.36. IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULAÇÃO: Cobertura obrigatória para: 1. Estimulação do nervo vago em pacientes portadores de epilepsia, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) haja refratariedade ao tratamento medicamentoso; b) não haja indicação de ressecções corticais ou o paciente já tenha sido submetido a procedimentos ressectivos, sem sucesso. 2. Estimulação do plexo sacral em pacientes com incontinência fecal ou com incontinência urinária por hiperatividade do detrusor, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) haja refratariedade ao tratamento conservador (tratamento medicamentoso, mudança de dieta alimentar, treinamento da musculatura pélvica e vesical, biofeedback); b) teste prévio demonstrando eficácia do dispositivo para neuromodulação sacral. 3. Estimulação de plexos ou nervos periféricos para tratamento de dor crônica quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) a dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral; b) não haja resposta aos tratamentos farmacológico e fisioterápico ou fisiátrico, realizados por no mínimo 6 meses; c) teste prévio demonstrando redução da dor com a estimulação elétrica percutânea.

4.13.8.37. IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL E VENTRICULAR): 1. Doença do nó sinusal. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) presença de bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré-síncope, síncope, tonturas ou insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia; b) presença de intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica; c) bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas; d) síncope de etiologia indefinida, na presença de Doença do Nó Sinusal documentada ao Estudo Eletrofisiológico. 2. Síndrome do Seio Carotídeo. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) quando houver síncope recorrente em situações que envolvam a estimulação mecânica do seio carotídeo, provocando assistolia > 3 segundos documentada; b) síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardio-inibitória à massagem do seio carotídeo; c) síncope recorrente de etiologia indefinida reprodutível por massagem do seio carotídeo. 3. BAV de primeiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) irreversível, com síncope ou pré-síncope e estudo eletrofisiológico que demonstre uma localização intra ou infra-His e com agravamento por

estimulação atrial ou teste farmacológico; b) com sintomas consequentes ao acoplamento AV anormal. 4. BAV de segundo grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização; b) tipo II, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HIS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio; c) com flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia; d) tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio (IAM); e) tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível; f) com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média abaixo de 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível. 5. BAV de terceiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia; b) persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca, independente de presença de sintomatologia; c) assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra-His, ou ritmo de escape infra-His; d) assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de antiarrítmicos depressores do ritmo de escape; e) adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40 bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício; f) irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília; g) irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva; h) congênito, assintomático, com ritmo de escape de QRS largo, com cardiomegalia progressiva ou com FC inadequada para a idade; i) adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa; j) irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação da junção do nó AV. 6. Bloqueios Intraventriculares. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) bloqueio de ramo bilateral alternante documentado com síncope, pré-síncope ou tonturas recorrentes; b) intervalo HV > 70 ms espontâneo ou com bloqueio intra ou infra-His induzido por estimulação atrial ou teste farmacológico, em pacientes com síncope, pré-síncope ou tonturas sem causa determinada; c) pacientes assintomáticos com intervalo HV > 100ms espontâneo; d) bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas; e) bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas. 7. Síncope Neuro-Mediadas. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória); b) marcapasso definitivo na síncope associada a um importante componente cardioinibitório, de preferência detectado durante condição clínica espontânea, claramente refratária ao tratamento com medidas gerais e farmacológicas.

4.13.8.38. IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODOS ATRIAL OU VENTRICULAR): 1. Doença do nó sinusal. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) presença de bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e indispensáveis ao tratamento, na presença de manifestações documentadas de pré-síncope, síncope, tonturas ou insuficiência cardíaca ou intolerância aos esforços, claramente relacionados ao quadro de bradicardia; b) presença de intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica; c) bradicardia espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas; d) síncope de etiologia indefinida, na presença de Doença do Nó Sinusal documentada ao Estudo Eletrofisiológico. 2. Síndrome do Seio Carotídeo. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) quando

houver síncope recorrente em situações que envolvam a estimulação mecânica do seio carotídeo, provocando assistolia > 3 segundos documentada; b) síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardioinibitória à massagem do seio carotídeo; c) síncope recorrente de etiologia indefinida reprodutível por massagem do seio carotídeo. 3. BAV de primeiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) irreversível, com síncope ou pré-síncope e com estudo eletrofisiológico que demonstre uma localização intra ou infra-His e com agravamento por estimulação atrial ou teste farmacológico; b) com sintomas consequentes ao acoplamento AV anormal. 4. BAV de segundo grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) permanente ou intermitente, ou causado pelo uso de fármacos indispensáveis ao tratamento, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionada à bradicardia, independente do tipo e localização; b) tipo II, com QRS largo e localização abaixo do feixe de HIS, permanente ou intermitente, e irreversível, mesmo sem presença de sintomatologia relacionada ao bloqueio; c) com flutter/fibrilação atrial com documentação de resposta ventricular baixa em pacientes com sintomas de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia; d) tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio (IAM); e) tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível; f) com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média abaixo de 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível. 5. BAV de terceiro grau. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomatologia de baixo fluxo cerebral ou insuficiência cardíaca relacionados à bradicardia; b) persistente após 15 dias de episódio de Infarto Agudo do Miocárdio ou Cirurgia Cardíaca, independente de presença de sintomatologia; c) assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra-His, ou ritmo de escape infra-His; d) assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de antiarrítmicos depressores do ritmo de escape; e) adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício; f) irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília; g) irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva; h) congênito, assintomático, com ritmo de escape de QRS largo, com cardiomegalia progressiva ou com FC inadequada para a idade; i) adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa; j) irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação da junção do nó AV. 6. Bloqueios Intraventriculares. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) bloqueio de ramo bilateral alternante documentado com síncope, pré-síncope ou tonturas recorrentes; b) intervalo HV > 70 ms espontâneo ou com bloqueio intra ou infra-His induzido por estimulação atrial ou teste farmacológico, em pacientes com síncope, pré-síncope ou tonturas sem causa determinada; c) pacientes assintomáticos com intervalo HV > 100ms espontâneo; d) bloqueios de ramo ou bifascicular, associados ou não a BAV de 1º grau, com episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas; e) bloqueios de ramo ou bifascicular, associados episódios sincopais sem documentação de BAVT paroxístico, em que foram afastadas outras causas. 7. Síncope Neuro-Mediadas. Cobertura obrigatória quando houver documentação de um dos itens abaixo: a) marcapasso definitivo, (Rate Drop Response) para síncope recorrentes por hipersensibilidade do seio carotídeo (forma cardioinibitória); b) marcapasso definitivo na síncope associada a um importante componente cardioinibitório, de preferência detectado durante condição clínica espontânea, claramente refratária ao tratamento com medidas gerais e farmacológicas.

4.13.8.39. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR): 1. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE ≤35%, ritmo sinusal, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, em tratamento clínico otimizado, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) CF II, III ou IV ambulatorial, com BRE completo e QRS≥120 ms; b) CF III ou IV ambulatorial,

sem padrão de BRE, mas com QRS \geq 150 ms. 2. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente, FEVE \leq 35%, CFIII ou IV ambulatorial, em tratamento clínico otimizado, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, dependentes de marcapasso convencional (controle do ritmo \geq 95%) por ablação do nodo AV ou controle farmacológico do ritmo. 3. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE \leq 35%, com indicação formal de implante ou troca de marcapasso para controle de pelo menos 40% do ritmo, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano e Classe Funcional III ou IV em tratamento clínico otimizado. OBS: O procedimento implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) em associação ao marcapasso multissítio/ ressinchronizador cardíaco (RC), é uma tecnologia diferente da citada nesta diretriz e, portanto, sem cobertura obrigatória.

4.13.8.40. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO): Cobertura obrigatória para: 1. Pacientes portadores de dor crônica, quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) dor interfere significativamente nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral; b) não houve resposta aos tratamentos farmacológicos e fisioterápicos ou fisiátricos, realizados por no mínimo 6 meses (exceto portadores de neoplasias malignas); c) houve melhora com o uso prolongado de opioides administrados por via sistêmica em tratamento prévio; d) existe intolerância intensa aos opioides orais; e) verifica-se melhora com a infusão de opioides no compartimento epidural raquidiano realizada durante pelo menos 3 dias; f) o paciente não esteja imunocomprometido. 2. Pacientes espasticidade quando atestado pelo médico o preenchimento de todos os seguintes critérios: a) a espasticidade seja intensa, afetando, no mínimo, dois membros; b) presença de sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico; c) tenha havido resposta satisfatória à aplicação intratecal de baclofeno.

4.13.8.41. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS: Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

4.13.8.42. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA: Cobertura obrigatória em casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou Tempo de protrombina (PT) prolongados, quando necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.

4.13.8.43. KRAS: Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento.

4.13.8.44. MAMOGRAFIA DIGITAL: Cobertura obrigatória para mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos.

4.13.8.45. MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO CARDÍACO TRIDIMENSIONAL: Cobertura obrigatória do procedimento quando o paciente apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: a) fibrilação atrial; b) taquicardia ventricular sustentada na presença de cardiopatia estrutural; c) taquicardia atrial reentrante na presença de doença atrial; d) insucesso da ablação prévia ou recorrência de arritmia após ablação.

4.13.8.46. MICROCIURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ): Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) espasticidade em pacientes paraplégicos; b) espasticidade em pacientes hemiplégicos; c) espasticidade assimétrica em crianças; d) dor neuropática - lesão periférica (deafferentação, membro fantasma, causalgia ou síndrome complexa da dor regional).

4.13.8.47. MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS): Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) suspeita de hipertensão do avental branco; b) avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgãos-alvo e suspeita de hipertensão mascarada; c) avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva; d) quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo; e) quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência, ou progressão de lesão

de órgãos-alvos.

4.13.8.48. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA: Cobertura obrigatória quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: a) pacientes com doença descompressiva; b) pacientes com embolia traumática pelo ar; c) pacientes com embolia gasosa; d) pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça; e) pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico; f) pacientes com gangrena gasosa; g) pacientes com síndrome de Fournier, com classificação de gravidade III ou IV; h) pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV; i) pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV; j) pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas; k) pacientes diabéticos com ulcerações infectadas profundas da extremidade inferior (comprometendo ossos ou tendões) quando não houver resposta ao tratamento convencional realizado por pelo menos um mês, o qual deve incluir, obrigatoriamente, antibioticoterapia em doses máximas, controle estrito da glicemia, desbridamento completo da lesão e tratamento da insuficiência arterial (incluindo revascularização, quando indicada).

ESCALA “USP” DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENAÇÃO HIPERBÁRIA

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo		Leve/moderado	Intenso
Diabetes		Sim	
Hipertensão Art. Sist.		Sim	
Queimadura		< 30% da superfície corporal	< 30% da superfície corporal
Osteomielite		Sim	c/exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção / Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
>Diâmetro DA >Lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Insuficiência. Arterial Aguda		Sim	
Insuficiência Arterial Crônica			Sim
Lesão Aguda		Sim	
Lesão Crônica			Sim
FQAlteração Linfática		Sim	
Amputação/Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	
Períneo / Mama / Face			Sim

CLASSIFICAÇÃO EM 4 GRUPOS (I a IV) PELA SOMATÓRIA DOS PONTOS:

G I: < 10 pontos G II: 11 a 20 pontos G III: 21 a 30 pontos G IV: > 31 pontos

4.13.8.49. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION): Cobertura obrigatória quando for solicitado por um geneticista clínico, puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) na

assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nas Diretrizes de Utilização disponibilizadas através de Nota Técnica, no endereço eletrônico www.ans.gov.br, quando seguidos os parâmetros definidos nestas diretrizes; b) na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes do item a, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual ou história familiar e, permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a anamnese, o exame físico, a análise de heredograma e exames diagnósticos convencionais.

4.13.8.50. PET-SCAN ONCOLÓGICO: 1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: a) para caracterização das lesões; b) no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância; c) na detecção de recorrências. 2. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: a) no estadiamento primário; b) na avaliação da resposta terapêutica; c) no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e nãoHodgkin. 3. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: a) câncer recidivado potencialmente ressecável; b) CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional; c) recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado. 4. Cobertura obrigatória para avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios: a) ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas; b) nódulo maior que um centímetro; c) não espiculados; d) sem calcificações. 5. Cobertura obrigatória para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos. 6. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido: a) presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão; b) quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor. 7. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: a) no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores; b) para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura). 8. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome). OBS: Em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizar o mesmo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.

4.13.8.51. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com trombose venosa recorrente; b) pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática; c) pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa; d) pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); e) pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa; f) familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

4.13.8.52. RADIOABLAÇÃO/TERMOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO: Cobertura obrigatória para lesão tumoral de até 4 cm, distante de órgãos vizinhos (vesícula biliar, estômago e

cólon), da cápsula hepática e de ramos da veia hepática e veia porta, em localização acessível.

4.13.8.53. RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUENCIA: 1. Cobertura obrigatória para pacientes com dor facetária (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia), quando forem preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I: a) limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos seis semanas; b) redução >50% da dor referida medida pela VAS após infiltração facetária utilizando anestésico local; c) falha no tratamento conservador adequado.

Grupo II: a) cirurgia espinhal prévia no segmento analisado; b) hérnia discal; c) sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas; 2. Cobertura obrigatória para pacientes com espasticidade focal, intensa e com sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico. 3. Pacientes portadores de nevralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses.

4.13.8.54. SUCCINIL ACETONA: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sanguínea de tirosina aumentada); b) pacientes com suspeita de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

4.13.8.55. TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER:

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abiraterona, Acetato de	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com docetaxel.
Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo.
	Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo.
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno.
Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	LMC - Leucemina Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação da fase da doença.
Capecitabina	Colorretal	Primeira linha em câncer metastático.
	Colorretal	Adjuvante para paciente em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio II), submetidos à ressecção completa do tumor primário.
	Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina.
	Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações.

Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação da fase da doença.
	Linfomas	Sem especificação da fase da doença.
	Mama	Sem especificação da fase da doença.
	Micose Fungóide	Estágios avançados
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação da fase da doença.
	Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação.
	Ovário	Sem especificação da fase da doença.
	Retinoblastomas	Sem especificação da fase da doença.
Clorambucila	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação da fase da doença.
	Linfoma de Não-Hodgkin	Sem especificação da fase da doença.
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação da fase da doença.
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfóide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe.
Dietilelbestrol	Mama	Casos paliativos.
	Próstata	Casos paliativos.
Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão não pequenas células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; indicado em primeira linha nos pacientes com doenças metastática ou irrissecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação da fase da doença.
	Linfoma de Não-Hodgkin	Sem especificação da fase da doença.
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos.
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados.
Everolimus	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano.
	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno.
Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno.
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrogênio.

	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa, com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama.
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
Flutamida	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH (“luteinizing hormone-releasing hormone”), no tratamento do câncer avançado em pacientes não-tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração.
Gefitinibe	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrissecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica.
Imatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ recaída ou refratária.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Recém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+ fase crônica; crise blástica; fase acelerada; fase crônica após falha de interferon.
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Irresecável ou metastático.
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco.
Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+, após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol.
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo.
Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Ovário	Câncer avançado.
	LLA - Leucemia Linfocítica (linfoblástica)	Indução de remissão e manutenção.

Mercaptopurina	Aguda LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução de remissão e manutenção.
	LMC – Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	LLA – Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
	Mama	Sem especificação de fase da doença.
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença.
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença.
Mitotano	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável.
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase Crônica acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo imatinibe.
Pazopanibe	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha
Sorafenibe	Hepatocarcinoma	Em casos irressecáveis.
Sunitinibe, Malato de	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe.
	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha
Tamoxífeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo.
Tegafur - Uracil	Cólon-reto	Tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática.
	Estômago	Tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática.
Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada.
	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão.
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
	LMA - Leucemia Mielocítica (mielocítica,	Sem especificação de fase da doença.

	mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	
	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Topotecana, Cloridrato de	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª. linha.
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600E do gene BRAF, primeira linha
Vinorelbina	Pulmão	Carcinoma de pulmão não de pequenas células
	Mama	Carcinoma de mama.

OBS: apesar das evidências relacionadas ao desfecho não demonstrarem os resultados esperados e utilizados pelo Grupo Técnico do Rol como parâmetros de incorporação, os medicamentos orais para rim e melanoma foram incluídos nesta lista de medicamentos obrigatórios por demonstrarem mais benefícios em relação a custo-minimização quando comparados aos medicamentos já cobertos para o mesmo fim.

4.13.56. MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS NEOPLÁSICOS:

a) TERAPIA PARA ANEMIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM ESTIMULADORES DA ERITROPOIESE: cobertura obrigatória de Agentes Estimuladores da Eritropoiese para os casos de sintomas decorrentes de anemia relacionada a tratamento de quimioterapia, nos casos de concentrações decrescentes de hemoglobina e níveis inferiores a 10g/dL, quando a transfusão for contra-indicada. **OBS:** Se o paciente não apresentar resposta após 12 semanas do uso do medicamento, este deverá ser descontinuado. b) TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DE INFECÇÕES RELACIONADAS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS: 1. Cobertura obrigatória de antibióticos (medicamentos antibacterianos, antifúngicos e antivirais) na profilaxia primária (visa evitar o desenvolvimento de doenças em pacientes com exposição prévia ao agente infeccioso) ou secundária (visa evitar a recidiva) de infecções relacionadas ao uso de antineoplásico, em pacientes de risco intermediário ou alto. / 2. Cobertura obrigatória de antibióticos (medicamentos antibacterianos, antifúngicos e antivirais) no tratamento de infecções relacionadas ao uso de antineoplásico. c) TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS: Cobertura obrigatória de antidiarréico para pacientes com diarreia relacionada ao uso de antineoplásicos que tenham este efeito colateral previsto em bula. d) TERAPIA PARA DOR NEUROPÁTICA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS: cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes com dor neuropática relacionada ao uso do antineoplásico que tenham este efeito colateral previsto em bula. e) TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NEUTROPENIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM FATORES DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS: 1. Cobertura obrigatória na profilaxia da neutropenia febril relacionada ao uso de antineoplásico, em pacientes que estejam utilizando quimioterapia citotóxica ou terapia mieloablativa, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) na profilaxia primária da neutropenia febril de pacientes com alto risco (> 20% de risco para neutropenia febril); b) na profilaxia primária da neutropenia febril de pacientes com risco intermediário (> 10% e < 20% de risco para neutropenia febril) em que este risco seja determinado por fatores inerentes ao paciente e que sejam inalteráveis e que a intenção do tratamento seja curativa; c) na profilaxia secundária da neutropenia febril de pacientes que já apresentaram episódio anterior de neutropenia febril e que a

intenção do tratamento seja curativa. / 2. Cobertura obrigatória para os casos de neutropenia febril relacionados ao uso de antineoplásico, quando o paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e forem preenchidos todos os critérios do grupo I e um dos critérios do grupo II: Grupo I (Definição): a) uma medida de temperatura $\geq 38,30^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ por mais de 1h; / b) neutropenia ≤ 500 neutrófilos/mcL ou < 1000 neutrófilos/mcL com probabilidade de queda até ≤ 500 neutrófilos/mcL ao longo das 48h seguintes. Grupo II: a) paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos; / b) paciente ainda não fez uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e apresenta fatores de risco para complicações associadas a infecção. Obs: O uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos é contraindicado para pacientes em tratamento concomitante com quimioterápicos e radioterapia.

f) TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NÁUSEA E VÔMITO RELACIONADOS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS: Profilaxia/Prevenção de náuseas, vômitos relacionados a agentes antineoplásicos

- 1. Cobertura obrigatória para a prevenção de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado e como descrito na tabela a seguir:

Alto Potencial Emetogênico (> 90%)	Moderado Potencial Emetogênico (30 - 90%)	Baixo Potencial Emetogênico (10 - 30%)
Adulto 1. Antagonista dos receptores NK1 2. Corticosteróides 3. Antagonista do receptor 5-HT3 Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2	Adulto 1. Antagonista dos receptores NK1 2. Corticosteróides 3. Antagonista do receptor 5-HT3 Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2	Adulto 1. Corticóide ou cloridrato de metoclopramida Opcional Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2
Esquema Pediátrico 1. Antagonista do receptor 5-HT3 2. Corticosteróides	Esquema Pediátrico 1. Antagonista do receptor 5-HT3 2. Corticosteróides	Esquema Pediátrico Nenhuma recomendação devido à falta de estudos. Adotar protocolo similar ao dos adultos, sendo a dose passível de ajuste.

NÁUSEAS E VÔMITOS ANTECIPATÓRIOS: Cobertura obrigatória de alprazolam e/ou lorazepam para náuseas e vômitos antecipatórios associado ao uso de antineoplásicos.

TRATAMENTO DE NÁUSEAS E VÔMITOS: 1. Cobertura obrigatória para o tratamento de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado e como descrito de modo escalonado a seguir: a) Caso a profilaxia para náuseas e vômitos não tenha sido efetiva e o paciente apresente sintomas, deve-se incluir mais uma droga ao esquema anterior, preferencialmente de uma classe diferente das já utilizadas. / b) Se permanecerem os sintomas após a inclusão de mais uma droga, ajustar as doses dos medicamentos, substituir as drogas já utilizadas ou incluir mais uma droga. / c) Se permanecerem os sintomas após o ajuste das doses, substituição das drogas ou a inclusão de mais uma droga, avaliar a utilização de terapia antiemética profilática de alto risco de emetogenicidade para o próximo ciclo.

Antiemético
Corticosteróides
Antagonistas 5HT3
Bezodiazepínico
Haloperidol
Metoclopramida
Olanzapina
Escopolamina
Fenotiazina

TRATAMENTO DE RESGASTE PARA NÁUSEAS E VÔMITOS: Cobertura obrigatória de metoclopramida e/ou dolasetrona e/ou ondansetrona e/ou granistrona e/ou haloperidol e/ou dexametossana e/ou prometazina e/ou olanzapina para tratamento de resgate de náuseas e vômitos associado ao uso de antineoplásicos.

Cálculo de risco para associações de antineoplásicos (observar tabela constante do Anexo da RN 349): Para os pacientes que estejam em uso de outros antineoplásicos associados, sejam eles orais ou venosos o cálculo de risco deve ser realizado como descrito abaixo: a) identificar e pontuar o antineoplásico mais emetogênico; b) somar 1 ponto para cada outro de nível 3 ou 4; e c) somar 1 ponto para um ou mais de nível 2. **OBS:** Para os medicamentos que não estejam nas linhas apresentadas acima, a indicação do nível de risco deve ser feita pelo médico assistente baseado na literatura médica.

g) TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RASH CUTÂNEO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS: Cobertura obrigatória de antibióticos (tópicos e/ou via oral) e/ou corticóide tópico com ou sem antibiótico para pacientes com rash cutâneo relacionado ao uso de antineoplásicos.

H) TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS: 1. Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K e/ou aspirina na profilaxia do tromboembolismo, em pacientes ambulatoriais, com diagnóstico de mieloma múltiplo, em uso de agentes antiangiogênicos e quimioterapia. / 2. Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K na profilaxia secundária ou tratamento do tromboembolismo com diagnóstico prévio de tromboembolismo venoso ou tromboembolismo pulmonar. / 3. Cobertura obrigatória de inibidores de trombina e/ou inibidor indireto de trombina para pacientes incluídos nos itens 1 e/ou 2 e que apresentem trombocitopenia induzida por heparina. **OBS:** Conforme já disposto no Art.18 da RN 338/2013: “Art.18 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT. Parágrafo Único. A continuidade do tratamento a que se refere o caput deste artigo inclui os tempos de atendimento dispostos na RN nº 259, de 2011.”

O procedimento “MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para estes procedimentos.

4.13.8.57. TERAPIA IMUNOBIOLOGICA ENDOVENOSA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE PSORIÁSICA, DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE: Cobertura obrigatória quando preenchidos os seguintes critérios: a) artrite psoriásica: pacientes com comprometimento periférico, índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações) na presença de no mínimo três articulações: dolorosas ou edemaciadas, refratários ao tratamento

convencional por um período mínimo de seis meses com pelo menos duas drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) e, nos pacientes com comprometimento axial associado ao periférico, índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs); b) doença de Crohn: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior a 220 pelo IADC (Índice de Atividade da Doença de Chron), refratários ao uso de drogas imunossupressoras ou imunomoduladoras por um período mínimo de três meses; ou com índice de atividade da doença maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), nos casos de comprometimento articular periférico; ou com índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), nos casos com comprometimento axial; c) espondilite anquilosante: pacientes com índice de atividade da doença igual ou maior do que 4 pelo BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante) ou igual ou maior do que 4,5 pelo ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com doses plenas de pelo menos dois antiinflamatórios não hormonais (AINHs) e, nos pacientes com doença predominantemente periférica com ausência de resposta à sulfasalazina ou ao metotrexato, por período adicional de 3 meses.

4.13.8.58. TERAPIA IMUNOBiolÓGICA ENDOVENOSA OU SUBCUTÂNEA PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE: Cobertura obrigatória na Artrite Reumatóide: pacientes com índice de atividade da doença maior que 10 pelo CDAI (Índice Clínico de Atividade da Doença), maior que 20 pelo SDAI (Índice Simplificado de Atividade da Doença) ou maior que 3,2 pelo DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações), refratários ao tratamento convencional por um período mínimo de três meses com pelo menos dois esquemas utilizando drogas modificadoras do curso da doença (DMCDs) de primeira linha, de forma sequencial ou combinada.

4.13.8.59. TESTE ERGOMÉTRICO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL): Cobertura obrigatória nas seguintes situações: 1. Na avaliação do comportamento da pressão arterial em indivíduos com história familiar de hipertensão, com síndrome metabólica ou com diabetes. 2. Como teste de screening em pacientes assintomáticos, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) história familiar de DAC precoce ou morte súbita; b) paciente de alto risco pelo escore de Framingham; c) pré-operatório de cirurgias não cardíacas em pacientes com risco intermediário a alto pelo escore de Framingham; d) avaliação de mulheres com mais de 50 anos ou homens com mais de 40 anos candidatos a programas de exercício; e) avaliação de indivíduos com ocupações especiais responsáveis pela vida de outros como pilotos, motoristas de coletivos ou embarcações ou similares; f) adultos com arritmias ventriculares que apresentam uma probabilidade intermediária ou alta de doença coronariana pelos critérios de Diamond e Forrester. 3. Na investigação da doença coronariana ambulatorial em pacientes com probabilidade pré-teste intermediária pelo escore de Diamond e Forrester. 4. Na investigação de pacientes de baixo risco, com suspeita de síndrome coronariana aguda. 5. Na avaliação de pacientes com doença coronariana comprovada por coronariografia ou pós-infarto agudo do miocárdio diagnosticado pelos critérios da OMS, para avaliação de risco antes da alta hospitalar e prescrição de atividade física. 6. Na avaliação de classe funcional em pacientes selecionados para transplante cardíaco por meio da ergoespirometria. 7. Na investigação das arritmias induzidas pelo esforço ou sintomas que possam ser dependentes de arritmia. 8. Na estratificação de risco para morte súbita cardíaca nas síndromes arritimogênicas e síndromes elétricas primárias. 9. No diagnóstico diferencial de pacientes admitidos em unidade de dor torácica com sintomas atípicos e com possibilidade de doença coronária. 10. Na avaliação do prognóstico em pacientes com doença cardiovascular estável. 11. Na suspeita de angina vasoespástica. 12. Na tomada de decisão em lesões intermediárias após a realização de cineangiocoronariografia. 13. Na avaliação seriada em pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular.

4.13.8.60. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST): 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) síncope recorrente na ausência de doença cardíaca conhecida ou suspeita, para avaliação do componente neurocardiogênico; b) síncope recorrente na presença de doença cardíaca, após exclusão de causas cardiogênicas de síncope; c) quando a demonstração da susceptibilidade a síncope neuromediada e o diagnóstico diferencial entre reflexo neurocardiogênico e insuficiência autonômica possam trazer implicações no tratamento; d) síncope de origem indeterminada ocorrida em situação de alto risco de trauma físico ou com implicações ocupacionais.

4.13.8.61. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA: Cobertura obrigatória quando preenchido um dos seguintes critérios: a) acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico (pacientes que apresentem a forma exsudativa, também conhecida com úmida ou neovascular, da Degeneração macular relacionada à idade – DMRI), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico; b) acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas: 1. edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa); 2. edema macular diabético; 3. buraco macular; 4. membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em degeneração Macular Relacionada à Idade, estrias angióides, alta miopia, tumores oculares e coroidopatia serosa central); 5. membrana epirretiniana; 6. distrofias retinianas.

4.13.8.62. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA: Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes portadores de epilepsia com comprovada refratariedade ao tratamento medicamentoso, estabelecida pela comprovação da persistência das crises ou de efeitos colaterais intoleráveis após o uso de, no mínimo, três antiepilépticos em dose máxima tolerada por no mínimo dois anos de epilepsia; b) pacientes portadores de epilepsias catastróficas da infância, quando comprovada a deterioração do desenvolvimento psicomotor, independente da duração da epilepsia.

4.13.8.63. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO: Cobertura obrigatória para pacientes que apresentem a forma exsudativa, também conhecida como úmida ou neovascular, da degeneração macular relacionada à idade - DMRI.

4.13.8.64. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA: Cobertura obrigatória de uma consulta de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente, e conseqüente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

4.13.8.65. CONSULTA COM NUTRICIONISTA: 1. Cobertura mínima obrigatória, de 12 consultas/sessões, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: a) crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura); b) jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura); c) idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²); d) pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica; e) pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) com mais de 16 anos; f) pacientes ostomizados; g) após cirurgia gastrointestinal. 2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico. 3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

4.13.8.66. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO: 1. Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6); b) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80); c) pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37); d) pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07); e) pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90); f) pacientes com apnéia de sono (G47.3); g) pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20); h) pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27); i) pacientes com

queimadura de boca e da faringe (T-28.0); j) pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0). 2. Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9); b) pacientes com transtorno expressivo e receptivo da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9); c) pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13); d) pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0); e) pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3). f) pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004; g) pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79). 3. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

4.13.8.67. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO: Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica); b) pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia); c) pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica; d) pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear; e) pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

4.13.8.68. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL: Cobertura mínima obrigatória de 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29); b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84); c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50); d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

4.13.8.69. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL: Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03); b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79); c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83); d) pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99); e) pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

4.13.8.70. SESSÃO DE PSICOTERAPIA: Cobertura mínima obrigatória de 12 sessões por ano de

contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48); b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59); c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98); d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89); e) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30a F39); f) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19); g) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID 60 a 69).

4.13.8.71. FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA: 1. Definições: a) Pessoa com estomia é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório e/ou urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo. / b) Estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema digestório e/ou urinário, criando um orifício externo que se chama estoma. / c) Estomias intestinais (colonostomia e ileostomia) são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado e consiste na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal. / d) Estomias urinárias ou derivações urinárias são uma abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina. São realizadas por diversos métodos cirúrgicos, com objetivo de preservar a função renal. / e) Os equipamentos coletores para estomas intestinais e urinários referem-se a bolsas de sistemas únicos ou compostos, descartáveis, fixadas à pele, ao redor do estoma, e que visam a coletar os efluentes, fezes ou urina, sendo de fundamental importância para o processo de reabilitação biopsicossocial da pessoa estomizada. Os equipamentos coletores para estomas intestinais e urinários são constituídos basicamente de bolsa coletora, para recolhimento do efluente, e de adesivos, para a fixação da bolsa à pele periestoma. / f) Os equipamentos adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários referem-se a barreiras protetoras de pele necessários para pessoas com estomias. Referência: Associação Brasileira Estomaterapia. Estomia, feridas e incontinências - SOBEST. Definições operacionais das características dos equipamentos e adjuvantes para estomias. Rev Estima 4(4): 40-3, 2006. / g) Os termos ostomias e estomias serão utilizados para o mesmo fim. b) **PARA SOLICITAÇÃO DE FORNECIMENTO DOS EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES, É NECESSÁRIO O RELATÓRIO MÉDICO ONDE OBRIGATORIAMENTE CONSTE:** a doença de base que levou a confecção do estoma; tipo de cirurgia realizada; permanência do estoma: temporário, definitivo ou indeterminado; tipo da estomia: alça, terminal, duas bocas ou outras; localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário: íleo, cólon ascendente, transverso, descendente, sigmóide e/ou derivações urinárias; data da realização do procedimento cirúrgico; quadro clínico atual; definição dos equipamentos necessários, conforme o anexo II da Portaria nº 400, SAS/MS, 2009. c) Cabe à CONTRATADA a definição da distribuição dos equipamentos, a organização da orientação para o uso e para o auto cuidado por meio de sua rede própria, credenciada, referenciada, CONTRATADA ou mediante reembolso. d) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas. 5) De acordo com as características da estomia, será definido o equipamento coletor e adjuvante mais adequado para cada caso. 6) Para garantir o uso efetivo e adequado dos equipamentos coletores pode ser necessário o uso de equipamentos adjuvantes, de acordo com

o anexo II da Portaria SAS/MS nº 400/2009 que Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA, CONFORME PORTARIA Nº 400, SAS/MS, 2009:

- **BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA C/ ADESIVO MICROPOROSO:** Descrição: bolsa fechada para estoma intestinal ou protetor de estomia, plástico antiodor, transparente ou opaca, com filtro de carvão ativado, com ou sem resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 60 por mês).

- **BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORO DRENÁVEL:** Descrição: bolsa drenável para estoma intestinal adulto, pediátrico ou neonatal, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem a segunda abertura, com ou sem filtro de carvão ativado, resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 30 por mês).

- **CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ ESTOMIA INTESTINAL:** Descrição: sistema compatível de bolsa e base adesiva para estoma intestinal adulto ou pediátrico, bolsa drenável, fechada ou protetor de estoma, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem filtro de carvão ativado, base adesiva de resina sintética, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo de 10 por mês).

- **BARREIRAS PROTETORAS DE PELE SINTÉTICA E/OU MISTA EM FORMA DE PÓ / PASTA E/OU PLACA:** Descrição: barreira protetora de pele, de resina sintética ou formadora de película disponibilizada como 1 (um) tubo de pó ou 1 (um) tubo de pasta ou 20 (vinte anéis planos ou convexos ou 5 (cinco) tiras ou 15 (quinze) placas 10 x 10 cm ou 10 (dez) placas 15 x 15 cm ou 8 (oito) placas 20 x 20 cm ou 1 (um) frasco formador de película (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

- **BOLSA COLETORA P/ UROSTOMIZADOS:** Descrição: bolsa para estoma urinário adulto ou pediátrico, plástico antiodor, transparente ou opaca, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, com oxido de zinco ou resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo 30 por mês).

- **COLETOR URINÁRIO DE PERNA OU DE CAMA:** Descrição: coletor urinário de perna ou de cama, plástico antiodor, com tubo para conexão em dispositivo coletor para estomas ou incontinência urinária, com sistema anti-refluxo e válvula de drenagem. O coletor de perna deverá conter cintas de fixação para pernas. (no máximo 4 por mês).

- **CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ UROSTOMIZADOS:** Descrição: sistema compatível de duas peças (bolsa e base adesiva), para estoma urinário adulto ou pediátrico, bolsa com plástico antiodor, transparente ou opaca, sistema anti-refluxo e válvula de drenagem, base adesiva de resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico. (no máximo de 15 por mês).

4.14. SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

4.14.1. A segmentação hospitalar com obstetrícia compreende toda cobertura da segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto, b) parto e c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (art. 12, inc. III, “a”, da Lei nº 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo (art. 20 da RN 162/2007);

c) Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção (art. 12, inc. III, “b”, da Lei nº 9.656/98), sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado (art. 20 da RN 162/2007);

4.14.2. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, observada rede credenciada de prestadores de serviço da **CONTRATADA**.

V- EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. ESTÃO EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DESTE CONTRATO TODOS OS PROCEDIMENTOS E EVENTOS NÃO LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS ATUALIZAÇÕES, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, BEM COMO AQUELES LISTADOS NO ART. 10, DA LEI Nº 9.656/98, TAIS COMO, EXEMPLIFICATIVAMENTE:

- TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL (AQUELES QUE EMPREGAM MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS/NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS / CONSIDERADOS EXPERIMENTAIS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO / CUJAS INDICAÇÕES NÃO CONSTEM DA BULA/MANUAL REGISTRADA NA ANVISA “USO OFF-LABEL”);
- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM (AQUELES QUE NÃO VISAM REPARAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DO ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA);
- INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL (ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DE ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS);
- TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS MINERAIS;
- FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;
- FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE (HOSPITAL, CLÍNICAS E AMBULATÓRIOS);
- FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CITEC;
- FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO (PRÓTESE: COMO QUALQUER MATERIAL PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE SUBSTITUÍA TOTAL OU PARCIALMENTE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO; E ÓRTESE: QUALQUER MATERIAL PERMANENTE OU TRANSITÓRIO QUE AUXILIE AS FUNÇÕES DE UM MEMBRO, ÓRGÃO OU TECIDO, SENDO NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO OS MATERIAIS CUJA COLOCAÇÃO OU REMOÇÃO NÃO REQUEIRAM A REALIZAÇÃO DE ATO CIRÚRGICO). **OBS: (A REFERÊNCIA PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DIVERSOS MATERIAIS UTILIZADOS PELA MEDICINA NO PAÍS COMO ÓRTESES OU PRÓTESES DEVERÁ ESTAR DE ACORDO COM A LISTA A SER DISPONIBILIZADA E ATUALIZADA PERIODICAMENTE NO ENDEREÇO ELETRÔNICO DA ANS NA INTERNET (www.ans.gov.br), NÃO SENDO ESTA, UMA LISTA QUE ATRIBUA COBERTURA OBRIGATÓRIA AOS MATERIAIS ALI DESCRITOS;**

- TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS, COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;
- OS HONORÁRIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA E OS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS UTILIZADOS NA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS QUE, NAS SITUAÇÕES DE IMPERATIVO CLÍNICO, NECESSITEM SER REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;
- CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA;
- ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;
- DESPESAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO AS CIRÚRGICAS BUCO-MAXILO-FACIAIS QUE NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E OS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONSULTÓRIO, QUE POR IMPERATIVO CLÍNICO NECESSITEM DE AMBIENTE HOSPITALAR;
- DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS AS DE ALIMENTAÇÃO (SERVIDA EXCLUSIVAMENTE PELA INSTITUIÇÃO) E ACOMODAÇÃO DE UM ACOMPANHANTE PARA O PACIENTE MENOR DE 18 (DEZOITO) ANOS E MAIOR DE 60 (SESSENTA) ANOS E PARA OS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS, CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE;
- CIRURGIAS DE MUDANÇA DE SEXO;
- PRODUTOS DE TOALETE OU HIGIENE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTES CONTRATOS;
- PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTRATADA, BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS À CONTRATADA, À EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL UTILIZAR SERVIÇOS CREDENCIADOS E QUE SERÃO POSTERIORMENTE REEMBOLSADOS NA FORMA E TERMOS PREVISTOS NESTE CONTRATO;
- ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;
- CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS DE QUALQUER NATUREZA;
- APLICAÇÃO DE VACINAS PREVENTIVAS;
- EXAMES DE PISCINA OU GINÁSTICA, NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINEROLOGIA DE CABELO;
- ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;
- REMOÇÃO DOMICILIAR;
- TRANSPLANTES, EXCETO OS PREVISTOS NESTE CONTRATO E NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR;
- INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE E CONSANGÜINIDADE;
- ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;
- PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM ACIDENTES DE TRABALHO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, MOLÉSTIAS PROFISSIONAIS, ASSIM COMO PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE OCUPACIONAL QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE;
- **EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS; e**

- **ACOMODAÇÕES DIVERSAS DA CONTRATADA E ATENDIMENTOS EM HOSPITAIS DE ALTO CUSTO OU DE TABELA PRÓPRIA OU DE TABELA DIFERENCIADA.**

VI- DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. Este contrato terá início de vigência a partir da data da assinatura do presente contrato, com duração mínima de 12 (doze) meses. Após, vigorará por prazo indeterminado, sem cobrança de taxa ou qualquer outro valor para renovação.

VII- PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. As carências explicitadas nesta cláusula serão contadas a partir da data do início de vigência do presente contrato para os beneficiários inscritos no seu início, e a partir da data de inclusão para os beneficiários que forem inscritos posteriormente, sendo assim especificadas:

ITEM	DESCRIÇÃO	PRAZO DE CARÊNCIA
I	Acidentes Pessoais	24 horas
II	Urgência e emergência, inclusive obstétrica - atendimento ambulatorial durante o prazo de carência e/ou cobertura parcial temporária, nos termos da Resolução CONSU 13/1998 e item IX abaixo.	24 horas
III	Sessões e consultas com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, inclusive psicoterapia	180 dias
IV	Consultas e exames/procedimentos básicos de diagnóstico e Terapia	30 dias
V	Fisioterapia	90 dias
VI	Exames/procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 dias
VII	Cirurgias ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas	180 dias
VIII	Exames/ procedimentos que exijam internação	180 dias
IX	Exames/ procedimentos que não estejam relacionados anteriormente e não estejam excluídos de cobertura	180 dias
X	parto a termo	300 dias

7.2. Na hipótese de virem inseridos na Proposta de Admissão períodos de carências mais benéficos, eles prevalecerão aos aqui constantes.

7.3. A carência será contada para cada beneficiário a partir de seu ingresso neste plano de saúde.

7.4. Não será exigido cumprimento de carência:

- se a inscrição do beneficiário ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração (assinatura) do contrato; ou
- se o beneficiário se vincular à **CONTRATANTE** após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário deste contrato coletivo.

VIII DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. De acordo com a Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS, **DOENÇAS ou LESÕES PREEXISTENTES (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.**

8.2. Assim, o beneficiário ou seu representante legal está obrigado, no momento da contratação, da adesão ou da inscrição, a informar ser sabedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, através do preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

8.3. A DECLARAÇÃO DE SAÚDE consistirá em um formulário elaborado pela **CONTRATADA** a ser respondido pelo beneficiário ou seu representante legal, com ou sem orientação médica, para registro

de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

8.4. A ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução Normativa nº 162/2007, estabeleceu as seguintes definições:

- **CPT (Cobertura Parcial Temporária):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
- **Agravo:** como qualquer acréscimo de valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA**, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário; e
- **Segmentação:** como tipo de cobertura **CONTRATADA** no plano privado de assistência à saúde conforme art. 12 da Lei nº 9.656/98.

8.5. O beneficiário ou seu representante legal é responsável por todas as informações prestadas na Declaração de Saúde, em especial, o conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme art. 13, II, da Lei nº 9.656/98, e ao pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objeto de CPT (Cobertura Parcial Temporária).

8.6. O beneficiário ou seu representante legal poderá preencher a Declaração de Saúde sem a assistência de um médico ou mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus financeiro para o beneficiário, ou mediante entrevista qualificada orientada por um médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

8.7. A **CONTRATADA** analisará as informações contidas na Declaração de Saúde para fins de constatação de eventual doença ou lesão preexistente, sendo o preenchimento e a apresentação da Declaração de Saúde condições prévias para a inclusão do beneficiário ao presente contrato.

8.8. Constatada a existência de doença ou lesão preexistente, no momento da contratação ou adesão, a **CONTRATADA** oferecerá Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado a mesma oferecer Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária (CPT). A Cobertura Parcial Temporária ou o Agravo serão estabelecidos através de aditivo contratual.

8.9. A Cobertura Parcial Temporária será estabelecida em **Termo de Cobertura Parcial Temporária** onde constará todos os procedimentos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, **nos termos do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar**, vinculados à doença ou lesão preexistente, que estarão excluídos da cobertura contratual pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data da contratação ou adesão ao plano pelo beneficiário.

8.10. Não será permitida a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

8.11. Fica facultada, a critério da **CONTRATADA**, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data da vigência do contrato, a realização de exame pericial indireto, através de análise de laudos e documentos atrelados a atendimentos prestados ao beneficiário, **visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes por ele conhecidas à data da contratação e não informadas na Declaração de Saúde.**

8.12. Na hipótese de identificação de indício de fraude na Declaração de Saúde, referente à omissão de

conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, podendo oferecer ao beneficiário opções de Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelos meses restantes (da data do recebimento do Termo de Comunicação até completar o período máximo de 24 meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde), Agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na Declaração de Saúde (Art. 15, RN nº 162/2007, da ANS).

8.13. Na hipótese de instauração de processo administrativo para julgamento da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do beneficiário na Declaração de Saúde, não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

8.14. Para fins de instauração do processo administrativo para apuração da alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde, o beneficiário será comunicado pela **CONTRATADA**, através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, assinando prazo de 10 (dez) dias para que o mesmo se manifeste sobre a alegação da **CONTRATADA**.

8.15. Com ou sem resposta do beneficiário sobre o Termo de Comunicação ao Beneficiário, a **CONTRATADA** encaminhará a documentação necessária para abertura do processo administrativo junto à ANS.

IX- ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. Este contrato prevê cobertura para atendimento nos casos de urgência e emergência, definidos no art. 35-C da Lei nº 9.656/98, conforme abaixo:

- **De Emergência:** como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;
- **De Urgência:** assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

9.2. Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais terão cobertura garantida, sem restrições, depois de decorridas 24 horas da contratação ou adesão ao plano.

9.3. APÓS O CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO, será garantida cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (art. 3º da Resolução CONSU 13/1998).

9.4. Será garantido os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, em âmbito ambulatorial, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência ou até que ocorra a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou de internação (art. 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).

9.5. Haverá atendimento em âmbito ambulatorial limitado às 12 (doze) primeiras horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (art. 6º da Resolução CONSU 13/1998).

9.6. Haverá atendimento limitado às 12 (doze) primeiras horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

9.7. No atendimento de casos de urgência e emergência, inclusive aos que se referirem ao processo gestacional, em âmbito ambulatorial, durante o cumprimento de carências e de cobertura parcial temporária, havendo necessidade de continuidade ao atendimento de urgência ou emergência em tempo superior a 12 (doze) horas ou de internação ou de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, a cobertura cessará, passando à CONTRATANTE e/ou beneficiário a responsabilidade financeira do atendimento, não

cabendo qualquer ônus à CONTRATADA.

9.8. Este contrato prevê cobertura para remoção terrestre, por ambulância, do paciente, para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

9.9. Haverá garantia de remoção terrestre, por ambulância, do paciente para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação e nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.10. Nos casos previstos acima, quando não possa haver remoção por risco de vida, por ausência de vagas ou por insuficiência de recursos no SUS para continuidade do atendimento, a CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

9.10.1. Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

9.10.2. Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

9.10.3. Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente da do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.11. Haverá garantia de reembolso no limite das obrigações deste contrato, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano (art. 12, VI, da Lei 9656/98).

9.12. O valor do reembolso nos casos de urgência e emergência será de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores vinculados a este plano vigentes na data do evento a ser reembolsado.

9.13. Os parâmetros contratuais para a definição do limite do reembolso incluem não só aspectos de cobertura, como o preço praticado pela **CONTRATADA** junto à sua rede credenciada básica e área geográfica de abrangência, visando manter o equilíbrio contratual em respeito ao cálculo atuarial em que está baseada a fixação dos preços contratados.

9.14. Para apuração do valor em reais do procedimento descrito na Tabela de Referência, deve-se multiplicar a correspondente quantidade de coeficiente de honorários pelo valor praticado pela CONTRATADA.

9.15. A Tabela de Referência inclui a fixação de preços para os honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos e fica à disposição da **CONTRATANTE** e seus beneficiários na sede da **CONTRATADA**.

9.16. O reembolso acima será efetuado pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias da solicitação, depois de analisados os seguintes documentos a serem **OBRIGATORIAMENTE** apresentados em original:

- solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

- comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

9.17. Após a análise dos documentos, caso seja o reembolso apenas parcial, a **CONTRATADA** os devolverá para a **CONTRATANTE** ou beneficiário, juntamente com o pagamento.

9.18. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

9.19. A solicitação de reembolso deverá ocorrer no prazo de 12 (DOZE) MESES DA DATA DO EVENTO, sob pena de perda do direito ao reembolso.

X ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

10.1. O PRESENTE CONTRATO NÃO ASSEGURA A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES, devendo os beneficiários **obrigatoriamente** escolher dentre os prestadores que integram a rede credenciada da **CONTRATADA** vinculada ao presente contrato, sejam próprios, contratados em rede indireta ou credenciados, constantes do Guia Médico, limitada à área geográfica de abrangência prevista neste contrato.

XI MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1. Para fins de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar, objeto do presente contrato, os BENEFICIÁRIOS deverão observar as condições colocadas nos itens abaixo:

11.2. Do Cartão Individual de Identificação:

11.2.1. A **CONTRATADA** fornecerá aos BENEFICIÁRIOS incluídos no presente contrato o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária.

11.2.2. A qualquer tempo, poderá a **CONTRATADA** alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus BENEFICIÁRIOS, para uma melhor prestação dos serviços.

11.2.3. Para a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, É CONDIÇÃO OBRIGATÓRIA a apresentação, pelo BENEFICIÁRIO do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

11.2.4. Enquanto o BENEFICIÁRIO não receber o Cartão Individual de Identificação, na hipótese de necessitar de atendimento junto à rede prestadora, deverá apresentar a sua via original da Proposta de Admissão devidamente preenchida, sem prejuízo da apresentação de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

11.2.5. Na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de BENEFICIÁRIO por qualquer motivo, é obrigação da **CONTRATANTE** e BENEFICIÁRIO TITULAR devolverem o respectivo Cartão Individual de Identificação do BENEFICIÁRIO afastado, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA** para fins de fruição dos serviços.

11.2.6. Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, a **CONTRATANTE** ou BENEFICIÁRIO deverá comunicar, por escrito à **CONTRATADA**, em 48 (quarenta e oito) horas, o fato, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

11.2.7. O cancelamento só terá validade quando o fato passar a ser conhecido pela **CONTRATADA**.

11.2.8. Poderá ser cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, inserida na mensalidade do mês subsequente ou paga na sede da **CONTRATADA**.

11.2.9. As seguintes hipóteses caracterizam uso indevido dos documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação:

- a sua utilização para obter atendimento, mesmo que na forma **CONTRATADA**, pelos BENEFICIÁRIOS que perderam essa condição, independente do motivo;
- a utilização dos documentos de identificação para obter atendimento durante eventual suspensão

dos serviços por inadimplência, ou por fraude, nos termos do permitido na legislação (art. 13, da Lei nº 9.656/98), mesmo que de acordo com a cobertura prevista neste contrato;

- a sua utilização por qualquer pessoa que não seja BENEFICIÁRIO incluído neste contrato, com ou sem consentimento e/ou conhecimento da **CONTRATANTE**, no caso de extravio ou perda não comunicados no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

11.2.10. O uso indevido acima descrito, em qualquer das hipóteses, faculta à **CONTRATADA** tomar as medidas necessárias para fins de receber indenização por perdas e danos, sem prejuízo da possibilidade de rescisão do contrato.

11.3. Da rede credenciada vinculada ao presente contrato

11.3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados e de rede própria BÁSICA, formada por prestadores próprios, credenciados ou contratados, como rede direta ou indireta, exclusivamente na área de abrangência deste contrato.

11.3.2. A rede credenciada BÁSICA da CONTRATADA não inclui os denominados Hospitais Especiais (Hospitais de Tabela Própria ou de Alto Custo ou de Tabela Diferenciada), seja da CONTRATADA seja de outra cooperativa integrante do Sistema Nacional UNIMED.

11.3.3. Em qualquer hipótese, estão excluídos deste contrato os hospitais que não integram a rede credenciada BÁSICA da **CONTRATADA**, mesmo que sejam credenciados ou contratados como rede direta ou indireta.

11.3.4. OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NÃO AUTORIZAM UMA EXTENSÃO DA REDE CREDENCIADA BÁSICA DA CONTRATADA, DEVENDO A CONTRATANTE E/OU BENEFICIÁRIO OBSERVAR A REDE A ELE DISPONIBILIZADA POR MEIO DESTES CONTRATO.

11.3.5. A **CONTRATADA** entrega à **CONTRATANTE** e BENEFICIÁRIO TITULAR a lista de sua rede credenciada, em forma de um Guia Médico ou Guia de Serviços de Saúde, editado pela **CONTRATADA**, que informa a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas.

11.3.6. Os BENEFICIÁRIOS da **CONTRATANTE** deverão, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações contidas constantes do Guia Médico, contatando a **CONTRATADA**, se julgarem necessário, via telefone ou site na Internet, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede **CONTRATADA** e/ou credenciada.

11.3.7. A **CONTRATADA** poderá a qualquer momento alterar sua rede credenciada BÁSICA, com a inclusão, exclusão ou substituição dos prestadores, obedecidos os procedimentos previstos na legislação vigente (art. 17 da Lei nº 9.656/98).

11.3.8. Fica facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação à **CONTRATANTE** e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

11.3.9. Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do BENEFICIÁRIO, a **CONTRATADA** obriga-se a manter a internação e a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

11.3.10. Excetuam-se do previsto acima, os casos de substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, quando a **CONTRATADA** arcará com a transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

11.3.11. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar autorização expressa para tanto.

11.3.12. Todas as alterações da rede credenciada serão devidamente informadas à **CONTRATANTE**, por meio de correspondência normal, se referente a entidades hospitalares, ou boleto bancário e/ou Internet no site, se demais prestadores.

11.4. Dos Procedimentos para as Internações:

11.4.1. Todas as internações e demais procedimentos hospitalares para serem cobertos deverão ser autorizadas pela **CONTRATADA**, nos termos do que está previsto nos itens seguintes, variando o

procedimento em se tratando de casos eletivos ou de urgência e emergência.

11.4.2. As internações hospitalares de caráter eletivo serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente.

11.4.3. Com base no pedido firmado por médico assistente, a **CONTRATADA** emitirá guia de internação prévia, a ser encaminhada pela **CONTRATANTE** ou BENEFICIÁRIO ao prestador do atendimento por ele escolhido dentro da rede credenciada BÁSICA.

11.4.4. A **CONTRATADA**, através de sua auditoria médica especializada, poderá solicitar ao médico assistente esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente e o tratamento prescrito, antes de emitir a guia de autorização prévia.

11.4.5. EM QUALQUER CASO, ANTES DE EMITIR A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, SERÁ VERIFICADA EVENTUAL SUSPENSÃO CONTRATUAL EM RAZÃO DE INADIMPLÊNCIA, CONFORME PREVISTO NA LEGISLAÇÃO VIGENTE (art. 13 da Lei nº 9.656/98).

11.4.6. Antes da internação eletiva, o BENEFICIÁRIO se obriga a apresentar à administração da entidade hospitalar, os seguintes documentos:

- a guia de internação prévia emitida pela **CONTRATADA**;
- o seu Cartão Individual de Identificação válido; e
- um documento de identidade pessoal legalmente reconhecido.

11.4.7. Nos casos de urgência ou emergência não haverá a exigência prévia de guia de autorização para a internação. Neste caso, o BENEFICIÁRIO ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação de urgência ou emergência, para providenciar a guia de autorização emitida pela **CONTRATADA**, bem como demais documentos mencionados acima para as autorizações em procedimentos eletivos.

11.4.8. O não atendimento do exigido acima, quanto à obtenção de autorização nos casos de urgência ou emergência, isenta a **CONTRATADA** de prestar a cobertura, ainda que de acordo com o presente contrato, não se responsabilizando por quaisquer despesas decorrentes do atendimento.

11.4.9. A guia de autorização para internações, seja eletiva ou não, conterá a indicação de prazo de autorização que poderá ser fixado pelo médico assistente ou fixado pela **CONTRATADA** e corresponderá à média de dias de internação recomendados para casos idênticos ou semelhantes ao do paciente.

11.4.10. Os prazos lançados na guia de autorização NÃO REPRESENTAM LIMITAÇÃO de cobertura.

11.4.11. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente lançado na guia de autorização, o BENEFICIÁRIO ou quem por ele responda deverá apresentar à **CONTRATADA**, a solicitação de prorrogação emitida e justificada pelo médico assistente.

11.4.12. A **CONTRATADA** poderá monitorar, através de equipe técnica de auditoria própria ou por ela **CONTRATADA**, toda a evolução do paciente e o tratamento a ele dispensado.

11.5. Da cobrança de coparticipação nas internações psiquiátricas para tratamento de transtornos mentais:

11.5.1. NAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS HAVERÁ COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO CONTRATANTE PARA INTERNAÇÃO EM VALOR PRÉ-ESTABELECIDO PELA CONTRATADA, BEM COMO DE COPARTICIPAÇÃO PECUNIÁRIA EM PERCENTUAL PREVISTO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO SOBRE O TOTAL DAS DESPESAS DE INTERNAÇÃO CUJO PRAZO EXCEDA A 30 (TRINTA) DIAS POR ANO DE CONTRATO.

11.5.2. Os valores de coparticipação serão cobrados nas mensalidades vincendas.

11.5.3. Como o valor da coparticipação de internação é estabelecido no ato da contratação, o mesmo sofrerá reajuste anualmente pelo índice aplicado à mensalidade do plano de saúde.

11.5.4. É exigida autorização para a realização de tais procedimentos, aplicando-se no que couber o disposto acima.

11.6. Da cobrança de coparticipação nas consultas, nos procedimentos/exames, no fornecimento de materiais/medicamentos e nas internações:

11.6.1. Por se tratar de contrato de plano de saúde coparticipativo, além da mensalidade, a

CONTRATANTE pagará os valores/percentuais de coparticipação para cada consulta, procedimento/exame, fornecimento de materiais/medicamentos (conforme Diretrizes de Utilização da ANS) e internação que estão dispostos na Proposta de Admissão.

11.6.2. Os valores de mensalidade e coparticipação para internação previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração a cobertura **CONTRATADA**, conforme Nota Técnica cujos dados são enviados regularmente para a Agência Nacional de Saúde Suplementar e serão reajustados anualmente na forma deste contrato.

11.6.3. Os percentuais de coparticipação para consultas, exames, eventos, fornecimento de materiais/medicamentos e procedimentos, previstos na Proposta de Admissão, incidirão sobre os valores da Tabela (Rol Unimed).

11.6.4. Os valores da Tabela (Rol Unimed); de limite de coparticipação para consultas/exames/eventos/procedimentos/fornecimento de materiais e medicamentos; e de coparticipação para internação serão reajustados anualmente na forma deste contrato.

11.6.5. QUANDO DA REALIZAÇÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO AMBULATORIAL (EXAME/EVENTO/CONSULTA/PROCEDIMENTO/FORNECIMENTO DE MATERIAL/MEDICAMENTO) COBERTO POR ESTE CONTRATO, OS BENEFICIÁRIOS E A CONTRATANTE DEVERÃO CONSULTAR A TABELA (ROL UNIMED) PARA AFERIR O VALOR DA COPARTICIPAÇÃO CORRESPONDENTE (COPARTIPAÇÃO = VALOR DA TABELA ROL UNIMED X % DE COPARTICIPAÇÃO).

11.6.6. Considera-se um novo evento/exame/procedimento/consulta/ fornecimento cada intervenção ainda que seriada e realizada de forma contínua, como por exemplo: sessões de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, onde a prescrição de 10 (dez) sessões, representará 10 (dez) eventos distintos.

11.6.7. PARA AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES HAVERÁ COPARTICIPAÇÃO POR GUIA DE INTERNAÇÃO EMITIDA PELA CONTRATADA INDEPEDENTEMENTE DO PRAZO DE DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO CONFORME DISCRIMINADO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO.

11.6.8. PARA AS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS SERÁ MANTIDA A COPARTICIPAÇÃO DE INTERNAÇÃO PARA OS 30 DIAS INICIAIS E A COPARTICIPAÇÃO SOBRE O TOTAL DAS DESPESAS DE INTERNAÇÃO PARA DIAS POSTERIORES EM PERCENTUAL PREVISTO NA PROPOSTA DE ADMISSÃO, QUE SERÃO DE INTEGRAL RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE O SEU PAGAMENTO.

11.6.9. A **CONTRATANTE** obriga-se a informar aos seus **BENEFICIÁRIOS** inscritos neste contrato sobre a existência de coparticipação, respondendo sempre pelos prejuízos que a omissão desta informação puder ocasionar.

11.6.10. Os valores de coparticipação serão pagos pela **CONTRATANTE** nas mensalidades vincendas.

11.7. Dos demais procedimentos:

11.7.1. O presente contrato assegura aos **BENEFICIÁRIOS**:

- **Consultas:** os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da **CONTRATADA**, ou nos serviços de emergência próprios, credenciados ou contratados pela **CONTRATADA**, respeitada a área de abrangência geográfica do presente contrato;
- **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados pela **CONTRATADA**, respeitada a área de abrangência geográfica do presente contrato;
- **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através da rede própria, credenciada ou **CONTRATADA** pela **CONTRATADA**, respeitada a área de abrangência geográfica do presente contrato;

11.7.2. A autorização prévia para consultas médicas, exames e procedimentos básicos da segmentação ambulatorial será concedida pela **CONTRATADA** ao prestador credenciado ou contratado, por meio eletrônico, telefônico ou outro que estiver disponível na ocasião.

11.7.3. O beneficiário será atendido por profissional avaliador integrante da auditoria médica da **CONTRATADA** no prazo máximo de um dia a partir da apresentação do pedido de autorização, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

11.7.4. Os serviços de diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais cobertos por este contrato e solicitados por escrito por médico assistente ou cirurgião dentista não integrantes da rede credenciada vinculada a este contrato, prescindirão de autorização prévia da **CONTRATADA**, na forma e condições estabelecidas neste contrato.

11.8. Das eventuais divergências técnicas nas autorizações:

11.8.1. Em qualquer hipótese acima, caso haja divergência técnica e médica a respeito do pedido de autorização subscrito pelo médico assistente, poderá a **CONTRATADA** determinar que a solução da divergência se dê através de junta constituída por 03 (três) membros: **(a)** pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, **(b)** pelo médico auditor da **CONTRATADA** por ela indicado e **(c)** por um terceiro profissional, a ser escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**, nos termos do previsto pela Resolução CONSU n^o 08/1998, em seu art. 4^o, V.

11.8.2. Caberá ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e cobertos por este contrato. **No entanto, o profissional requisitante deve, quando solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e, em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.**

XII FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O preço da contraprestação pecuniária dos BENEFICIÁRIOS vinculados à **CONTRATANTE** é PRÉ-ESTABELECIDO e em regime de pré-pagamento.

12.2. As coparticipações a serem pagas pelo **CONTRATANTE** poderão ser pagas juntamente com a mensalidade após a realização da consulta, internação, exame/procedimento, fornecimento de material/medicamento.

12.3. Fica a **CONTRATANTE** obrigada a pagar à **CONTRATADA** pelos seus BENEFICIÁRIOS inscritos neste contrato, os valores das contraprestações pecuniárias, previstos na Proposta de Admissão, para efeito de inscrição, mensalidade e coparticipação.

12.4. Os valores das contraprestações pecuniárias estão dispostos na Proposta de Admissão e deverão ser pagos na data de vencimento também nela prevista, diretamente na rede bancária referenciada pela **CONTRATADA**. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

12.5. Se a **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da **CONTRATADA** para que não se sujeite às conseqüências da mora.

12.6. Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação pecuniária, serão cobrados correção monetária e juros de mora de no mínimo 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia), seguindo o mesmo critério utilizado para as obrigações do Tesouro Nacional, nos termos do art. 406 do Código Civil, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

12.7. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, respeitados os critérios de variação de

faixa etária.

12.8. O(s) beneficiário(s) se obriga(m) ao pagamento das contraprestações pecuniárias previstas neste contrato diretamente à **CONTRATANTE**, na mesma data de vencimento que a **CONTRATANTE** estará obrigada a pagar à **CONTRATANTE**, sob pena dos encargos moratórios previstos neste contrato, bem como da suspensão ou da exclusão do beneficiário e de seu grupo familiar, se houver.

12.9. Em caso de inadimplência do beneficiário junto à **CONTRATANTE**, esta poderá solicitar à **CONTRATADA** a suspensão ou a exclusão da assistência à saúde ao beneficiário e seu grupo familiar, se houver, que esteja inadimplente por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, e tenha sido comprovadamente notificado pela **CONTRATANTE** até o quinquagésimo dia de inadimplência.

XIII REAJUSTE

13.1. Para fins deste contrato, é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-actuarial.

13.2. Todos os valores de remuneração previstos neste contrato serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado, da FGV (Fundação Getúlio Vargas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses, toda vez que apresentar resultado positivo.

13.3. Em caso de extinção do índice acima, será utilizado o maior índice autorizado pelo Governo Federal.

13.4. Além do reajuste financeiro estipulado no artigo anterior, os valores também serão reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, pelo Reajuste Técnico, obtido por meio da sinistralidade verificada no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R = (1 + R_{\text{técnico}}) \times (1 + R_{\text{financeiro}}) - 1$$

13.5. O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato que é de 70% e será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R_{\text{técnico}} = \frac{S}{S_m} - 1:$$

onde,

S: corresponde a sinistralidade do período (mínimo de 12 meses), a qual é obtida pela divisão dos eventos, menos coparticipação, sobre as contraprestações do período.

Sm: Corresponde à meta de sinistralidade, que será de 70%.

Parágrafo Único: Para fins de obtenção da sinistralidade no presente contrato, serão somadas as despesas assistenciais e eventuais ressarcimentos realizados pela CONTRATADA ao SUS - Sistema Único de Saúde.

13.6. Caso o resultado da aferição do Reajuste Técnico seja negativo, o contrato será reajustado somente pelo índice financeiro previsto acima, visando assim manter o equilíbrio técnico actuarial do contrato.

REAJUSTE POR AGRUPAMENTO

13.7. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 309/12, caso este contrato, na data de seu aniversário, mantenha menos de 50 (cinquenta) beneficiários/participantes, o mesmo será agrupado com os demais contratos coletivos da carteira da **CONTRATADA** que possuam a mesma segmentação e menos de 50 (cinquenta) beneficiários/participantes para o CÁLCULO DA SINISTRALIDADE E DO REAJUSTE TÉCNICO.

§1º. A PRIMEIRA APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE AGRUPAMENTO SERÁ A DATA DA ASSINATURA DESTES CONTRATO E, APÓS, ANUALMENTE, NO MÊS DE SEU ANIVERSÁRIO.

§2º. Na data de apuração, caso a quantidade de beneficiários deste contrato seja superior à quantidade estabelecida para formação do agrupamento, o mesmo ficará automaticamente desagregado do agrupamento e o índice de reajuste apurado exclusivamente com base nos beneficiários deste contrato.

§3º. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período do cálculo do reajuste.

13.8. Fica ainda estabelecido que: I – O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária; II – O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes nessa cláusula; III - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única; IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato.

13.9. A **CONTRATADA** informará à ANS os reajustes aplicados.

13.10. PARA APLICAÇÃO DA REGRA DE REAJUSTE POR AGRUPAMENTO, SERÃO CONSIDERADOS TODOS OS CONTRATOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE FIRMADOS ENTRE AS PARTES QUE POSSUAM A MESMA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.

XIV FAIXAS ETÁRIAS

14.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

14.2. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada, automaticamente, no mês subsequente o de seu aniversário.

14.3. Obedecidos aos termos do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), os beneficiários com 60 (sessenta) anos ou mais não sofrerão reajuste de suas mensalidades por alteração na faixa etária, razão pela qual a última faixa é 59 (cinquenta e nove) anos.

14.4. De acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Resolução Normativa nº 63/03), o valor fixado para a última faixa etária não pode ultrapassar a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas deverá ser inferior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

14.5. As faixas etárias para os fins deste contrato são as seguintes, COM OS RESPECTIVOS PERCENTUAIS DE REAJUSTE PELO ENQUADRAMENTO OU MUDANÇA PARA CADA UMA DELAS, CONFORME ABAIXO:

ITEM	FAIXA ETÁRIA	% REAJUSTE	Valor da Mensalidade
1ª	de 00 (zero) até 18 (dezoito) anos	0,00	
2ª	de 19 (dezenove) até 23 (vinte e três) anos	22,99	
3ª	de 24 (vinte e quatro) até 28 (vinte e oito) anos	18,70	
4ª	de 29 (vinte e nove) até 33 (trinta e três) anos	7,54	
5ª	de 34 (trinta e quatro) até 38 (trinta e oito) anos	3,82	
6ª	de 39 (trinta e nove) até 43 (quarenta e três) anos	15,95	
7ª	de 44 (quarenta e quatro) até 48 (quarenta e oito) anos	29,63	
8ª	de 49 (quarenta e nove) até 53 (cinquenta e três) anos	31,43	
9ª	de 54 (cinquenta e quatro) até 58 (cinquenta e oito) anos	37,58	

10a	de 59 (cinquenta e nove) anos em diante	35,44	
-----	---	--------------	--

14.6. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados, eventualmente também indicados na Proposta de Admissão, e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior.

14.7. O AUMENTO POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA NÃO SE CONFUNDE COM O REAJUSTE ANUAL PREVISTO NESTE CONTRATO.

XV BÔNUS – DESCONTOS

15.1. Não há descontos para este produto.

XVI REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

16.1. Não se aplica ao presente contrato.

XVII CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. A manutenção do beneficiário titular no presente contrato está condicionada à permanência de seu vínculo profissional, classista ou setorial com a **CONTRATANTE**.

17.2. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários. Em caso de suspensão ou exclusão por inadimplência do beneficiário, a solicitação deverá estar acompanhada dos documentos necessários que comprovem a observância do disposto no art. 13, parágrafo único, inc. II, da Lei nº 9.656/98.

17.3. A **CONTRATADA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

- fraude; ou
- por perda do vínculo do beneficiário titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou de dependência previsto neste contrato.

XVIII RESCISÃO / SUSPENSÃO

18.1. As partes podem por fim ao presente contrato ou suspender os seus efeitos, seguindo as regras expostas a seguir.

18.2. DA SUSPENSÃO DO CONTRATO:

18.2.1. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, a critério da **CONTRATADA**, na suspensão total da assistência à saúde dos BENEFICIÁRIOS deste contrato.

18.2.2. A **CONTRATANTE** será notificada do risco de suspensão dos atendimentos até o quinquagésimo dia de atraso, através de correspondência enviada para seu endereço de cadastro, devendo se diligenciar até a **CONTRATADA** para regularização da situação, no prazo colocado na correspondência.

18.2.3. Uma vez suspensos os atendimentos, se não regularizada a situação financeira da CONTRATANTE, PODERÁ A CONTRATADA RESCINDIR IMEDIATAMENTE O CONTRATO.

18.2.4. A CONTRATADA COBRARÁ OS VALORES DEIXADOS EM ABERTO PELA CONTRATANTE, CORRESPONDENTES AO PERÍODO PELO QUAL OS SERVIÇOS ESTIVERAM DISPONIBILIZADOS AOS SEUS BENEFICIÁRIOS, ANTES DA SUSPENSÃO E/OU DENÚNCIA, INCLUINDO OS ENCARGOS MORATÓRIOS.

18.3. DA RESCISÃO DO CONTRATO:

18.3.1. Poderá ser considerado rescindido este contrato pela **CONTRATADA**, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que a **CONTRATANTE** tenha sido notificada previamente, sem prejuízo da **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

18.3.2. Rescinde-se também este contrato pela **CONTRATADA**, independentemente de notificação

judicial, ocorrendo fraude ou por descumprimento das condições contratuais por parte da **CONTRATANTE**.

18.3.3. A **CONTRATANTE** poderá rescindir o contrato antes do prazo de vigência mínimo de 12 (doze) meses, mediante comunicação formal à **CONTRATADA** e pagamento de multa equivalente a 05 (cinco) mensalidades em favor da **CONTRATADA**.

18.3.4. A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos.

18.3.5. Ocorrendo a rescisão deste contrato, o BENEFICIÁRIO poderá, no prazo de 30 (trinta) dias, contratar plano privado de assistência à saúde individual/familiar com a **CONTRATADA** com aproveitamento de carências.

18.4. DA DENÚNCIA DO CONTRATO:

18.4.1. Após decorridos os primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, as partes poderão denunciar o presente contrato, a qualquer tempo, através de comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem necessidade de justificativa quantos aos motivos e sem qualquer ônus.

18.4.2. As partes ficarão obrigadas ao cumprimento das obrigações deste contrato durante o prazo acima previsto.

18.4.3. Não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários após a emissão da denúncia contratual.

XIX DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. São partes integrantes deste CONTRATO:

- Proposta de Admissão Pessoa Jurídica;
- Proposta de Admissão de Beneficiário ou outro documento que venha a substituí-la;
- Declaração de Saúde;
- Termo de Cobertura Parcial Temporária ou o Termo de Agravo de Contraprestação, quando couber;
- Recibo de pagamento inicial, pago no ato da contratação;
- Guia Médico;
- Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- Guia de Leitura Contratual (GLC);
- Carta de Orientação ao Beneficiário; e
- Outros documentos criados pela **CONTRATADA**.

19.2. Fica estabelecido que se a **CONTRATANTE** optar pela transferência de modalidade de quaisquer dos planos oferecidos pela **CONTRATADA**, deverá arcar com o pagamento de todas as utilizações até a data da efetiva migração, mesmo que estas venham a ser conhecidas em momento futuro.

19.3. Estas utilizações serão regidas na forma pactuada no contrato original de coparticipação, sem qualquer compensação de pagamento das despesas de utilização, decorrentes da migração para outra modalidade de plano oferecido pela **CONTRATADA**.

19.4. Em caso de cancelamento do contrato, a **CONTRATANTE** ficará responsável pelo pagamento de todas as utilizações até a data do efetivo cancelamento.

19.5. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo extracontratual e por ela não autorizado, ajustado particularmente pela **CONTRATANTE** e/ou seus beneficiários com os prestadores integrantes de sua rede credenciada, sejam médicos, hospitais, clínicas, ou quaisquer outras entidades.

19.6. Tais despesas extracontratuais correm por conta exclusiva da **CONTRATANTE** e de seus beneficiários.

19.7. A opção dos beneficiários por acomodação hospitalar superior àquela garantida contratualmente neste instrumento configura acordo extracontratual, para todos os efeitos, limitando-se a **CONTRATADA** ao pagamento dos valores correspondentes à ocupação da acomodação aqui garantida.

19.8. A diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, atrelada à opção por acomodação hospitalar superior ao padrão contratado, caberá à **CONTRATANTE** e/ou seus beneficiários, conforme negociação direta com os prestadores, do atendimento, não sendo devido o

reembolso.

19.9. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: durante o cumprimento de carência; após o término da relação contratual; não autorizados; realizados com fraude; etc.

19.10. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças nos termos da Lei, têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

19.11. A **CONTRATANTE** e seus beneficiários autorizam expressamente que médicos, clínicas e hospitais forneçam as informações de que a **CONTRATADA** necessitar sobre o estado de saúde dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e de seus DEPENDENTES, bem como resultados de exames e tratamento realizados, assegurando a **CONTRATADA** que tais informações sejam fornecidas por intermédio do Coordenador Médico responsável pela Operadora de Plano de Saúde perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

19.12. A **CONTRATANTE** e seus beneficiários autorizam a **CONTRATADA** a obter o diagnóstico médico, seja dos BENEFICIÁRIOS TITULARES ou DEPENDENTES, sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações médicas.

19.13. Fica desde já AUTORIZADA a utilização da codificação expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde - CID, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão, ou o fornecimento de relatórios médicos detalhados, para fins de prestar as informações sobre o estado de saúde dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e de seus DEPENDENTES, bem como resultados de exames e tratamento realizados.

19.14. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais ou empregados da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão, para a devida apuração.

19.15. A **CONTRATANTE** e seus beneficiários reconhecem expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema UNIMED.

19.16. A inserção de mensagens nas boletas de cobrança das mensalidades devidamente quitadas valerá como cientificação da **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato, RESSALVADOS OS CASOS EXPRESSOS EM QUE O CONTRATO MENCIONAR FORMA ESPECÍFICA DE NOTIFICAÇÃO.

19.17. Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

19.18. A **CONTRATANTE** e seus BENEFICIÁRIOS autorizam a **CONTRATADA** a prestar as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, quando solicitadas expressamente pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, resguardado o sigilo da fonte.

19.19. A opção dos beneficiários pela utilização dos serviços do SUS é decorrente de seu direito de cidadão e do dever do Estado, nos termos do artigo 196 da CONSTITUIÇÃO FEDERAL, independente da cobertura aqui assegurada.

19.20. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o BENEFICIÁRIO em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto habitual de casa para o trabalho ou do trabalho para casa, tal qual definido em legislação própria e por regras do Ministério do Trabalho.

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 independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS: é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas **CONTRATANTES** de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas **CONTRATANTES** na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009; II - contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de

estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas **CONTRATANTES**; IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como: a) negociação de reajuste; b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; c) alteração de rede assistencial; V – apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano; VI – terceirização de serviços administrativos; VII – movimentação cadastral; VIII – conferência de faturas; IX – cobrança ao beneficiário por delegação; e X – consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA**, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: é o limite territorial onde serão prestados os serviços, conforme rede credenciada formada por prestadores próprios, credenciados, cooperados ou contratados em regime de contratação direta ou indireta, conforme registro enviado à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ou ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL): é aquele realizado em consultório ou em ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação ambulatorial.

ATENDIMENTO HOSPITALAR (ou ASSISTÊNCIA HOSPITALAR): é aquele prestado em ambiente hospitalar decorrente de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, demandem a utilização de estrutura hospitalar e/ou a internação do BENEFICIÁRIO, constante do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação hospitalar e obstétrica.

BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, podendo ser na condição de titular ou de dependentes, conforme previsão contratual.

BENEFICIÁRIO TITULAR: é a pessoa física, inscrita e indicada pelo **CONTRATANTE** na proposta de admissão, incluída pela **CONTRATADA** e que usufruirá os serviços ora pactuados.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico especial com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do BENEFICIÁRIO, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do instrumento, durante o qual o beneficiário não tem direito às coberturas **CONTRATADAS**.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do BENEFICIÁRIO (nome, idade, código de inscrição na cooperativa **CONTRATADA**, etc.) e é, também, o comprovante de sua inclusão no plano de saúde.

CID: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. **IMPORTANTE:** os procedimentos cobertos por este instrumento são somente aqueles relacionados no Rol divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CIRURGIA ESTÉTICA: é a cirurgia plástica de natureza não reparadora, realizada, com qualquer outro finalidade que não a restauração de funções em órgãos, membros e regiões e que não estejam causando problemas funcionais ao BENEFICIÁRIO.

CIRURGIA REPARADORA: é a cirurgia objetivando a restauração de funções em órgãos, membros e regiões, bem como a cirurgia para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

COPARTICIPAÇÃO: é o montante em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento (consultas, procedimentos/eventos e internações) realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade, cujo valor é pago pela **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**.

COBERTURA: é a assistência à saúde **CONTRATADA** que o **BENEFICIÁRIO** tem direito.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COMPANHEIRO(A): é a pessoa que vive em união estável com o beneficiário titular.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: é o somatório das obrigações financeiras devidas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, tais como, valores de mensalidade, de coparticipação, se houver, correção monetária, juros, multa, despesas de cobranças bancárias e encargos assumidos, nos termos do contrato.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através das tabelas pagas aos cooperados e serviços credenciados.

DESPESAS ASSISTENCIAIS: São as despesas decorrentes de patologias de cobertura obrigatória, listadas no Rol de Procedimentos, que são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme definido no artigo primeiro deste Contrato.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o formulário, elaborado pela operadora do plano de saúde, que deverá ser preenchido pelo pretense beneficiário do plano de saúde para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

DOCUMENTO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do **BENEFICIÁRIO** (nome, idade, código de inscrição na cooperativa **CONTRATADA**, etc.) sendo também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intra-uterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS.

ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar coberto por este instrumento.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO**.

EXAMES/PROCEDIMENTOS BÁSICOS: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da assistência ambulatorial e por isso são considerados exames/procedimentos básicos: Análises clínicas / Histo-citopatologia / Eletrocardiograma convencional / Eletroencefalograma convencional / Endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica / Exames radiológicos simples sem contraste / Exames e testes alergológicos / Exames e testes oftalmológicos / Exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia / Inaloterapia / Prova de função pulmonar / Teste ergométrico / Exames e testes urológicos / Exames e testes ginecológicos e obstétricos.

EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIAIS OU DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação hospitalar e/ou procedimentos de alta complexidade, por isso denominados especiais:

Angiografia / Arteriografia / Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e Mapeamento cerebral / Ultrassonografia / Tomografia computadorizada / Ressonância nuclear magnética / Medicina nuclear / Densitometria óssea / Laparoscopia diagnóstica / Ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido / Eletrocardiografia dinâmica (holter) / Monitorização ambulatorial de pressão arterial / Litotripsia / Radiologia com contraste e intervencionista / Cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada / Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica / Endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial / Eletromiografia / Eletroneuromiografia / Quimioterapia / Radioterapia.

EXAMES e PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS da SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, característicos da segmentação obstétrica, por isso denominados específicos: Eletrocardiograma fetal / transfusão fetal intra-uterina / rotina do líquido amniótico-amniograma (citológico espectrofotometria, creatinina e teste de clements) / alfa-feto-proteína / espectrofotometria / fosfolípidios (relação lecitina/esfingomielina / amniocentese / ultra-sonografia obstétrica (qualquer tipo) / biópsia do viló corial / perfil biofísico do feto / tococardiografia intraparto / cerclagem do colo uterino / curetagem pós aborto / dopplerfluxometria.

GUIA MÉDICO (ou GUIA MÉDICOS DE SERVIÇOS): é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.

HOSPITAL DIA: é o termo utilizado dentro da rede hospitalar conveniada à UNIMED, para expressar que a internação se fará com permanência em período diurno (até 12 horas), sem pernoite. Comumente também são empregados os termos “Day Clinic” ou “Day Hospital” para expressar a mesma coisa, qual seja, internação de curta duração em período diurno, respeitada a cobertura **CONTRATADA**;

HOSPITAL-DIA PARA TRANSTORNOS MENTAIS: segundo RN 211/2010 deve ser entendido como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um BENEFICIÁRIO no plano.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o ingresso do BENEFICIÁRIO em um dos hospitais da rede credenciada, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento de complexidade maior que os atendimentos prestados ambulatorialmente.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Nacional UNIMED.

MENSALIDADE: é o valor pecuniário relativo a cada BENEFICIÁRIO, a ser pago mensalmente à **CONTRATADA**, em face das coberturas previstas no contrato.

OBESIDADE MÓRBIDA (OM): Conforme conceituado pela Organização Mundial de Saúde ocorre quando o índice de massa corporal (IMC) for igual ou maior que 40, sendo que este índice é definido pela relação entre o peso do BENEFICIÁRIO em kg dividido pela altura, em metros, elevado ao quadrado. Assim: $OM = \text{Índice de Massa Corporal (IMC)} \geq 40$, sendo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA}^2}$$

ÓRTESE: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

PARTO A TERMO: é o parto de evolução e tempo de gestação normal (de 37 a 41 semanas e 06 dias).

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

PLANO: é a opção de coberturas adquiridas pelo **CONTRATANTE**.

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

PLANO COLETIVO POR ADESÃO: é aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas **CONTRATANTES** de caráter profissional, classista ou setorial: I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; III – associações profissionais legalmente constituídas; IV – cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; V – caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da RN 195 da ANS; VI – entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e VII – outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, sem grupo familiar.

PLANO REFERÊNCIA: plano de saúde instituído pelo artigo décimo da lei n.º 9.656/98 (publicada no DOU de 04.06.98), de oferecimento obrigatório por parte das operadoras de planos de saúde, que engloba atendimentos nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, em enfermaria, com condições especiais para os atendimentos de urgência e emergência.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PARA CASOS DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA): São aqueles relacionados em norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, vigente à data do evento, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à doença ou lesão preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela **CONTRATADA**.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento validado pela **CONTRATADA**, preenchido pela **CONTRATADA** seguindo informações passadas pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato e confirma a intenção do **CONTRATANTE** de aderir ao presente contrato.

PRÓTESE: qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do BENEFICIÁRIO pela **CONTRATADA**, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

RECURSOS PRÓPRIOS ou REDE PRÓPRIA: a) hospitalar: todo recurso físico hospitalar de propriedade da **CONTRATADA**; b) médica: constituída por profissional assalariado ou cooperado da **CONTRATADA**.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que referencia os procedimentos mínimos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial s/ obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, ambulatorial/hospitalar c/ obstetrícia local e ambulatorial/hospitalar c/ obstetrícia nacional e plano

referência).

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, interligadas através de Manual de Intercâmbio, para a prestação de serviços aos BENEFICIÁRIOS, sendo que as UNIMED's são independentes entre si, não havendo qualquer vinculação ou subordinação entre as mesmas.

TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos): é uma lista de procedimentos, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução RDC 17/2000, com a finalidade única de viabilizar o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos cooperados, filiada ao SISTEMA NACIONAL UNIMED.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, conforme conceito legal trazido pela Lei nº 9.656/98.

19.21. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os **CONTRATANTES**, observados os termos da lei.

19.22. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a data de sua assinatura. Assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui é avençado, sujeitará a adequação necessária ao equilíbrio econômico e financeiro que será apontado através de estudo atuarial, inclusive com reflexos na contraprestação.

XX ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o domicílio da **CONTRATANTE** como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

E, por estarem assim, justos e contratados assinam o presente Contrato presença das testemunhas abaixo para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

CONTRATANTE: _____ CNPJ nº _____

CONTRATADA: _____

TESTEMUNHAS:

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

Na condição de **CONTRATANTE**, declaro que tomei ciência de que a **CONTRATADA** comercializa PLANO REFERÊNCIA, cujo qual foi-me oferecido, como previsto na Lei nº 9.656/98, todavia, optei por adquirir o UniMAX - ADESÃO - NACIONAL - APARTAMENTO.

_____, _____ de _____ de _____.

CONTRATANTE: _____