



INDICAÇÃO Nº: 072/2024.

ASSUNTO: Implantação de Plano de Saúde e/ou Auxílio Saúde para os servidores do município de Sumidouro.

REQUERENTE: Vereador Giovanni Damião Castilho.

O vereador Giovanni Damião Castilho, novamente apresenta esta Indicação, solicitando que o Executivo Municipal avalie a possibilidade de contratação de um plano de saúde e/ou auxílio saúde que, de forma facultativa, seja oferecido aos servidores do município de Sumidouro, através da celebração de convênio ou como forma de concessão de auxílio saúde.

Esta solicitação tem por finalidade possibilitar aos Servidores Públicos Municipais a adesão ao Plano de Saúde, vindo ao encontro dos anseios do funcionalismo público, ajudando a diminuir a utilização por estes ao Sistema Único de Saúde (SUS), PSF e Laboratório Municipal.

Destaco que o município vizinho de Sapucaia/RJ possui o auxílio Plano de Saúde aos seus servidores. (cópia do contrato do Plano de Saúde de Sapucaia em anexo).

Pelo exposto, na forma dos artigos 107 e 126 do Regimento Interno, solicitamos o encaminhamento ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Sumidouro, da presente **INDICAÇÃO, que solicita Implantação de Plano de Saúde e/ou Auxílio Saúde a todos os servidores do Município de Sumidouro.**

Sumidouro, 24 de junho de 2024.

Geovanni Damião Castilho

Geovanni Damião Castilho

Dados Gerais do Plano:

Tipo de Contratação: Coletiva Empresarial

Abrangência Geográfica:

Segmentação Assistencial: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Livre escolha: Não

Nome do Plano: NACIONAL BÁSICO (EMPRESARIAL)

Nº de registro na ANS: 428.314/99-7

Rede Assistencial: Básica

Fator moderador: SEM COPARTICIPAÇÃO

A - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social	UNIMED TRÊS RIOS COOPERATIVA DE TRABALHOS MÉDICOS		
CNPJ	00.946.953/0001-47		
Registro da Operadora na ANS	337498		
Classificação da Operadora na ANS	COOPERATIVA MÉDICA		
Endereço	Rua Dr. Bernardo Bello, 63, Três Rios - RJ - CEP - 25804-030		

B - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Para fins deste contrato, é CONTRATANTE a pessoa jurídica abaixo qualificada, que contrata os serviços aqui prestados em favor dos beneficiários indicados, na forma deste contrato.

Razão social	MUNICIPIO DE SAPUCAIA		
CNPJ	29.138.393/0001-86		
Endereço	PRACA MIGUEL COUTO FILHO	Nº	240
Complemento		Bairro	CENTRO
Cidade	SAPUCAIA	CEP	25.880-0000
Responsável legal	ANDERSON BARCIÁ ZANON		
CPE	732.653.737-20		

C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME: NACIONAL BÁSICO (EMPRESARIAL)

Nº DE REGISTRO NA ANS: 428.314/99-7

D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

COLETIVA EMPRESARIAL.

E - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação contratada é a do tipo AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Nacional.

G - ÁREA DE ATUAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE

TRÊS RIOS, PARAIBA DO SUL, SAPUCAIA, COMENDADOR LEVY GASPARYAN E AREAL.

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Acomodação Coletiva.

Havendo indisponibilidade de leito hospitalar na rede credenciada contratada, é garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional ao CONTRATANTE.

I - FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-pagamento.

J - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Este produto não dispõe de serviços e coberturas adicionais.

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, na segmentação AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, seguindo a cobertura dos procedimentos devidamente enumerados pela ANS - Agência Nacional de Saúde através do Rol de Procedimentos por ela editado e suas atualizações, vigente no momento da utilização e na lei civil brasileira e no Código de Defesa do Consumidor.

1.1.1. EVENTUAL ALTERAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMO PARÂMETRO DE COBERTURA PARA OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ALTERA IMEDIATAMENTE A COBERTURA ASSEGURADA PELO PRESENTE CONTRATO, SEJA QUANTO A EVENTUAL AUMENTO OU REDUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.

1.2 O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições da Lei 9.656/98 (Lei dos planos de saúde), Lei 5.764/71 (Lei das cooperativas) e do artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. DO TITULAR

2.1.1 Somente poderá ser incluída pela CONTRATANTE, na qualidade de titular, a pessoa física que mantenha com ela, à data da inclusão, vínculo empregatício ou estatutário.

2.1.1.1. Poderão ser admitidos ainda, a critério da CONTRATADA, os sócios e administradores da CONTRATANTE, os empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, os agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes vinculados à CONTRATANTE.

2.1.2 O vínculo deverá ser comprovado expressamente pelo CONTRATANTE no ato do pedido de inclusão dos beneficiários, seguindo as regras e documentos que forem solicitados pela CONTRATADA e definindo-os como:

2.1.2.1 Com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos;

2.1.2.2 Com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários aposentados ou demitidos sem justa causa;

2.1.3 - A CONTRATADA poderá a qualquer tempo, solicitar durante a vigência contratual, a comprovação da data de vínculo empregatício e estatutário de quaisquer beneficiários como sócio, diretor ou funcionário da CONTRATANTE.

2.2. DOS DEPENDENTES

2.2.1. É assegurada a inclusão pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) o cônjuge;
- b) o recém-nascido e filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
- c) o entado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) o convivente, havendo filhos em comum ou união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge ou novo convivente, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos.

2.2.2. A inclusão dos dependentes deverá ser feita a pedido exclusivo do CONTRATANTE e será processada através de preenchimento de Proposta de Admissão e Declaração de Condições Gerais de Saúde.

2.2.3. É assegurada a inscrição (inclusão no plano):

- do recém-nascido; filho natural ou adotivo do USUÁRIO, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias de

nascimento ou adoção e cujas carências para o procedimento obstétrico já tenham sido integralmente cobertas pelo pai, mãe ou adotante.

- do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo adotante, desde que a inscrição seja efetivada em até trinta dias do deferimento da adoção.

2.2.4. Ultrapassado os prazos de 30 (trinta) dias previstos acima, a inclusão de filhos estará sujeita ao cumprimento integral das carências previstas neste contrato.

2.2.5. Caso o nascimento ocorra quando o beneficiário titular ou dependente (pai ou mãe) ainda se encontrar sob carência para o atendimento obstétrico, a inclusão de filhos estará sujeita ao cumprimento integral das carências previstas neste contrato.

2.2.6. É assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido de parto coberto, filho natural ou adotivo do USUÁRIO TITULAR, ou de seu dependente INSCRITO, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

2.2.7. A inclusão no contrato de dependentes do usuário titular dependerá da participação do usuário titular no plano e estará sujeita à comprovação do vínculo de dependência, legal ou econômica, na forma do imposto de renda e estará vinculada ao pagamento do valor da mensalidade vigente relativamente a cada inclusão a ser aferida no momento da inclusão.

2.2.8. A permanência no contrato de dependentes do usuário titular dependerá da participação do usuário titular no plano.

2.3 - O dependente que tenha sido excluído deste contrato, por qualquer motivo que não seja a perda de sua condição de dependente conforme previsto acima, poderá ser reincluído, ficando, contudo, obrigado a cumprir as carências previstas no Tema VI (PERÍODOS DE CARÊNCIA).

2.4. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a CONTRATANTE, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

2.5. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as inclusões e exclusões de usuários para os efeitos deste contrato, que serão processadas para todos os efeitos, para viger na fatura do mês subsequente, responsabilizando-se pela movimentação de beneficiários requerida e devida comunicação ao beneficiário quanto à inclusão/exclusão realizada.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Os usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, às coberturas da segmentação AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, respeitadas as limitações quanto à rede de prestadores contratada, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.2. Os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, compreendem genericamente:

3.2.1 Consultas: os usuários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da CONTRATADA, ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados, disponíveis na área de abrangência do contrato;

3.2.2 Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, credenciados ou contratados, na área de abrangência do contrato;

3.2.3 Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria, credenciada ou contratada, na área de abrangência do contrato.

3.2.4 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.2.5 Cobertura referente à participação de médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

3.2.6 Atendimento assegurado, independentemente do local de origem do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada e os prazos de carência estabelecidos no contrato;

3.3. 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 Cobertura Parcial Temporária - CPT;

3.3.1. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como 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.

3.4. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente no momento do evento.

3.5. O tratamento da 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.

3.6. O somatório da cobertura ambulatorial + hospitalar + obstétrica compreende:

SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

3.6.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.6.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, realizados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS editado pela Agência Nacional de Saúde, e suas atualizações, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.6.3. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos da Resolução Normativa que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

3.6.4. Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, EXEMPLIFICATIVAMENTE arrolados abaixo:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 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 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 de estabelecimento de saúde (assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações);
- radioterapia ambulatorial, conforme listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- hemoterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam 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 vigente;

3.6.5. Cobertura das cirurgias oftalmológica ambulatoriais nos termos do Rol de Procedimentos vigente da ANS.

3.6.6. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o Rol de Procedimentos vigente da ANS no momento da utilização.

3.6.7. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação de médico assistente;

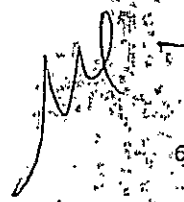
3.6.8. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

3.6.9. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo da Resolução Normativa que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações e que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

3.6.10. 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 a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

3.6.11. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação nos atendimentos relacionados às doenças e lesões preexistentes com cláusula de cobertura parcial temporária.

SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR



3.6.12. O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos hospitalares definidos na Lei nº 9.656/98 e/ou no ROL DE PROCEDIMENTOS editado pela Agência Nacional de Saúde e suas atualizações, dentro da área de abrangência e rede contratada, respeitadas as seguintes condições:

Internações hospitalares:

3.6.13. Cobertura de internações hospitalares ou clínicas credenciadas, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

3.6.14. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente;

3.6.15. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e domiciliar, e alimentação, específica ou normal, fornecida pelo hospital ao usuário internado, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;

3.6.16. Cobertura de exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, previstos no Rol de Procedimentos da ANS e suas atualizações; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.6.17. Cobertura de toda e qualquer taxa relacionada aos procedimentos da internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados;

3.6.18. Cobertura de despesas de acompanhante, assim entendidas as despesas relacionadas à acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a um acompanhante dos usuários menores de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, bem como ao usuário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e aos pacientes com necessidades especiais, nos termos da Resolução Normativa que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

3.6.19 – PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

3.6.19.1 Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos da ANS para a cobertura hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.6.19.2 Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.6.19.3 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 praticados;

JM

3.6.19.4 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 estão incluídos na cobertura contratada.

3.6.20: Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 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 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 de estabelecimento de saúde (assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações);
- procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.6.21. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (artigo 10-A da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei nº 10.223, de 2001) e as cirurgias reparadoras de órgãos e funções conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Transtornos Mentais e Psiquiátricos:

3.6.22. Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (Letra "b", Inciso II, artigo 2º, da CONSU II, alterada pela CONSU nº 15, de 1999);

3.6.23 Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (Letra "b", Inciso II, artigo 2º, da CONSU II, alterada pela CONSU nº 15, de 1999);

3.6.24. Observados os prazos definidos pela CONSU nº 15, de 1999, dispostos acima, sendo o período de internação consecutivo ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, de acordo com o número de dias de internação, haverá coparticipação de 50% do total das despesas a partir do 16º ou 31º dia de internação, conforme disposto nos artigos 3.6.22 e 3.6.23 deste contrato;

3.6.25. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;

3.6.26. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. 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;

3.6.27. Os percentuais de coparticipação estabelecidos acima para as internações relativas aos transtornos psiquiátricos e para fins de desintoxicação não caracterizam o financiamento integral da internação e observarão os letos estabelecidos nos normativos vigentes,

Transplantes:

3.6.28. Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as diretrizes de utilização. Havendo atualização no Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS, prevalecerá a nova cobertura;

3.6.29. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislações específicas estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila, única de espera e de seleção;

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

Fornecimento de Órteses e Próteses:

3.6.31. Serão fornecidas as órteses e próteses vinculadas e essenciais ao ato cirúrgico, devidamente regularizadas junto à ANVISA, podendo a contratada fornecê-las diretamente ou autorizar seu fornecimento por terceiros por ela determinados.

3.6.32. O profissional requisitante deverá indicar 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 vigente. Quando solicitado pela CONTRATADA, o profissional requisitante deverá 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.

3.6.32.1. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

3.6.32.2. Após a definição da divergência acima e optando o Beneficiário da CONTRATANTE pela utilização de órtese ou prótese diversa do definido pela Junta Médica, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA DA CONTRATADA SERÁ LIMITADA AO VALOR CORRESPONDENTE AO QUE SERIA AUTORIZADO, CABENDO A EVENTUAL DIFERENÇA AO BENEFICIÁRIO DA CONTRATANTE.

SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

3.6.33. O segmento hospitalar com obstetrícia compreende:

- procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto e puerpério; definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.
- a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do USUÁRIO TITULAR ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que tenham sido cumpridas as carências específicas da segmentação obstétrica.

3.6.34. A cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato (primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto), conforme assegurado pela Lei 11.108/2005 ou outra que venha substituí-la;

3.6.35. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, devidamente habilitado.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. ESTÃO EXCLUÍDAS DAS COBERTURAS DESTES CONTRATOS, AQUELAS LISTADAS NO ART. 10 DA LEI 9.656/98, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E SUAS ATUALIZAÇÕES, TAIS COMO, EXEMPLIFICATIVAMENTE:

- Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- Tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, exames, medicamentos importados não nacionalizados, próteses e órteses importadas não nacionalizadas ou ainda não regularizadas junto à AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA);
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Vacinas nacionais ou importadas;
- Materiais, medicamentos, próteses (qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido) e órteses (qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido), não ligados ao ato cirúrgico, tais como, exemplificativamente: botas, muletas, tálpias, aviamento de olhos e de lentes de contato, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de funções, excetuando-se aparelhos gessados, que estão cobertos, sendo que ataduras sintéticas, botas ou similares com velcro não estão cobertas ou ainda materiais cuja colocação ou remoção não requeiram ato cirúrgico, não sejam prescritos pelo médico assistente ou ainda sejam divergentes da definição do parecer de junta médica,

especialmente convocada no caso de impasse na autorização (exceto os medicamentos tratados pela Lei 12.880/2013 e materiais dispostos na Lei 12.738/2012, assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações);

- Insêminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferências intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- Cirurgias plásticas, exceto as cirurgias plásticas reparadoras; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado à obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos em SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais; tratamentos ou cirurgias com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas; necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Consultas e atendimentos ou visitas domiciliares de qualquer natureza, mesmo em caráter de emergência ou urgência; medicamentos, materiais, aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar (exceto os medicamentos tratados pela Lei 12.880/2013 e materiais dispostos na Lei 12.738/2012, assim como os previstos na Resolução Normativa vigente, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações); enfermagem em caráter particular domiciliar; despesas com remoção de um estabelecimento médico-hospitalar (hospitais e/ou clínicas) para residência e vice-versa; todo e qualquer atendimento e/ou procedimento caracterizado como de "home care" ainda que não especificado acima;
- Transplantes não previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, tais como de fígado, pulmão, coração, pâncreas ou outro de qualquer natureza ou ainda realizados em desacordo com as condições expressas neste contrato;
- Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da rede assistencial e da área geográfica de abrangência contratada, bem como realizados no exterior;
- Atendimentos e tratamentos odontológicos, de qualquer natureza, estando coberto tão somente a cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar ou a estrutura hospitalar relativa ao procedimento ambulatorial cujo imperativo clínico demande a utilização de estrutura hospitalar, não estando cobertos 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;
- Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;
- Despesas hospitalares extraordinárias, tais como artigos de hotelaria hospitalar, exceto produtos de toalete e higiene pessoal do paciente e do acompanhante; enfermagem em caráter particular em regime hospitalar; serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura assistencial;
- Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não assistentes ou entidades não credenciadas pela CONTRATADA, salvo nos casos de urgência e emergência em que não houver possibilidade de utilização da rede credenciada, na forma do artigo 12, VI, da Lei 9.656/98, caso em que as despesas deverão ser reembolsadas, na forma prevista neste contrato;
- Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e para o portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;