

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

BOLETIM DE SERVIÇO

Boletim de Serviço

Ano 15 n.º 12 – Especial de Saúde

Brasília-DF, 23 de março de 2007

Publicação semanal da CGGP/SPOA

CADERNO DE ATOS

SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

PORTARIA Nº 012, DE 22 DE MARÇO DE 2007. O SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES, no uso de suas atribuições conferidas no inciso I do art. 25 da Portaria nº 401, de 22 de agosto de 2006, que aprova o Regimento Interno deste Ministério, resolve:

Art. 1º. Alterar os artigos 13 e 15 do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Ministério das Comunicações, aprovado pela Portaria nº 007, de 1º de fevereiro de 2007, publicada no Boletim de Serviço nº 11, de 16 de março seguinte, e o item 8.3 do Termo de Referência anexo ao referido programa, os quais passam a ter a seguinte redação:

“Art. 13. Qualquer servidor, independente de associado ou não, que não se inscrever no Plano Coletivo por Adesão, faz jus ao auxílio, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário sempre que contratar com plano de assistência à saúde.

Parágrafo único. Até 31 de dezembro de 2007, os planos de saúde de que trata este artigo, deverão oferecer os serviços e coberturas mínimos atualmente exigidos pela ANS e, a partir de 1º de janeiro de 2008, os serviços e coberturas constantes do Termo de referência anexo, observando as regras e procedimentos estabelecidos na presente portaria.

...

Art. 15. Até 31 de dezembro de 2007, as operadoras vinculadas à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério deverão oferecer os serviços e coberturas mínimos atualmente exigidos pela ANS e, a partir de 1º de janeiro de 2008, os serviços e coberturas constantes do Termo de referência anexo, observando as regras e procedimentos estabelecidos na presente portaria.

Parágrafo único. É facultada a oferta de outros Planos de Assistência à Saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas no *Caput* deste artigo.

....

8.3 Este termo de referência entrará em vigor a partir de 1º de janeiro de 2008, na forma do item 9.3 da Portaria SRH/MP nº 1.983, de 05 de dezembro de 2006.”

Art. 2º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço.

FERNANDO RODRIGUES LOPES DE OLIVEIRA – Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

DA FINALIDADE

Art. 1º Regulamentar a execução do Programa de Assistência à Saúde dos servidores ativos, inativos, requisitados e nomeados para cargo em comissão sem vínculo, seus dependentes e os pensionistas, de acordo com a Lei n.º 8.112/90 e Portaria n.º 1.983/06 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP.

Parágrafo único. O Programa de Assistência à Saúde do Ministério das Comunicações tem por finalidade proporcionar a seus servidores ativos, inativos e respectivos dependentes, bem como a seus pensionistas as assistências médica hospitalar, ambulatorial, farmacêutica, odontológica e psicológica, nos termos do presente regulamento.

DA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA

Art. 2º A assistência à saúde complementar dos beneficiários do Ministério das Comunicações será prestada mediante auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, por beneficiário, limitado ao valor estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do MP.

Parágrafo único. O valor referente ao auxílio será lançado no contracheque do servidor como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme art. 39, inciso XLV, do Decreto n.º 3.000, de 26 de março de 1999, que aprova o Regulamento do Imposto de Renda, não incidindo sobre ele nenhum desconto.

Art. 3º É reconhecida, como entidade de interesse da Administração, a Associação Civil dos Servidores do Ministério das Comunicações, sem fins lucrativos, para promover a prestação de assistência à saúde complementar dos beneficiários, na forma definida no presente Programa.

§ 1º Fica autorizada a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas a prestar apoio administrativo e operacional à Associação Civil dos Servidores do Ministério das Comunicações para implementação do Plano de Saúde Suplementar no formato de Plano Coletivo por Adesão.

§ 2º A associação para operacionalizar a implementação do Plano Coletivo por Adesão deverá celebrar convênio com entidade que assegure:

I – a cobertura de benefícios em todas as unidades da federação onde residam os beneficiários do Plano de Saúde Suplementar;

II – a disponibilização de, no mínimo, 3 (três) operadoras devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que garantam as coberturas mínimas definidas neste Programa.

III – a implementação de serviços de monitoramento e acompanhamento de casos crônicos e grupos de risco, bem como a execução de ações de medicina preventiva.

§ 3º A prestação de assistência à saúde suplementar dos beneficiários na forma definida no presente Programa não exclui a prestação dos serviços de Assistências Médica e Odontológica, prestadas por médicos e odontólogos do quadro de pessoal do Ministério das Comunicações, em Brasília, mediante:

- I – Consultas a servidores ativos em horário de serviço;
- II – Vacinações programadas;
- III – Fornecimento de medicamentos, de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira e de produtos farmacêuticos;
- IV – Tratamentos preventivos com aplicação de flúor;
- V – Atendimentos emergenciais expectantes;
- VI – Pequenas cirurgias.

DO CUSTEIO

Art. 4º O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários do Ministério das Comunicações será efetivado mediante:

- a) Contribuição da União, na forma estabelecida no art. 2º do presente programa;
- b) Contribuição mensal do titular descontada de sua remuneração, provento ou pensão para complementar o valor definido no contrato do benefício;
- c) Participação no custeio dos serviços.

Parágrafo único. A participação no custeio dos serviços, caso venha a existir no plano escolhido pelo beneficiário titular, deverá ser paga mensalmente, em valores não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão, de forma parcelada.

DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 5º Serão considerados beneficiários para fins deste Programa de Assistência à Saúde os servidores ativos e inativos, requisitados, nomeados para cargo em comissão sem vínculo com a Administração Pública, bem como os dependentes constantes no assentamento funcional do servidor, cuja dependência seja comprovada na forma especificada abaixo:

- I – cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- II – companheiro(a) de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;

III – as pessoas desquitadas, separadas judicialmente ou divorciadas, com percepção de pensão alimentícia;

IV – os pais, desde que comprovada a dependência econômica, nos termos do Artigo 7º.

V – filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

VI – filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

VII – menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observando o disposto nos itens IV e V.

Art. 6º São considerados, também, beneficiários os pensionistas do Ministério vinculados ao Sistema de Pessoal da Administração Pública Federal – SIPEC.

Parágrafo único. Não será exigida carência, no mesmo plano, do beneficiário de pensão que realize a adesão ao Programa na condição de pensionista.

DA COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Art. 7º A comprovação de dependência econômica far-se-á, para qualquer dos beneficiários para qual é exigido este requisito, por meio da apresentação da última Declaração Anual de Imposto de Renda do servidor, onde conste, nominalmente, o interessado como seu dependente econômico, acompanhada do respectivo recibo de entrega junto ao órgão oficial recebedor.

Parágrafo único. Nos casos de Declaração Anual de Imposto de Renda simplificada ou de isenção, a comprovação de dependência econômica far-se-á por meio de declaração/comprovante emitido pelo INSS onde conste que o dependente não possua rendimento superior a um salário mínimo.

Art. 8º Quando o contrato entre a entidade conveniada com a Associação e a operadora permita a adesão de agregados, o servidor deverá assumir integralmente o custo do benefício.

Parágrafo único. O Programa permitirá, única e exclusivamente, a adesão de agregados até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, com o servidor.

Art. 9º Caso algum dependente não conste no assentamento funcional do servidor, este deverá regularizar a situação junto à Divisão de Cadastro da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, por meio de declaração de dependência econômica, que ficará arquivada na respectiva pasta funcional.

DA INSCRIÇÃO/ADESÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art 10. É voluntária a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário ao Programa de Assistência à Saúde de que trata esta Portaria.

Art 11. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, na qualidade de interveniente do convênio a ser celebrado entre a Associação de Servidores do Ministério das Comunicações e a Entidade de que trata o § 2º do Artigo 3º supervisionar as solicitações de inscrição ou adesão e exclusão dos beneficiários efetivos junto à referida entidade que será responsável por seu encaminhamento às operadoras contratadas.

Parágrafo único. A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde deverá ser efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no contrato entre a entidade e as operadoras.

Art. 12. Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas que os devolverá à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério.

§ 1º A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões do Programa ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- c) remoção ou redistribuição;
- d) licença sem remuneração;
- e) deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- f) exercício provisório;
- g) decisão administrativa ou judicial; e
- h) outras situações previstas em Lei.

§ 3º No caso de licença sem remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

~~Art. 13. Qualquer servidor, independente de associado ou não, que não se inscrever no Plano Coletivo por Adesão, faz jus ao auxílio, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário sempre que contratar com plano de assistência à saúde que atenda, no mínimo, o termo de referência anexo à Portaria SRH/MP nº 1.983, de 2006. (modificado pela Portaria nº 12, de 22 de março de 2007, publicada no Boletim de Serviço n.º 12 – Especial de Saúde, de 23 de março de 2007, passando a ter a redação a seguir transcrita.)~~

Art. 13. Qualquer servidor, independente de associado ou não, que não se inscrever no Plano Coletivo por Adesão, faz jus ao auxílio, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, sempre que contratar com plano de assistência à saúde.

~~Parágrafo Único. A operacionalização do ressarcimento de que trata este artigo ficará a cargo da Coordenação Geral de Gestão de Pessoas deste Ministério.~~ (modificado pela Portaria nº 12, de 22 de março de 2007, publicada no Boletim de Serviço n.º 12 – Especial de Saúde, de 23 de março de 2007, passando a ter a redação a seguir transcrita.)

Parágrafo único. Até 31 de dezembro de 2007, os planos de saúde de que trata este artigo, deverão oferecer os serviços e coberturas mínimos atualmente exigidos pela ANS e, a partir de 1º de janeiro de 2008, os serviços e coberturas constantes do Termo de referência anexo, observando as regras e procedimentos estabelecidos na presente portaria.

DAS CARÊNCIAS

Art. 14. O Programa permitirá às operadoras contratadas pela entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério, exigir, nos termos do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, as seguintes carências;

- I – prazo máximo de trezentos dias para o parto a termo;
- II – prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura de urgência e emergência; e
- III – prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos.

§ 1º Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início do convênio entre a Associação de Servidores do Ministério e a entidade de que trata o § 2º do Artigo 3º, inclusive por motivo de migração de uma operadora para outra, bem como nos casos de urgência e emergência.

§ 2º É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

§ 3º Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos beneficiários aos respectivos planos de assistência à saúde suplementar.

§ 4º Para efeito desta Portaria, considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

DAS COBERTURAS

~~Art. 15. As operadoras vinculadas à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério deverão oferecer os serviços e coberturas constantes do Termo de Referência anexo, observando as regras e procedimentos estabelecidos na presente Portaria. (modificado pela Portaria nº 12, de 22 de março de 2007, publicada no Boletim de Serviço n.º 12 – Especial de Saúde, de 23 de março de 2007, passando a ter a redação a seguir transcrita.)~~

Art. 15. Até 31 de dezembro de 2007, as operadoras vinculadas à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério deverão oferecer os serviços e coberturas mínimos atualmente exigidos pela ANS e, a partir de 1º de janeiro de 2008, os serviços e coberturas constantes do Termo de referência anexo, observando as regras e procedimentos estabelecidos na presente portaria.

~~Parágrafo único. É facultada a oferta de outros Planos de Assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas no Termo de Referência de que trata o Caput deste artigo. (modificado pela Portaria nº 12, de 22 de março de 2007, publicada no Boletim de Serviço n.º 12 – Especial de Saúde, de 23 de março de 2007, passando a ter a redação a seguir transcrita.)~~

Parágrafo único. É facultada a oferta de outros Planos de Assistência à Saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas no Caput deste artigo.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde complementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição implicará na cessação dos direitos do titular e de seus dependentes.

Art. 17. O servidor, ativo ou inativo, e o pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde complementar, nas condições previstas nesta Portaria, não farão jus à contribuição de que trata o § 2º do art. 11 da Portaria nº 1.983, de 05 de dezembro de 2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MP

Art. 18. Cópia do convênio previsto nesta Portaria deverá ser encaminhada para a SRH/MP, no prazo de 30 (trinta) dias contados de sua vigência, com vistas ao cumprimento do disposto no art. 3º do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004.

Art. 19. A aplicação das disposições contidas neste Programa dependerá de prévia suficiência orçamentária e financeira.

Art. 20. O pagamento das mensalidades à entidade conveniada com a Associação de Servidores do Ministério é de responsabilidade exclusiva do servidor mediante débito em conta bancária ou consignação em folha.

Art. 21. Os casos omissos e as situações consideradas especiais serão examinados pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas e submetidos à consideração da Subsecretária de Planejamento, Orçamento e Administração.

Art. 22. Caberá à Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças o acompanhamento contábil dos recursos consignados na rubrica de assistência médica.

Art. 23. Incorrerá em falta grave o servidor que omitir ou prestar informações falsas ou incorretas, respondendo civil, penal e administrativamente pelos efeitos delas decorrentes.

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

1. OBJETO

- 1.1. O presente instrumento tem por objeto regular o plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas vinculados ao Ministério das Comunicações, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112/1990 e da Portaria SRH nº 1.983, de 05 de dezembro de 2006.

2. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 2.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, incluindo-se os procedimentos abaixo listados, e relacionados às doenças listadas na CID-10.
- 2.1.1 Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante cardíaco.
- 2.1.2 Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante de fígado.
- 2.1.3 Acompanhamento clínico de transplante cardíaco no período de internação do receptor e do doador (pós-operatório até 15 dias).
- 2.1.4 Acompanhamento clínico de transplante de fígado no período de internação do receptor e do doador (pós-operatório até 15 dias).
- 2.1.5 Escleroterapia reparadora.
- 2.1.6 Estudo eletro-fisiológico invasivo.
- 2.1.7 Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent quimicamente tratado, a critério médico.
- 2.1.8 Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 ou mais vasos).
- 2.1.9 Cintilografia do miocárdio perfusão – repouso e estresse – com técnica tomográfica.
- 2.1.10 Holter de 24 horas – 3 canais – digital.
- 2.1.11 Ecodoppler cardiograma transtorácico com mapeamento de fluxo em cores.
- 2.1.12 Laqueadura em caso de patologia materna com risco de vida.
- 2.1.13 Vasectomia.
- 2.1.14 Acompanhamento Nutricional.
- 2.2 A cobertura abrangerá, ainda, os procedimentos abaixo relacionados, constantes do Rol de Procedimentos da ANS, com as respectivas indicações de técnica:
- 2.2.1 Colectomia videolaparoscópica
- 2.2.2 Coledocolitotripsia
- 2.2.3 Ressecção videolaparoscópica de próstata

- 2.3 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no item 2, observadas as seguintes coberturas:
- 2.3.1 consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 2.3.2 serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas e fisioterapeutas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- 2.3.3 atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas;
- 2.3.4 procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados e na forma estabelecida na Resolução do CONSU nº 10/1998:
- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) quimioterapia ambulatorial;
 - c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc);
 - d) hemoterapia ambulatorial;
 - e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- 2.3.5 tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:
- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
 - b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato/convênio, não cumulativas;
 - c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- 2.4 A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no item 2 deste Termo de Referência Básico, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- 2.4.1 internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 2.4.2 internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- 2.4.3 diária de internação hospitalar;
- 2.4.4 despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- 2.4.5 exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, 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;
- 2.4.6 taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- 2.4.7 acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 2.4.8 cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- 2.4.9 cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;
- 2.4.10 órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 2.4.11 órteses e próteses nacionalizadas, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que comprovada a inexistência de similar nacional;
- 2.4.12 procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 2.4.13 assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- 2.4.14 procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia;
 - c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição enteral e parenteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

- g) embolizações e radiologia intervencionista;
 - h) consulta prévia com anestesista e exames decorrentes;
 - i) fisioterapia;
 - j) acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de coração, córnea, fígado, e rim exceto medicação de manutenção.
- 2.4.15 cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 2.4.16 tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:
- a) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
 - b) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);
 - c) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, 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;
 - d) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, 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, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);
 - e) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.
- 2.4.17 Cobertura de transplantes de coração, córnea, fígado, e de rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;

- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 2.4.18 O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.
- 2.4.19 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.
- 2.4.20 Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.
- 2.5 A cobertura odontológica compreende todos os procedimentos estabelecidos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.
- 2.6 É facultada à operadora a cobertura para os procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer com a operadora cláusula específica para a cobertura e o custeio desses casos.

3 EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 3.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no item 2.1 deste Termo de Referência Básico, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Termo e os provenientes de:
- 3.1.1 tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 3.1.2 atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
 - 3.1.3 procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 3.1.4 cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
 - 3.1.5 inseminação artificial;

- 3.1.6 tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 3.1.7 tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 3.1.8 transplantes, à exceção de coração, córnea, fígado e rim;
- 3.1.9 fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 3.1.10 fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 3.1.11 fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- 3.1.12 tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 3.1.13 casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 3.1.14 aplicação de vacinas preventivas;
- 3.1.15 procedimentos não discriminados no item 3.1 na data do evento;
- 3.1.16 necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 3.1.17 aparelhos ortopédicos;
- 3.1.18 aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 3.1.19 procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- 3.1.20 especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 4.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 4.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 4.3 Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:
 - 4.3.1 Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;
 - 4.3.2 Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;

- 4.3.3 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

5 REEMBOLSO

- 5.1 Será assegurado o reembolso dos atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados pelo beneficiário, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:
- 5.1.1 O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- 5.1.2 Quando se configurar urgência/emergência devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou;
- 5.1.3 Na hipótese de paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.
- 5.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido no contrato com a operadora.
- 5.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:
- 5.3.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- 5.3.2. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários médicos;
- 5.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- 5.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 5.4 Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

6. REMOÇÃO

- 6.1 Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

- 6.2 Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude da carência de 24 horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:
- 6.2.1 Quando não possa haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;
- 6.2.2 Caberá à operadora 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;
- 6.2.3 A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
- 6.2.4 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 6.2.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

7. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 7.1 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.
- 7.2 Será diretamente efetuado ao referenciado ou contratado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão da operadora do plano de saúde.
- 7.3 A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.
- 7.4 Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.
- 7.5 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo

beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertence à rede da operadora, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

- 7.6 A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.
- 7.6.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- 7.6.2. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.
- 7.6.3. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.
- 7.7. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.
- 7.8. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 8.1 Nenhuma responsabilidade caberá à Operadora por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.
- 8.2 A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.
- 8.3 ~~Este termo de referência entrará em vigor a partir da data de publicação da Portaria que aprova o Programa de saúde dos servidores do Ministério das Comunicações.~~ (modificado pela Portaria nº 12, de 22 de março de 2007, publicada no Boletim de Serviço n.º 12 – Especial de Saúde, de 23 de março de 2007, passando a ter a redação a seguir transcrita.)
- 8.3 Este termo de referência entrará em vigor a partir de 1º de janeiro de 2008, na forma do item 9.3 da Portaria SRH/MP nº 1.983, de 05 de dezembro de 2006.

*"As informações publicadas são de exclusiva
responsabilidade das unidades elaboradoras
dos documentos."*

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

Ministro de Estado

Hélio Calixto da Costa

Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração

Fernando R. Lopes de Oliveira

Coordenadora-Geral de Gestão de Pessoas

Zuleide Guerra Antunes Zerlotini

Coordenadora de Desenvolvimento e Benefícios

Jeuse Machado Viégas

Edição, Editoração Eletrônica e Filtragem de Dados

Leonardo Ribeiro Camargos

Revisão

Marta Soares

Esplanada dos Ministérios - Bloco R - sala 302 - 3º andar

CEP 70044-900 - Brasília-DF

Telefone: (061) 3311-6559 ou 3311-6836

E-MAIL: boletim@mc.gov.br