

1 Ata da Reunião extraordinária do Conselho Administrativo,

2  
3 Aos três dias do mês de fevereiro de 2020, às dezesseis horas e trinta minutos, inicia-se a reunião  
4 extraordinária do Conselho Administrativo, na sala de reuniões da CAAPSML, sito à Avenida  
5 Duque de Caxias nº 333, contando com a presença: das conselheiras, Rosangela Maria Cebulski,  
6 Ana Cristina Pialarice Giordano, Carla Adriana Casaca, Carla Adriana Bruna, Ester Gomez  
7 Gonçalves, a Diretora de Saúde Maria Terezinha Punhagui Carvalho, a Gerente de Contas e Saúde  
8 Zilá Avanço, os Auditores Dr. Claudio Beraldo, Dra. Gabriela V. Athanázio e a Enfermeira Sra.  
9 Silvia de Andrade e a secretária Solange Magro. A reunião teve como pauta os seguintes tópicos:

- 10 • Conversa com os Técnicos de Assessoria, Consultoria e Auditoria Médico Hospitalar;

11  
12 A reunião iniciou com as Conselheiras se apresentado aos profissionais e os profissionais  
13 apresentando-se para as Conselheiras. Ester questionou como funciona a auditoria externa, o  
14 médico informou que a auditoria externa esta sob a responsabilidade de outro médico Dr. Gabriel,  
15 que não esta presente. As conselheiras acreditam que a auditoria externa é muito importante, por  
16 analisar o tratamento, a utilização dos medicamentos e materiais. A diretora questionou se é  
17 possível verificar a medicação utilizada verificando o referido estoque. A Dra. Gabriela informou  
18 que se houver disponibilidade do hospital para abrir o estoque de farmácia, é possível saber qual  
19 medicação o referido hospital utiliza. A enfermeira informou que faz a auditoria de contas  
20 hospitalares, verificação de OPME, registro na ANVISA, etc. Terezinha informou que no período  
21 de 9 dias foram entregues 300 processos, entre exames, cirurgias entre outros. A conselheira Carla  
22 explicou que o setor de emissão de guias esta sobrecarregado, com atendimento, telefone, SEI  
23 entre outros. As conselheiras solicitaram que os indeferimentos da auditoria sempre deverão vir  
24 com uma justificativa a fim de subsidiar o conselho em, suas decisões. A Dra. Silvia explicou o  
25 fluxo de trabalho dos auditores. A Diretora Terezinha informou que na quarta feira (05/02/2020)  
26 irá se reunir com a Sra. Rita de Cassia, responsável pela Empresa e convidou as conselheiras para  
27 participar. Os auditores informaram que estão trabalhando para concluir todos os processos que  
28 estão atrasados e manter a demanda diária. A auditora e o médico auditor se colocaram na inteira  
29 disposição para trabalhar a noite e nos finais de semana para colocar em dia os processos. As  
30 conselheiras solicitaram que seja realizado um levantamento do trabalho de auditoria pelo período  
31 de uma semana a fim de saber como esta ocorrendo o trabalho. Terezinha disse que o serviço de  
32 auditoria é um sonho da Caapsml que esta se realizando. Terezinha informou que os profissionais  
33 de auditoria também tem a responsabilidade de analisar as contas médicas, porém ainda não  
34 começaram a analisar, devido a grande demanda de processos. Os profissionais de auditoria  
35 informaram que a verificação será realizada nas contas hospitalares e que com a análise poderá  
36 ser verificada a utilização de medicamentos, internação entre outros. A Conselheira sugeriu que  
37 todos os encaminhamentos sejam via SEI, pedidos médicos, solicitação de exames, cirurgias. A

38 cirurgias. A Conselheira Ester disse que para abrir processo no SEI é necessário analisar muito  
39 bem a fim de que não surjam processos sem documentos e causem mais problemas do que  
40 soluções. A auditora enfermeira justificou que a análise é demorada e criteriosa. As conselheiras  
41 agradeceram e os Técnicos Auditores se retiraram, colocando-se a disposição do Conselho. Em  
42 seguida as conselheiras juntamente com a Diretora de Saúde e a gerente de Contas e Saúde  
43 iniciaram a finalização da resolução conforme segue:

44 **RESOLUÇÃO Nº xxx, DE xx DE xxxxxx DE 20xx.**

45  
46 Regulamenta o Plano de Assistência à Saúde dos servidores públicos do Município de Londrina.

47  
48 **O CONSELHO ADMINISTRATIVO DA CAIXA DE**  
49 **ASSISTÊNCIA, APOSENTADORIA E PENSÕES DOS**  
50 **SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA - CAAPSML,**  
51 **no uso das atribuições que lhe confere o art. 143, da**  
52 **Lei Municipal n.º 11.348/2011.**

53 **RESOLVE:**

54  
55  
56 **CAPÍTULO I**  
57 **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

58  
59 **SEÇÃO I**  
60 **DA INTRODUÇÃO**

61  
62 **Art. 1º** O Plano de Assistência à Saúde do Servidor Público do Município de Londrina será regido por esta  
63 Resolução, obedecendo às finalidades e princípios estabelecidos pela Lei Municipal n.º 11.348/2011.

64  
65 **Art. 2º** Os benefícios de Assistência à Saúde do Servidor Público serão prestados na cidade de Londrina,  
66 Estado do Paraná, por serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Órgão de Gerenciamento.

67 **SEÇÃO II**  
68 **DAS DEFINIÇÕES**

69 **Art. 3º** Para efeito do contido nesta Resolução serão adotadas as seguintes definições:

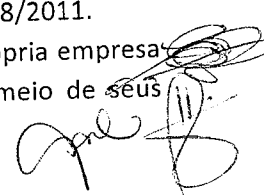
70  
71 **I -** Atendimento Ambulatorial: É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em  
72 consultórios ou ambulatorios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de  
73 diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas  
74 hospitalares por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação pós-anestésica, UTI,  
75 CTI ou similares.

76 **II -** Atendimento Hospitalar: É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em  
77 hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico,  
78 terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação.

79 **III -** Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo,  
80 súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só e independente de toda e  
81 qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.

82 **IV -** Acidente de Trabalho: É o dano físico ou mental sofrido pelo servidor e que se relacione,  
83 mediata ou imediatamente, com o exercício do cargo. Equipara-se a este o dano decorrente de  
84 agressão física sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo; por acidente sofrido em  
85 viagem e estada a serviço ou no percurso da residência para o trabalho e vice-versa e/ou doença  
86 profissional; além daquelas previstas no art. 29 e parágrafos, da Lei Municipal n° 11.348/2011.

87 **V -** Autogestão: A Autogestão em assistência à saúde é o sistema no qual a própria empresa  
88 ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, por meio de seus



89 segurados, o programa de assistência à saúde a seus Beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes  
90 com a intermediação das empresas de plano de saúde do mercado.

91 **VI -** Beneficiário: Pessoa que usa ou desfruta dos serviços contratados.

92 **VII -** Cálculo Atuarial: É o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre  
93 frequência de utilização, tipo de cobertura, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do  
94 Plano e cálculo das contraprestações.

95 **VIII -** Carência: Período entre a data de início da vigência do contrato e a concessão de  
96 benefícios em que o Beneficiário não pode utilizar os serviços contratados.

97 **IX -** Cobertura Parcial Temporária: consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 730  
98 (setecentos e trinta) dias, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de  
99 alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

100 **X -** Coparticipação: É o montante, definido contratualmente em termos percentuais ou  
101 valores pré-determinados, que o Beneficiário titular deve compartilhar com a Operadora do Plano  
102 de Assistência à Saúde em cada evento.

103 **XI -** Contrato: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto  
104 da Contratada como do Contratante.

105 **XII -** Doença ou Lesão Preexistente (DLP): Aquela que se comprove que o Beneficiário seja  
106 portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

107 **XIII -** Eletivo: É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de  
108 urgência ou emergência.

109 **XIV -** Emergência: Situação que exige atuação médica imediata sem tempo de preparo do  
110 paciente e que implica risco de morte ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário.

111 **XV -** Entrevista Qualificada: Ato em que o Beneficiário titular deverá responder aos quesitos  
112 pertinentes a si e a seus dependentes, referentes a condições de saúde e de doenças que tenha  
113 tido e que tenha conhecimento, antes do momento de seu ingresso neste Plano.

114 **XVI -** Exame Pericial de Admissão no Plano: Ato médico executado por profissional indicado  
115 pela Contratada com a finalidade de identificar qualquer alteração do estado de saúde do Servidor  
116 Público Municipal ou de seus dependentes, antes do ingresso destes neste Plano.

117 **XVII -** Evento: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica hospitalar, que  
118 tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário em decorrência  
119 de acidente pessoal ou doença.

120 **XVIII -** Mensalidade: Cada um dos pagamentos efetuados pelos Contratantes para custeio do  
121 Plano de Assistência à Saúde, mesmo que em periodicidade diversa do mensal.

122 **XIX -** Órtese: Acessório usado em atos cirúrgicos. Não substitui parcial ou totalmente nenhum  
123 órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.

124 **XX -** Prótese: Peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de  
125 um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

126 **XXI -** Proposta: É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar  
127 Plano de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos  
128 estabelecidos nas condições gerais específicas do produto que esteja adquirindo.

129 **XXII -** Protocolo: recibo em que se anota a data e o número de ordem com que um processo ou  
130 requerimento foi registrado.

131 **XXIII -** Pós-operatório imediato: Compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da  
132 cirurgia. Sua real duração depende do porte ou gravidade da cirurgia e do estado em que se  
133 encontra o paciente ao seu término. Em suas primeiras horas, essa etapa geralmente se desenvolve  
134 em um ambiente especial, que é a sala de recuperação, prosseguindo depois no próprio quarto ou  
135 enfermaria, caso não surjam complicações.

136 **XXIV -** Pós-operatório mediato - Inicia-se após as 24 primeiras horas e se desenvolve por um  
137 período variável até o dia da alta hospitalar.

- 138 **XXV** - Requerimento: documento que contém uma reivindicação, um pedido. Quando este  
139 requerimento se tratar de pedido de informação, esclarecimento e/ou cópia de documentos, este  
140 limitar-se-á a solicitações nunca superiores à 180 (cento e oitenta) dias, próximo passadas.  
141 **XXVI** - Síntese: Operação ou emprego de meios terapêuticos com o fim de reunir as partes  
142 divididas ou separadas ou de restituir ao estado primitivo aquelas que haviam sido deslocadas.  
143 **XXVII** - Urgência: Situação que exige atuação médica, porém não necessariamente imediata.

## CAPÍTULO II DOS CONTRATOS

### SEÇÃO I DO CONTRATO

144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151 **Art. 4º** O Plano de que trata esta Resolução é optativo, firmado mediante contrato com o servidor pelo  
152 prazo de 24 (vinte e quatro) meses e visa proporcionar aos Beneficiários e seus dependentes, mediante  
153 contribuição, assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, através de rede credenciada,  
154 terceirizada e/ou serviços próprios.

155 §1º O contrato de que trata o *caput* deste artigo será prorrogado automática e sucessivamente.

156 §2º A(s) prorrogação(ões) ocorrerão sempre por períodos de 24 (vinte e quatro) meses.

157 §3º É vedada a prorrogação do contrato de que trata o §1º deste artigo na hipótese do titular perder a  
158 qualidade de Beneficiário em razão da perda da qualidade de servidor público da Administração direta e  
159 indireta do Município de Londrina e/ou da qualidade de servidor público submetido à Consolidação das  
160 Leis do Trabalho nas empresas públicas e sociedades de economia mista do Município de Londrina, ou  
161 não mais ocupar cargo em comissão.

162 §4º Não havendo a renovação do contrato, deverá o titular, proceder à quitação total de todos os seus  
163 débitos junto ao Plano de Assistência à Saúde, considerando vencidas todas as parcelas, se houver  
164 parcelamento.

165 §5º As alterações da Lei n.º 11.348/2011, Resolução n.º 148/2016 e demais aprovadas pelo Conselho  
166 Administrativo da CAAPSM, e daquelas que as substituírem, incidirão nos contratos firmados na vigência  
167 dessas, uma vez que são partes integrantes dos mesmos.

### SEÇÃO II DA RESCISÃO

168  
169  
170  
171  
172 **Art. 5º** Será rescindido o contrato caso ocorra atraso no pagamento de qualquer importância relativa à  
173 contribuição, coparticipação, parcelamento ou assistência oferecida pelo Plano por 90 (noventa) dias  
174 consecutivos, contados a partir do primeiro dia posterior ao prazo concedido para pagamento, sem  
175 prejuízo do direito do Órgão Gerenciador do Plano de requerer judicialmente a quitação do débito com  
176 suas consequências moratórias.

177 **Art. 6º** Rescinde-se também o contrato do titular e seus dependentes, independentemente de notificação  
178 judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- 179 I - A perda do vínculo com o serviço público municipal, respeitado o prazo de 60 (sessenta)  
180 dias consecutivos ou a data do término do contrato, o que ocorrer primeiro;  
181 II - Qualquer ato ilícito praticado pelo Beneficiário titular e/ou dependente, de maneira  
182 IMEDIATA, sem prejuízo de eventuais cobranças;  
183 III - O descumprimento de quaisquer previsões do contrato incidirá as penalidades previstas  
184 em cada caso concreto, sem prejuízo das demais penalidades previstas no contrato.  
185

186  
187 **Art. 7º** Antes do término do contrato é facultado ao contratante a sua renúncia, mediante comunicação  
188 por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias consecutivos, sujeitando-se a pagar as despesas  
189 geradas com uso dos benefícios até então usufruídos, pelo titular e seus dependentes, bem como compor  
190 perdas e danos.

191 §1º A composição das perdas e danos, constante no *caput* deste artigo, aplica-se tão-somente ao prazo  
192 original de vigência do contrato, excluindo-se suas prorrogações.

193

- 193 I. Nos casos em que houver o falecimento do titular e/ou dependente incidirá perdas e  
194 danos sobre o período de utilização e dos benefícios usufruídos;  
195 II. Nos casos em que houver desistência voluntária do titular e/ou dependentes incidirá  
196 perdas e danos sobre todo o período do contrato e dos benefícios usufruídos;  
197 III. Nos casos em que houver a exoneração ou demissão dos cargos efetivos ou  
198 comissionados, incidirá perdas e danos sobre todo o período do contrato e dos benefícios  
199 usufruídos;

200 §2º A rescisão contratual só produzirá efeito a contar da data do efetivo recebimento do pedido pela  
201 CAAPSML, sem prejuízo para o Plano das contribuições do mês, até o dia 10 (dez) do mês em curso, caso  
202 o Beneficiário ou dependente não tenha utilizado os serviços do Plano.

203 §3º A falta de comunicação, nos termos do *caput* deste artigo, implica na subsistência das obrigações  
204 assumidas.

205 §4º Aqueles que tiverem seu contrato rescindido por motivo de inadimplência, nos termos desta  
206 Resolução, também ficam sujeito ao disposto neste artigo.

207 §5º Durante o prazo previsto no *caput* deste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de  
208 Beneficiários.

### 209 SEÇÃO III 210 DO RESTABELECIMENTO

211  
212  
213 **Art. 8º** O contrato do Plano de Assistência à Saúde, rescindido a pedido ou por inadimplência, poderá ser  
214 restabelecido e aproveitadas suas carências, desde que seu restabelecimento seja efetuado em até 30  
215 (trinta) dias consecutivos, contados da data da rescisão e haja o pagamento total dos débitos existentes,  
216 acrescidos dos encargos previstos nesta Resolução.

217 **Parágrafo Único.** Os contratos restabelecidos nos termos deste artigo serão considerados ininterruptos  
218 somente para efeitos de carência.

219  
220 **Art. 9º** Não poderá ser celebrado novo contrato do Plano de Assistência à Saúde enquanto não houver a  
221 quitação total dos débitos.

222  
223 **Art. 10.** O restabelecimento de que trata o art. 8º desta Resolução só poderá ser realizado uma vez para o  
224 período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.  
225


### 226 CAPÍTULO III 227 DOS BENEFICIÁRIOS

#### 228 SEÇÃO I 229 DO TITULAR E DEPENDENTES

230  
231  
232 **Art. 11.** São considerados beneficiários titulares:

- 233 I - Os servidores públicos ocupantes de cargo efetivo da administração direta e indireta dos  
234 Poderes Executivo e Legislativo do Município de Londrina, inclusive quando inativos;  
235 II - Os pensionistas do regime de previdência gerenciado pela CAAPSML; e  
236 III - Os ocupantes de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a administração pública do  
237 Município de Londrina.  
238

239  
240 **Art. 12.** Podem ser inscritos como Beneficiários dependentes diretos do titular, aqueles  
241 reconhecidamente dependentes na previdência do regime próprio, exceto, o menor que, por  
242 determinação judicial, esteja sob sua guarda, sem prejuízo ao cumprimento das carências previstas.

- 243 I - O cônjuge ou companheiro(a);  
244 II - O(s) filho(s) de qualquer condição menor de vinte e um anos de idade ou inválido;  
245 III - Os filhos solteiros, até vinte e quatro anos, onze meses e vinte e nove dias, com  
246 rendimentos nunca superiores a um salário mínimo nacional, enquanto estiver matriculado e ativo  
247 em curso de graduação em ensino superior, em instituição reconhecida pelo MEC;
- 

248 IV - Os pais que cumulativamente cumprirem as seguintes condições:

249 a) Ser inválidos ou possuírem no mínimo sessenta e cinco anos de idade;

250 b) Não receberem e nem terem direito a aposentadoria, pensão ou qualquer rendimento  
251 superior a um salário mínimo;

252 c) Não possuir cônjuge ou companheiro que receba ou tenha direito à aposentadoria,  
253 pensão ou qualquer outro rendimento superior a um salário mínimo.

254 V - Os padrastos que preencherem as condições previstas nas alíneas "a" à "c" do inciso IV  
255 deste artigo, em não havendo inscrição de pais.

256 §1º. A existência de dependentes enumerados nos incisos I a III deste artigo e das pessoas a eles  
257 equiparadas, inscritos ou não no plano de assistência à saúde, exclui, automaticamente, do direito aos  
258 benefícios, os constantes do inciso IV e V.

259 §2º. O enteado ou o menor que esteja sob a tutela do Beneficiário titular, que não possuir bens ou rendas  
260 suficientes para o próprio sustento ou educação, será equiparado ao filho, desde que seja apresentada  
261 declaração escrita do contribuinte e comprovada a dependência econômica, reconhecidamente  
262 dependente na previdência do regime próprio, sem prejuízo ao cumprimento das carências previstas.

263 §3º Para todos os efeitos, o filho inválido será equiparado ao filho menor de 18 (dezoito) anos.

264 §4º A comprovação do estado civil de companheiro(a) e inscrição de pais e padrastos, para fins de  
265 determinação da dependência direta de que trata esta Resolução obedecerá a Lei Municipal n.º  
266 11.348/2011 e Decreto Municipal n.º 233/2012 e respectivas alterações, cuja inclusão no Plano de  
267 Assistência à Saúde CAAPSMML ocorrerá após inscrição do mesmo junto ao Plano de Previdência.

268 Art. 13. Podem ainda ser inscritos como dependentes indiretos do Beneficiário titular:

269 I - Os filhos solteiros ou a eles equiparados que perderam a condição de dependentes  
270 diretos;

271 II - Os enteados solteiros que perderam a condição de dependentes diretos;

272 III - O cônjuge ou companheiro(a) atual, quando o anterior estiver inscrito na qualidade de  
273 dependente direto, na condição de pensionista de alimentos;

274 IV - O sogro e a sogra do contratante.

275 Art. 14. É assegurada a inscrição de recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, com  
276 aproveitamento do período de carência cumprido pelo titular, desde que:

277 I - A inscrição seja realizada em até 30 (trinta) dias consecutivos após o nascimento ou  
278 adoção;

279 II - Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;

280 III - Seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta Resolução;

281 IV - seja paga a mensalidade do recém-nascido no vencimento.

282 Art. 15. É assegurada, também, a inscrição de filhos adotivos menores de 16 (dezesesseis) anos, nas  
283 mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com aproveitamento de carência já cumpridos,  
284 desde que:

285 I - A inscrição seja efetuada em até 30 (trinta) dias consecutivos após a adoção;

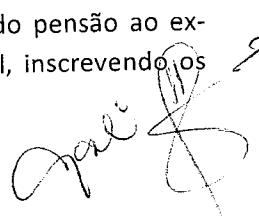
286 II - Seja apresentado o termo de formalização de adoção ou termo de guarda para fins de  
287 adoção;

288 III - Seja paga a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

289 Art. 16. Para pensionistas do ex-Beneficiário são aplicáveis as seguintes regras:

290 I - Existindo filhos e cônjuge do ex-Beneficiário como beneficiários da pensão, poderá o  
291 genitor supérstite efetuar individualmente o contrato, inscrevendo os demais na qualidade de seus  
292 dependentes;

293 II - Havendo mais de uma união do ex-Beneficiário, a qual tenha resultado pensão ao ex-  
294 cônjuge e filhos, cada pensionista genitor poderá subscrever contrato individual, inscrevendo os  
295 respectivos pensionistas, na forma do inciso anterior;



300 III - Não havendo genitor, o contrato será efetivado por quaisquer dos pensionistas, mediante  
301 subscrição de termo obrigacional por pessoa reconhecidamente responsável pelo pensionista.

302 **Art. 17.** As pessoas que percebem complemento de aposentadoria ou pensão, nos termos da Lei  
303 Municipal nº 11.348/2011, poderão participar do Plano de Saúde, mediante o pagamento da contribuição  
304 estipulada para titular e dependentes diretos.

305  
306 **Art. 18.** No caso de ambos os cônjuges ou companheiros serem servidores municipais o contrato será  
307 celebrado individualmente ou pelo de maior renda.  
308

309 **SEÇÃO II**  
310 **DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE DEPENDENTES**  
311

312 **Art. 19.** O Beneficiário titular é obrigado a fornecer a relação dos Beneficiários dependentes a serem  
313 inscritos, contendo os respectivos nomes, qualificação completa, condição de vinculação com o titular por  
314 meio de relatório emitido pela Diretoria de Previdência da CAAPSM, responsabilizando-se pela indicação  
315 de dependência e demais informações apresentadas.  
316

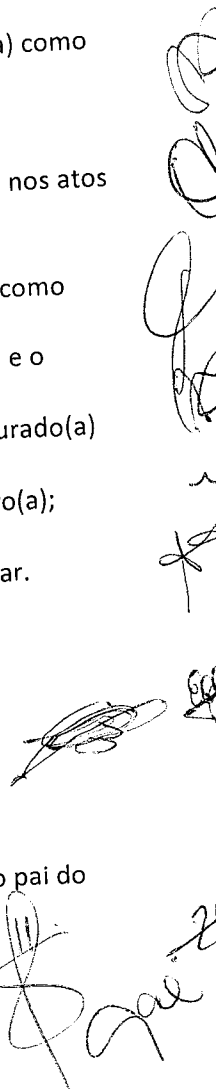
317 **§ 1º** Para os dependentes diretos do segurado titular:

- 318 I. Cônjuge: certidão de casamento no civil, documento de identidade e CPF;  
319 II. Companheiro(a): a qualificação de companheiro(a) depende da comprovação da existência de  
320 união estável com o segurado(a), o que poderá ser feito por meio, no mínimo de cinco, dos  
321 seguintes documentos:  
322 a) documento de identidade;  
323 b) CPF;  
324 c) certidão de nascimento ou certidão de casamento com averbação de separação judicial ou  
325 divórcio quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados, ou do óbito, se for  
326 o caso;  
327 d) certidão de nascimento de filho havido em comum;  
328 e) declaração do imposto de renda do segurado(a) em que conste o companheiro(a) como  
329 seu dependente;  
330 f) declaração especial conjunta atualizada feita perante tabelião;  
331 g) prova do mesmo domicílio;  
332 h) prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos  
333 da vida civil;  
334 i) conta bancária conjunta;  
335 j) registro em associação de qualquer natureza, onde conste o companheiro(a) como  
336 dependente do segurado(a);  
337 k) apólice de seguro da qual conste o segurado(a) como instituidor do seguro e o  
338 companheiro(a) como seu beneficiário;  
339 l) ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado(a)  
340 como responsável;  
341 m) escritura de compra de imóvel pelo segurado(a) em nome do companheiro(a);  
342 n) certidão de casamento no religioso;  
343 o) qualquer outro elemento que possa levar à condição do fato a comprovar.  
344

345 **§ 2º** Filho de qualquer condição menor de vinte e um anos ou inválido:

- 346 I. certidão de nascimento;  
347 II. documento de identidade (quando houver);  
348 III. CPF (quando houver).  
349

350 **§ 3º** Enteadado:

- 351 I. certidão de nascimento do dependente;  
352 II. certidão de casamento ou prova de união estável do segurado(a) com a mãe ou o pai do  
353 dependente.  
354 III. prova de mesmo domicílio;  
355 IV. declaração escrita do segurado(a);  
356
- 

357 V. prova de dependência econômica, mediante a apresentação de extrato de Negativa de Benefício  
358 dos institutos de previdência e de Certidão do Distribuidor das Varas de Família de que não é  
359 credor de alimentos, ou com rendimentos não superior a um salário mínimo, e declaração escrita  
360 do segurado.

361 § 4º Menor sob guarda ou tutela:

362 I. certidão judicial que comprove essa condição;

363 II. certidão de nascimento do dependente;

364 III. prova de mesmo domicílio;

365 IV. prova de dependência econômica, mediante a apresentação de extrato de Negativa de  
366 Benefício dos institutos de previdência e de Certidão do Distribuidor das Varas de Família de que  
367 não é credor de alimentos, ou com rendimentos não superior a um salário mínimo, e declaração  
368 escrita do segurado.

369 § 5º Para os pais ou padrastos:

370 I. certidão de nascimento do segurado(a);

371 II. certidão de casamento dos pais ou de um deles com o dependente, no caso de padrasto ou  
372 madrasta;

373 III. certidões negativas dos institutos de previdência, atestando que não recebem pensão ou  
374 aposentadoria, ou outro rendimento superior a um salário mínimo;

375 IV. declaração escrita do segurado(a), atestando a inexistência de dependentes preferenciais e que  
376 os pais ou padrastos vivem às suas expensas;

377 V. declaração de três segurados do Plano de Seguridade Social, confirmando as condições referidas  
378 na alínea anterior;

379 VI. declaração do Imposto de Renda do segurado(a), dos dois últimos anos, comprovando a  
380 dependência;

381 VII. comprovação de que o cônjuge ou companheiro(a) não receba ou tenha direito a  
382 aposentadoria pensão ou rendimento de qualquer espécie superior a um salário mínimo.

383 **Parágrafo Único.** O Beneficiário titular poderá incluir ou excluir seus dependentes diretos ou indiretos a  
384 qualquer tempo.

385 **Art. 20.** O Beneficiário titular obriga-se a comunicar por escrito à CAAPSML todo fato superveniente com  
386 as provas cabíveis que importe em inclusões e/ou exclusões de Beneficiários dependentes no Plano.  
387

388 **§1º** As inclusões e/ou exclusões previstas no *caput* deste artigo serão efetivadas somente após o devido  
389 deferimento pelo PAS CAAPSML.

390 **§2º** A exclusão de dependentes não desobriga ao pagamento das contribuições do mês em que ocorrer o  
391 pedido, até o dia 10 (dez) do mês em curso, ainda que o Beneficiário ou dependente não tenham utilizado  
392 os serviços do Plano.

393 **§3º** A exclusão a qualquer tempo não prejudicará o cálculo de perdas e danos.

394 **Art. 21.** A exclusão do Beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos  
395 dependentes, diretos ou indiretos, se houver.

396 **Art. 22.** Será automaticamente excluído do contrato o usuário dependente que, por qualquer motivo,  
397 deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição.

398 **§1º** A não comprovação da condição de filho dependente direto, prevista no art. 12, III, desta Resolução,  
399 no prazo de 30 (trinta) dias consecutivos, implicará na exclusão do Beneficiário do Plano, sem prejuízo da  
400 cobrança da diferença da contribuição entre dependente direto e indireto.

401 **§2º** A não comunicação da perda da qualidade de dependente implicará na exclusão do dependente do  
402 Plano, sem prejuízo da cobrança integral de todas as despesas realizadas, atualizadas monetariamente  
403 até a data do pagamento.

404 **Art. 23.** Para a inscrição de usuário titular e dependentes diretos e indiretos deverá ser preenchido o  
405 formulário de Entrevista Qualificada e/ou realizado o Exame Pericial Admissional pela auditoria médica.

406 **Art. 24.** O Beneficiário titular obriga-se a comunicar por escrito à CAAPSML todo fato superveniente com  
407 as provas cabíveis que importe a ele na condição de titular.

408  
409  
410  
411  
412  
413  
414

que

11-288



415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471

**SEÇÃO III**  
**DO ACIDENTE DE TRABALHO**

**Art. 25.** A assistência de que trata esta Resolução será prestada também ao servidor público municipal estatutário acidentado em serviço, independentemente de carência, ainda que este não tenha optado pelo Plano de Assistência à Saúde.

**Art. 26.** Os órgãos de lotação dos servidores municipais dos Poderes Executivo e Legislativo procederão ao encaminhamento do servidor para o atendimento necessário junto à CAAPSML, na forma prevista no Estatuto do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Cíveis do Município de Londrina e suas alterações.

**Art. 27.** Caberá ao órgão responsável pela saúde ocupacional dos servidores Municipais fazer a investigação e controle dos acidentes de trabalho.

**§1º** O nexa causal para os casos de doenças ocupacionais será determinado pela Diretoria de Saúde Ocupacional ou órgão correspondente do Poder Legislativo.

**§2º** As liberações de procedimentos, medicamentos e tratamentos serão autorizadas mediante avaliação prévia da auditoria médica da CAAPSML, **nos limites do nexa causal manifestado pela Diretoria de Saúde Ocupacional.**

**Art. 28.** A assistência de que trata esta Resolução será prestada somente para tratamento da lesão ou doença diretamente relacionada ao acidente em serviço, devidamente autorizada pela CAAPSML, em conformidade com as normativas do PAS CAAPSML.

Parágrafo único. Não serão cobertos pela assistência de que trata o *caput* deste artigo, os procedimentos para tratamento de acidentes pessoais decorrentes de embriaguez voluntária, negligência, imperícia ou imprudência do servidor bem como as hipóteses previstas no §4º, do art. 29 da Lei Municipal n.º 11.348/2011.

**Art. 29.** As assistências para os casos de acidente de trabalho em serviço com nexa causal estabelecido serão isentas de coparticipação.

**Art. 30.** A assistência médica, hospitalar, ambulatorial, odontológico, serviços complementares de diagnósticos, procedimentos terapêuticos e farmacêuticos serão prestados pela rede credenciada do PAS CAAPSML.

**Art. 31.** A CAAPSML assegurará o reembolso no limite dos valores praticado por ela, das despesas referentes à assistência médica, hospitalar, odontológica e medicamentos cobertos pelo plano, efetuadas pelo acidentado em serviço, com assistência à saúde dentro do território nacional, em casos de urgência ou emergência e/ou quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados do PAS CAAPSML.

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

**Art. 32.** A CAAPSML assegurará o reembolso de órteses e equipamentos necessários a reabilitação exceto internação e/ou atendimento domiciliar do acidentado em serviço, nos limites do nexa causal manifestado pela Diretoria de Saúde Ocupacional.

**Art. 33.** Nos casos de negativa de cobertura de tratamento questionadas pelo acidentado em serviço, os pedidos e requerimentos devem ser encaminhados à Diretoria de Saúde Ocupacional, sendo esta instância recursal.

**Art. 34.** Quando o atendimento ao Acidente de Trabalho for realizado através do benefício do PAS CAAPSML do acidentado até que seja reconhecido e estabelecido o nexa causal, este deverá solicitar estorno de possíveis coparticipações a que tenha sido submetido. Para tanto, deverá requerer junto ao PAS CAAPSML o reembolso de despesas:

*Handwritten signatures and initials are present on the right side of the page.*

- 472 I. Através de requerimento de reembolso, informando o número da CAT/Nexo causal;  
473 II. Cópia dos boletos identificando as despesas relativas ao tratamento do Acidente de  
474 Trabalho;  
475 III. Nos casos de despesas com medicamento, seguir os tramites de reembolso com  
476 medicamento estabelecidos neste capítulo.

477  
478 **Art. 35.** Nos casos de Acidente de Trabalho com nexo causal estabelecido, a CAAPSML assegurará o  
479 reembolso no limite dos valores praticado por ela, das despesas referentes à assistência médica,  
480 hospitalar, odontológica e farmacêutica cobertos pelo plano, efetuadas pelo acidentado em serviço, com  
481 assistência à saúde dentro do território nacional, quando não for possível a utilização da rede  
482 credenciada, resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSML.

483 **Parágrafo único** - Excetua-se da cobertura de que trata o *caput* deste artigo o reembolso nos casos de  
484 acidente de trabalho a aquisição de qualquer material, equipamento e/ou serviço sem relação com os  
485 procedimentos cobertos no rol adotado pelo PAS CAAPSML.

486  
487 **Art. 36.** O reembolso das despesas previstas neste capítulo não excederá, em qualquer hipótese, os  
488 valores e/ou percentagens e limites constantes das tabelas de preços adotadas pela CAAPSML e será  
489 realizado através de crédito na conta corrente do acidentado em serviço.

490  
491 **Art. 37.** Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de *stent* farmacológico será remunerado até o  
492 teto do valor da Ata de Registro de Preço vigente de *stent* nacional/convencional praticado pelo PAS  
493 CAAPSML. Na ausência de Ata de Registro de Preço vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado.  
494 Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro,  
495 nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

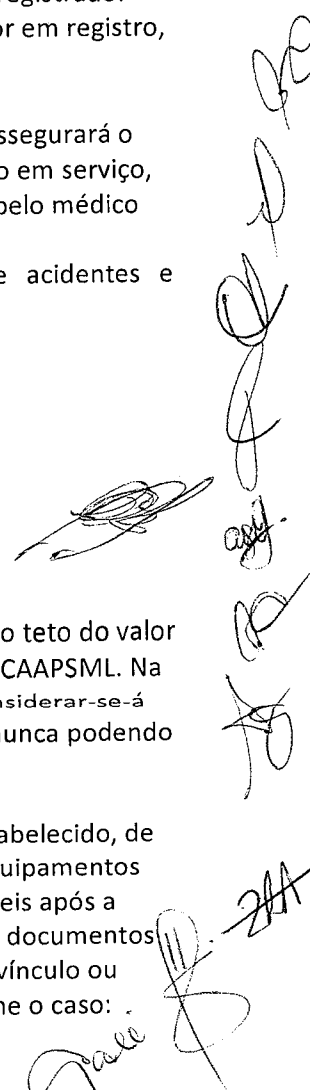
496  
497 **Art. 38.** Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de órtese/prótese será remunerado até o teto  
498 do valor da Ata de Registro de Preço vigente de órtese/prótese nacional/convencional praticado pelo PAS  
499 CAAPSML. Na ausência de Ata de Registro de Preço vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado.  
500 Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro,  
501 nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

502  
503 **Art. 39.** Nos casos de Acidente de Trabalho a CAAPSML, com nexo causal estabelecido, assegurará o  
504 **reembolso da locação** de equipamentos e órteses necessárias a reabilitação do acidentado em serviço,  
505 resguardada a análise da auditoria médica do PAS CAAPSML, quando indicada utilização pelo médico  
506 assistente de:

- 507 I. Órteses (dispositivos médicos prescritos por um médico em caso de acidentes e  
508 promovem a recuperação);  
509 II. Muletas;  
510 III. Andador;  
511 IV. Cama tipo hospitalar simples/manual;  
512 V. Cadeira de rodas simples/manual;  
513 VI. Cadeira de banho;  
514 VII. Concentrador de oxigênio.

515  
516 **Art. 40.** Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de prótese será remunerado até o teto do valor  
517 da Ata de Registro de Preço vigente de prótese nacional/convencional praticado pelo PAS CAAPSML. Na  
518 ausência de Ata de Registro de Preço vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado. Considerar-se-á  
519 também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro, nunca podendo  
520 exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

521  
522 **Art. 41.** O reembolso das despesas relativas a Acidente de Trabalho, com nexo causal estabelecido, de  
523 assistência médica e hospitalar, odontológica, farmacêutica, e a locação de órteses e equipamentos  
524 descritos neste capítulo será efetuado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a  
525 apresentação de requerimento pelo acidentado em serviço, acompanhado dos seguintes documentos  
526 originais sendo de responsabilidade do mesmo a apresentação destes, sem qualquer vínculo ou  
527 condicionamento com documentos encaminhados à CAAPSML por terceiros, conforme o caso:



- 528 I - Reembolso de consultas médicas:
- 529     o Recibo ou Nota Fiscal individualizado de honorários médicos contendo CPF e CRM do
- 530     profissional médico.
- 531 II - Reembolso de atendimento hospitalar (cirúrgico e/ou internação):
- 532     o Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, justificativa e código de
- 533     identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de
- 534     permanência no hospital e alta;
- 535     o Nota fiscal emitida pelo hospital;
- 536     o Prontuário do atendimento realizado;
- 537     o Detalhamento de consumo no período de internamento discriminando, materiais,
- 538     medicamentos, serviços médicos, serviços hospitalares, diárias e taxas, contendo
- 539     quantitativo e valor individualizado;
- 540     o Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- 541 III - Reembolso de honorários médicos:
- 542     o Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, discriminando funções e
- 543     o evento;
- 544     o Na ocorrência de auxiliares discriminar funções e eventos a que se referem;
- 545     o Recibos individualizados de honorários dos médicos anestesiológicos com relatório
- 546     descritivo com a duração do ato anestésico;
- 547     o Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- 548 IV - Reembolso de eventos, exames e procedimentos ambulatoriais:
- 549     o Pedido do médico assistente contendo justificativa e o código de identificação do
- 550     tratamento efetuado;
- 551     o Comprovantes relativos aos eventos, serviços de exames laboratoriais, de
- 552     radiodiagnósticos, serviços auxiliares e serviços ambulatoriais;
- 553     o Resultados dos referidos exames (laudo) e/ou eventos;
- 554     o Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada procedimento
- 555     que compõem o valor total da nota fiscal.
- 556     o Na ocorrência de utilização de materiais, medicamentos e contrastes, cabe a necessidade
- 557     de detalhamento da utilização, assim como quantificação e valor individualizado;
- 558     o Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- 559 V - Reembolso de oxigenoterapia:
- 560     o Pedido e relatório emitido pelo médico assistente que solicita o tratamento, contendo
- 561     diagnóstico e indicação do tratamento;
- 562     o Exames que precederam o diagnóstico;
- 563     o Nota fiscal que comprove a prestação do serviço;
- 564     o Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- 565 VI - Reembolso de próteses importadas:
- 566     o Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, justificativa e código de
- 567     identificação do(s) procedimento(s) realizado(s), data do atendimento, tempo de
- 568     permanência no hospital e alta;
- 569     o Nota fiscal emitida pelo fornecedor das órteses/próteses importadas;
- 570     o Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de
- 571     colocação do(s) material(ais), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;
- 572     o Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.
- 573 VII - Reembolso de medicamento da assistência farmacêutica:
- 574     o Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 180 (cento e oitenta) dias
- 575     de validade no caso de medicamentos de uso continuado;
- 576     o Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 30 (trinta) dias no caso de
- 577     medicamentos de uso controlado/especiais;

Handwritten signatures and initials on the right margin of the document, including a large signature at the top right and several smaller ones below it.

578 ○ Nota fiscal do medicamento adquirido compatível com a prescrição apresentada.

579 ○ Nos casos de aprovação deste reembolso e compatíveis as notas fiscais com as receitas  
580 apresentadas, serão reembolsados 100% (cem por cento) do valor do medicamento  
581 constante em nota fiscal.

582 **VIII - Reembolso de locação de órteses, muletas, andador, cama tipo hospitalar simples/manual,**  
583 **cadeira de rodas simples/manual, cadeira de banho e concentrador de oxigênio:**

584 ○ Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 60 (trinta) dias a contar da  
585 ocorrência do acidente incluindo tempo de utilização;

586 ○ Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada item locado que  
587 compõem o valor total da nota fiscal.

588  
589 **Art. 42.** O acidentado em serviço perderá o direito ao reembolso decorridos 60 (sessenta) dias da data do  
590 reconhecimento donexo causal, o que ocorrer antes.

## 591 **CAPÍTULO IV**

### 592 **DOS BENEFÍCIOS**

#### 593 **SEÇÃO I**

#### 594 **DA COBERTURA AMBULATORIAL**

595  
596  
597  
598 **Art. 43.** O Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML assegura, aos beneficiários regularmente  
599 inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial  
600 **LIMITADOS** ao Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML, às doenças relacionadas na  
601 Classificação Estatística Internacional de Doenças, **exclusivamente dentro de sua rede credenciada,**  
602 observado os serviços não cobertos e as carências e coberturas parciais temporárias estabelecidas.

603 I - Consultas médicas, de livre escolha, dentre os profissionais credenciados, em número  
604 ilimitado, em clínicas básicas e/ou especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas  
605 pelo Conselho Federal de Medicina;

606 II - Consulta pré-natal pediátrica, sendo 01 (uma) por gestação;

607 III - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, fisioterapias, tratamentos e demais  
608 procedimentos ambulatoriais, inclusive cirúrgicos, constantes no Rol de procedimentos e limites  
609 adotados pelo PAS CAAPSML, e solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em  
610 ambiente Hospitalar, desde que não se caracterize como internação, entendido como período  
611 superior a 12 horas de permanência hospitalar.

612 IV - Cobertura de psicoterapia (com profissional psicólogo) de acordo com o número de  
613 sessões estabelecida no Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML.

614 V - Cobertura de consultas e sessões com nutricionista e fonoaudiólogo de acordo com o  
615 número de sessões estabelecidas no Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS CAAPSML.

616 VI - Medicamentos de uso ambulatorial, mediante autorização da auditoria médica.

617 VII - Cobertura ambulatorial para hemodiálise e diálise peritoneal, hemodinâmica,  
618 quimioterapia oncológica, radioterapia, hemoterapia, e cirurgia oftalmológicas.

#### 619 **SEÇÃO II**

#### 620 **DA COBERTURA HOSPITALAR**

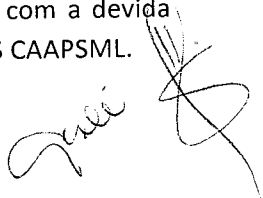
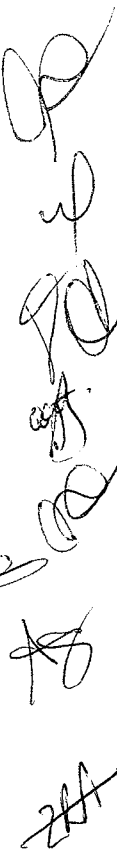
621  
622  
623 **Art. 44.** O Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML assegura, aos beneficiários regularmente  
624 inscritos, o internamento hospitalar, conforme Rol de procedimentos e limites adotados pelo PAS  
625 CAAPSML, para os casos de doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças,  
626 **exclusivamente dentro de sua rede credenciada,** observado os serviços não cobertos e as carências e  
627 coberturas parciais temporárias estabelecidas.  
628

629 **Art. 45.** Somente quando não houver disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos  
630 credenciados pelo PAS CAAPSML, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior,  
631 sem ônus adicional.

632  
633 **Art. 46.** A cobertura a Assistência Médica Hospitalar aos beneficiários do PAS CAAPSML, desde que  
634 autorizada pela auditoria médica, compreende:

- 635 a) Diárias hospitalares para tratamento clínico-cirúrgico, em quarto coletivo com no máximo  
636 2 (dois) leitos com banheiro, classe "enfermaria", sem limites de prazos, valores e/ou  
637 quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e aprovado  
638 pela auditoria médica do PAS CAAPSML;
- 639 b) Serviços de enfermagem durante a internação, desde que conste em tabela adotada pela  
640 CAAPSML;
- 641 c) Honorários médicos (inclusive os de anestesiologia) através de médicos e/ou prestadores  
642 credenciados;
- 643 d) Salas de cirurgia e parto;
- 644 e) Taxas relacionadas aos procedimentos médicos, incluindo materiais utilizados, desde que  
645 com cobertura prevista pelo PAS CAAPSML, exceto os de caráter particular e/ou não  
646 autorizado;
- 647 f) Medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia  
648 e/ou radioterapia, conforme prescrição médica, realizados ou ministrados durante a  
649 internação, e desde que cobertos pelo PAS CAAPSML, exceto os de caráter particular e/ou  
650 não autorizado;
- 651 g) Exames diagnósticos e tratamentos curativos de doenças que tenham motivado a  
652 internação, que sejam indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e  
653 elucidação diagnóstica;
- 654 h) Berçário normal e patológico;
- 655 i) Unidade de terapia intensiva ou similar, desde que devidamente justificadas através de  
656 relatório médico;
- 657 j) Nutrição parenteral, enteral e suplemento alimentar (quando não incluso na diária  
658 hospitalar), desde que devidamente justificados através de relatório médico;
- 659 k) Acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital ao beneficiário internado, durante o  
660 período de intenção;
- 661 l) Acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital a acompanhante do beneficiário  
662 internado com idade inferior a 18 (dezoito) anos ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como  
663 para os portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura  
664 contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- 665 m) Acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital a acompanhante do beneficiário  
666 internado gestante (durante o trabalho de parto e pós-parto imediato) por período igual ou  
667 superior a 48 (quarenta e oito horas) podendo se estender no máximo em até 10 (dez) dias  
668 consecutivos;
- 669 n) Órteses/próteses nacionais/convencionais necessárias a cirurgias;
- 670 o) Materiais descartáveis;
- 671 p) Remoção do paciente durante o período de internação, realizada por meio de veículo  
672 adequado (inclusive UTI móvel, quando necessário), de uma unidade hospitalar para outra,  
673 dentro dos limites de abrangência geográfica previstos nesta Resolução, para realização de  
674 exames e/ou procedimentos não disponíveis no hospital onde o Beneficiário estiver  
675 internado, após prévia autorização do PAS CAAPSML.

676 I. Cobertura de remoção móvel para pacientes internados, quando da alta médica, com a devida  
677 justificativa da necessidade deste tipo de transporte e após prévia autorização do PAS CAAPSML.



678 II. Obstetrícia, nos limites estabelecidos nesta Resolução, observados a área de abrangência  
679 estabelecida pelo PAS CAAPSML, compreendendo essa cobertura o pré-natal, as intercorrências da  
680 gravidez, o parto e o puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente e mediante guia de  
681 encaminhamento previamente emitida pelo PAS CAAPSML, respeitando as carências estabelecidas,  
682 bem como as especificações abaixo:

683 a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito  
684 no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias consecutivos após o parto. Ultrapassado o  
685 prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CAAPSML quanto ao atendimento;

686 b) A continuidade da cobertura do atendimento após o 30º (trigésimo) dia consecutivo ao  
687 parto, para aproveitamento do período de carência cumprido pelo Beneficiário, só será  
688 devida após observada as condições contidas no art. 14, desta Resolução.

689 §1º Nos casos de internação hospitalar, os exames e terapias complementares solicitados pelo médico  
690 assistente estarão sujeitos aos limites de cobertura e demais condições previstas nesta Resolução,  
691 mediante avaliação da auditoria médica da CAAPSML.

### 692 SEÇÃO III 693 DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA 694

695 **Art. 47.** O Plano de Assistência à Saúde – PAS CAAPSML assegura, aos beneficiários regularmente  
696 inscritos, o internamento hospitalar psiquiátrico, conforme Rol de procedimentos e limites adotados pelo  
697 PAS CAAPSML, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, para os casos  
698 de doenças psiquiátricas relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças,  
699 **exclusivamente dentro de sua rede credenciada**, observado os serviços não cobertos e as carências e  
700 coberturas parciais temporárias estabelecidas.  
701

702 **Art. 48.** O custeio de 30 (trinta) dias de internação **exclusivamente dentro de sua rede credenciada**, a  
703 cada 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativo, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em  
704 unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtorno psiquiátrico em  
705 situação de crise, com direito a 01 (um) acompanhante, desde que restar devidamente comprovada a  
706 necessidade de acompanhamento familiar e mediante prévia autorização da auditoria médica.  
707

708 **Art. 49.** Cobertura das despesas de diária de acompanhante para os casos de internação psiquiátrica,  
709 desde que restar devidamente comprovada a necessidade de acompanhamento familiar e mediante  
710 prévia autorização da auditoria médica do PAS CAAPSML.  
711

712 **Parágrafo Único** - Nos casos de internação hospitalar psiquiátrico, os exames e terapias complementares  
713 solicitados pelo médico assistente estarão sujeitos aos limites de cobertura e demais condições previstas  
714 nesta Resolução, mediante avaliação da auditoria médica da CAAPSML.  
715

### 716 SEÇÃO IV 717 DAS COBERTURAS ESPECÍFICAS 718

719 **Art. 50.** Tratamento “Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica (de pontos motores), por  
720 membros ou segmento corporal”, Código 20103140, aos Beneficiários portadores de doenças  
721 neurológicas caracterizadas por quadros de espasmo facial, distonia e espasticidade, provocadas por  
722 contrações musculares exageradas, mediante apresentação de laudo emitido pelo médico assistente.  
723

724 **Art. 51.** Lente Intraocular (L.I.O.) nacional de menor valor.  
725

726 **Art. 52.** Cobertura para transplantes de córnea e rins, bem como despesas com doadores vivos e  
727 acompanhamento clínico no pós operatório imediato e mediato, excetuando-se os medicamentos de  
728 manutenção e observado que os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação  
729 específica, estarão cobertos dentro da área de abrangência do PAS CAAPSML, desde que o beneficiário  
730



esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.

**Art. 53.** Vasectomia, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prévia autorização da auditoria médica.

**Art. 54.** Laqueadura, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e mediante prévia autorização da auditoria médica.

**Art. 55.** Cirurgia de Gastroplastia convencional "a céu aberto" ou por videolaparoscopia, desde que atendam todas as condições das alíneas "a" à "g" cumuladas com as alíneas "h" ou "i":

- a) Pacientes com idade entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 02 (dois) anos e obesidade mórbida instalada há mais de 05 (cinco) anos;
- b) Cumprimento de carência de 730 (setecentos e trinta) dias;
- c) Apresentação de solicitação justificada do médico assistente, nos termos da Resolução CFM n.º 1942, de 05 de fevereiro de 2010;
- d) Tratar-se de obesidade estável há, pelo menos, 05 (cinco) anos, com a comprovação 02 (dois) anos de tratamento clínico prévio, e ter insucesso ou recidiva de peso através de dados colhidos na própria clínica;
- e) Apresentação de laudo de avaliação psicológica, nutricional e pré-operatória;
- f) Apresentação de Termo de Ciência acerca dos riscos cirúrgicos e pós cirúrgicos assinados pelo paciente e familiares;
- g) Aprovação da auditoria médica da CAAPSML;
- h) Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 40 (quarenta), com ou sem comorbidades;
- i) Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m<sup>2</sup> e 39,9 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras.

**Art. 56.** Cobertura de 50% (cinquenta por cento) para cirurgias plásticas reparadoras em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou pós cirurgias bariátricas (após cirurgia de redução de estômago) podendo executar:

- a) Dermolipectomia abdominal em casos de pacientes que apresentem abdômen em avental, decorrente de grande perda ponderal, e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc., mediante prévia autorização da auditoria médica da CAAPSML. (Redação dada com a Resolução n.º 151, de 2017)
- b) Dermolipectomia Braquial ou Dermolipectomia Crural, decorrente de grande perda ponderal, e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc., mediante prévia autorização da auditoria médica da CAAPSML. (Redação dada com a Resolução n.º 151, de 2017)
- c) Mamoplastia ou Ginecomastia para correção da mama, decorrente de grande perda ponderal, e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc., mediante prévia autorização da auditoria médica da CAAPSML. (Redação dada com a Resolução n.º 151, de 2017)

**Art. 57.** As demais cirurgias decorrentes da gastroplastia não previstas nesta Resolução não serão custeadas pelo Plano de Assistência à Saúde.



783  
784 **Art. 58.** Cirurgias plásticas reconstrutivas de mama para o tratamento de mutilação decorrente de  
785 utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral, desde que  
786 previamente autorizado pela auditoria médica do PAS CAAPSML.  
787

788 **Art. 59.** Cirurgia Refrativa - PRK ou LASIK, em pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há  
789 pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos 01 (um) dos seguintes critérios:  
790 a) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo  
791 associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;  
792 b) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC,  
793 com a refração medida através de cilindro negativo.  
794

795 **Art. 60.** Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia, limitado ao número de 01 (uma) aplicação por  
796 olho no período de 30 (trinta) dias, estabelecidos no item 2.20 da Tabela 02 – Coberturas Específicas –  
797 Ambulatorial, com medicamento com registro e aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária –  
798 ANVISA e liberado para os seguintes casos:

- 799 a) Degeneração macular relacionada à idade;  
800 b) Retinopatia diabética;  
801 c) Oclusões venosas oculares;  
802 d) Glaucoma neovascular.  
803

804 **Art. 61.** Polissonografia, nas hipóteses de real necessidade, conforme avaliação e mediante autorização  
805 da auditoria médica do PAS CAAPSML.  
806

807 **Art. 62.** Oxigenioterapia domiciliar através de sistema de reembolso, nos termos do art. 122 inciso XIII.  
808

809 **Art. 63.** O PAS CAAPSML responsabiliza-se pela cobertura e fornecimento de *stent* convencional mediante  
810 avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML, estando o *stent* farmacológico excluído das  
811 coberturas do plano conforme previsto nesta resolução. Nos casos onde o beneficiário (apesar da  
812 exclusão de cobertura pelo PAS CAAPSML), escolher pela utilização de *stent* farmacológico, este poderá  
813 protocolar pedido de reembolso, desde que atendido todos os critérios preestabelecidos.  
814

815 **Parágrafo Único.** Na existência de qualquer modalidade legal de aquisição pelo PAS CAAPSML do material  
816 pretendido, havendo a qualquer tempo liberação e ordem de fornecimento do material para realização  
817 do procedimento, e, na ocorrência de negativa e/ou indeferimento de justificativa técnica prevista na  
818 alínea “c”, inciso I do artigo 91 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.  
819

820 **Art. 64.** O PAS CAAPSML exclui de sua cobertura órteses/próteses importados com ou sem registro na  
821 ANVISA, exceto nos casos onde inexistir material correspondente ou similar para mesma finalidade,  
822 podendo o PAS CAAPSML adquiri-lo através de processo licitatório, desde que possua registro na ANVISA,  
823 autorização de comercialização no território nacional brasileiro, indicação de utilização para o caso  
824 concreto, possua avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML e atenda a legislação de  
825 licitações vigente.  
826

827 **Parágrafo Único.** Na existência de qualquer modalidade legal de aquisição pelo PAS CAAPSML do material  
828 pretendido, havendo a qualquer tempo liberação e ordem de fornecimento do material para realização  
829 do procedimento, e, na ocorrência de negativa e/ou indeferimento de justificativa técnica prevista na  
830 alínea “c”, inciso I do artigo 91 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.  
831

832 **Art. 65.** O PAS CAAPSML responsabiliza-se pela cobertura e fornecimento de órteses/próteses  
833 nacionais/convencionais mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML, estando a  
834 órteses/próteses importados excluídos das coberturas do plano conforme previsto nesta resolução. Nos  
835 casos onde o beneficiário (apesar da exclusão de cobertura pelo PAS CAAPSML), escolher pela utilização  
836 de órteses/próteses importados, este poderá protocolar pedido de reembolso, desde que atendido todos  
837 os critérios preestabelecidos.  
838





839 **Parágrafo Único.** Na existência de qualquer modalidade legal de aquisição pelo PAS CAAPSML do material  
840 pretendido, havendo a qualquer tempo liberação e ordem de fornecimento do material para realização  
841 do procedimento, e, na ocorrência de negativa e/ou indeferimento de justificativa técnica prevista na  
842 alínea "c", inciso I do artigo 91 desta Resolução, o PAS CAAPSML não realizará o reembolso.

843  
844 **Art. 66.** A prestação dos serviços relativos à assistência médica, ambulatorial e hospitalar prevista nesta  
845 Resolução obedecerá aos percentuais de coparticipação, prazos de carência e cobertura, conforme:  
846 ANEXO II – DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, constantes desta Resolução.

847  
848 **Parágrafo Único.** Ficam também sujeitos à coparticipação todos os materiais e medicamentos  
849 complementares utilizados em exames e procedimentos ambulatoriais.

850  
851 **Art. 67.** Os procedimentos necessários e justificados através de relatório médico, resultantes do  
852 atendimento de emergência, realizados em pronto socorro hospitalar, após cumprida a carência de 24  
853 (vinte e quatro) horas, serão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde CAAPSML, exceto internação e  
854 demais eventos até que sejam cumpridas todas as carências.

855  
856 **Parágrafo Único.** Caso o atendimento de urgência/emergência resulte em internação e o beneficiário se  
857 encontrar em carência para internação, será realizada a remoção para o Sistema Único de Saúde – SUS,  
858 dentro dos limites territoriais da cidade de Londrina – PR, após regulação da vaga pela unidade hospitalar.

#### 859 860 SEÇÃO IV 861 DA REMOÇÃO PARA O SUS

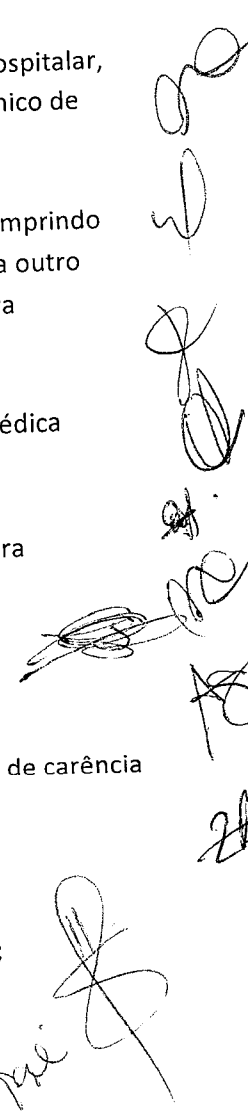
862  
863 **Art. 68.** Após o atendimento de urgência/emergência, quando o beneficiário em acordo de cobertura  
864 parcial temporária necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia/complexidade e/ou  
865 procedimentos de baixa e média complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes,  
866 comprovada necessidade, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar,  
867 dentro dos limites da abrangência geográfica do PAS CAAPSML, para atendimento do Sistema Único de  
868 Saúde – SUS.

869  
870 **Art. 69.** Após o atendimento de urgência/emergência, no caso de beneficiário que ainda está cumprindo  
871 carência para internação, comprovada necessidade, será garantida a cobertura da remoção para outro  
872 estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do PAS CAAPSML, para  
873 atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

874  
875 **Art. 70.** Após o atendimento de urgência/emergência, no caso de necessidade de assistência médica  
876 hospitalar para parto a termo quando a beneficiária ainda está cumprindo carência para tal  
877 procedimento, comprovada necessidade, será garantida a cobertura da remoção para outro  
878 estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do PAS CAAPSML, para  
879 atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

#### 880 881 SEÇÃO V 882 DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

883  
884 **Art. 71.** Compreendem os benefícios de assistência odontológica os seguintes serviços, prazos de carência  
885 e limites de cobertura:

- 886 a. Exames clínico e exames clínicos pediátricos;  
887 b. Atendimento de Emergência, exceto procedimentos decorrentes;  
888 c. Atendimento de Emergência pediátrico, exceto procedimentos decorrentes;  
889 d. Profilaxia, profilaxia pediátrica (com flúor), profilaxia pediátrica (com selante);  
890 e. Dentística e dentística pediátrica;  
891 f. Exodontia pediátrica simples, exodontia de raiz residual;
- 

892 g. Periapical ou Inter proximal, Periapical ou Inter proximal pediátrico e Intra oral filme  
893 oclusal

894 h. Perícia Inicial e Perícia Final

895  
896 **Parágrafo Único.** Ficam isentos de coparticipação os atendimentos odontológicos que, mediante  
897 justificativa e prévia autorização da CAAPSM, necessitem ser realizado em ambiente hospitalar.

898  
899 **Art. 72.** A prestação dos serviços relativos à assistência odontológica prevista nesta Resolução obedecerá  
900 aos percentuais de coparticipação, prazos de carência e cobertura, conforme: ANEXO II – DAS  
901 COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, constantes desta Resolução.

## 902 903 SEÇÃO VI 904 DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

905  
906 **Art. 73.** Os serviços de assistência farmacêutica oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde, serão  
907 prestados somente através de subsídio de 10% (dez por cento) de medicamentos e hipossensibilizantes,  
908 constantes em prescrição medicamentosa emitida por profissionais médicos ou dentistas, em nome do  
909 titular e/ou de qualquer Beneficiário dependente direto ou indireto, respeitadas as carências.

910 **§1.º** O subsídio de 10% (dez por cento) que trata o *caput* deste será prestado exclusivamente através de  
911 reembolso, de acordo com as regras estabelecidas nesta Resolução.

912 **§2.º** Os medicamentos de uso continuado serão subsidiados pelo Plano da mesma forma descrita no  
913 *caput* deste artigo, desde que acompanhados de justificativa médica e prescrição medicamentosa, cuja  
914 validade obedecerá a regulamentação vigente ou, em não existindo, considerar-se-á o prazo máximo de  
915 180 (cento e oitenta) dias, devendo ao final destes prazos o Beneficiário apresentar novo receituário  
916 médico.

917 **§3.º** Não serão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde, em nenhuma hipótese:

918 I - Produtos cosméticos;

919 II - Produtos de uso estético;

920 III - Produtos de higiene pessoal;

921 IV - Produtos de assepsia de lentes de contato;

922 V - Produtos para obesidade tratamento e/ou combate à obesidade;

923 VI - Produtos para o tratamento de infertilidade e/ou impotência;

924 VII - Produtos *off label* (aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta  
925 na bula);

926 VIII - Quaisquer produtos ou utilização dos serviços de assistência farmacêutica em desacordo  
927 com este artigo.

928  
929 **Art. 74.** O subsídio de 10% (dez por cento) de que trata o artigo anterior será concedido sob o valor  
930 constante da Nota Fiscal de vendas emitida por estabelecimentos oficiais, tendo como teto o valor de  
931 venda ao consumidor constante da tabela de preços de medicamentos publicados em revistas  
932 especializadas.

933  
934 **Parágrafo Único.** Como parâmetro inicial será utilizado o BRASÍNDICE, ou outro que vier a ser adotados  
935 pela CAAPSM, mediante a aplicação do mesmo deflator aplicado aos demais eventos da mesma natureza  
936 a ser definido pelo Órgão Gerenciador.

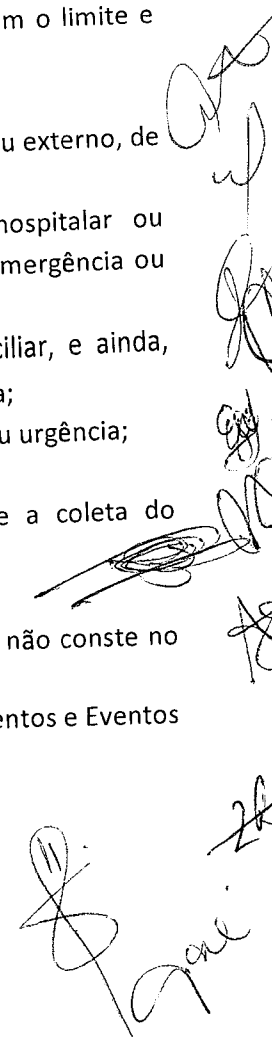
## 937 938 CAPÍTULO V 939 DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

940  
941 **Art. 75.** Os eventos e materiais abaixo relacionados, relativos à assistência médica/hospitalar,  
942 odontológica e farmacêutica não serão custeados PAS CAAPSM, sendo de inteira responsabilidade do  
943 Beneficiário:

944

945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994

- I - qualquer procedimento que não conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde adotado pelo PAS CAAPSML;
- II - qualquer acomodação divergente ou superior a estabelecida nesta resolução;
- III - tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, conforme definidos pelo Conselho Federal de Medicina ou assim entendidos aqueles pelo emprego de medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas, não regularizadas no país ou aqueles cujas indicações não constem na bula/manual registrado na ANVISA.
- IV - cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;
- V - cirurgias para mudança de sexo;
- VI - Inseminação artificial em qualquer técnica;
- VII - procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins exclusivamente estéticos, incluindo:
  - a. fornecimento de órteses e próteses.
  - b. tratamento de rejuvenescimento.
  - c. tratamento de emagrecimento.
  - d. complicações decorrentes de tais procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.
  - e. exames pré procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.
  - f. exames pós procedimentos, clínicos ou cirúrgicos.
- VIII - atendimento nos casos de cataclismo, comoções internas, calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- IX - consultas, exames e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- X - fornecimento de medicamentos de uso domiciliar;
- XI - medicamentos, materiais e órteses/próteses importados com ou sem registro na ANVISA;
- XII - transplantes de qualquer modalidade, exceto os de córneas e rim;
- XIII - despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante, de viagem ou outras que excederem o limite e condições do Plano contratado;
- XIV - acolhimento de idosos em clínicas de repouso;
- XV - fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses e órteses, de uso interno ou externo, de quaisquer natureza ligados ou não ao ato cirúrgico;
- XVI - aluguel de equipamentos hospitalares e similares, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XVII - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XVIII - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XIX - consultas e procedimentos de medicina ocupacional;
- XX - consultas, procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- XXI - consultas e exames admissionais e demissionais;
- XXII - procedimentos relacionados à contracepção e/ou suas complicações, que não conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde adotado pelo PAS CAAPSML;
- XXIII - tratamentos e exames de esterilidade, que não conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde adotado pelo PAS CAAPSML;
- XXIV - stent farmacológico;
- XXV - banda gástrica;
- XXVI - medicina ortomolecular;
- XXVII - medicina esportiva;
- XXVIII - medicina do trabalho;



- 995 **XXIX** - mesoterapia e massagens em geral;  
996 **XXX** - internação para investigação diagnóstica;  
997 **XXXI** - uvulopalatofaringoplastia (cirurgia do ronco);  
998 **XXXII** - prótese peniana;  
999 **XXXIII** - doenças ou lesões preexistentes, observada a carência de que trata esta Resolução;  
1000 **XXXIV** - remoção e/ou traslado por via aérea;  
1001 **XXXV** - procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida nesta  
1002 Resolução;  
1003 **XXXVI** - exames complementares em desconformidade com a especialidade do médico  
1004 requisitante;  
1005 **XXXVII** - prótese dentária;  
1006 **XXXVIII** - periodontia;  
1007 **XXXIX** - ortodontia;  
1008 **XL** - Endodontia;  
1009 **XLI** - Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, exceto os procedimentos de que tratam os itens do Anexo II –  
1010 Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução;  
1011 **XLII** - radiografias, exceto os procedimentos de que tratam os itens do Anexo II – Das Coberturas,  
1012 Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução;  
1013 **XLIII** - implantodontia.  
1014 **XLIV** - produtos cosméticos, de uso estético, de higiene pessoal e fraldas;  
1015 **XLV** - produtos de assepsia de lentes de contato;  
1016 **XLVI** - produtos para combater a obesidade;  
1017 **XLVII** - produtos para o tratamento de infertilidade e impotência.

## CAPÍTULO VI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1018  
1019  
1020  
1021  
1022 **Art. 76.** Para ter acesso a qualquer atendimento aos benefícios de que trata esta Resolução, o Beneficiário  
1023 obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação, fornecido pelo Plano de Assistência à Saúde,  
1024 acompanhado de um documento de identificação com foto, assinatura semelhante ao documento  
1025 apresentado, na execução do atendimento. Quando houver necessidade de assinatura por terceiro (pais  
1026 de menor ou acompanhante de idoso, por exemplo) incluir número de documento oficial junto a  
1027 assinatura.

1028  
1029 **Art. 77.** Será disponibilizado ao Beneficiário, através do site <http://caapsml.londrina.pr.gov.br/>, a relação  
1030 de seus prestadores credenciados, dentistas, médicos, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

1031  
1032 **Art. 78.** O Órgão Gerenciador do Plano de Assistência à Saúde assegurará aos Beneficiários titulares,  
1033 dependentes diretos e indiretos os serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e auxiliares de  
1034 diagnóstico e terapia previstos nesta Resolução e nos termos abaixo especificados:

1035 I - consultas: os Beneficiários serão atendidos no Ambulatório Médico da CAAPSML ou no  
1036 local de atendimento dos médicos credenciados, através de emissão de Guia/Empenho emitida de  
1037 acordo com as normas de atendimento da CAAPSML, ou nos serviços de emergência conveniados  
1038 e/ou contratados;

1039 II - atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios,  
1040 clínicas ou hospitais contratados ou credenciados pela CAAPSML, através de emissão de  
1041 Guia/Empenho, emitida de acordo com as normas de atendimento da CAAPSML;

1042 III - exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede contratada  
1043 ou credenciada pela CAAPSML, mediante solicitação do médico e emissão de Guia/Empenho;  
1044 Parágrafo Único. As consequências do não comparecimento à consulta, procedimento ou serviço  
1045 marcados são de inteira responsabilidade do Beneficiário.  
1046

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large signature at the top right, a signature below it, and several initials and smaller signatures at the bottom right.

1047 **Art. 79.** Em caso de faltas imotivadas do Beneficiário nos serviços médicos, previamente agendados no  
1048 ambulatório da CAAPSML, será cobrada a importância equivalente à coparticipação em consulta médica  
1049 na rede credenciada a cada descumprimento.  
1050

1051 **Parágrafo Único.** Não será computado como falta imotivada quando houver cancelamento por parte do  
1052 Beneficiário, com no mínimo 02 (duas) horas de antecedência.  
1053

1054 **Art. 80.** Não serão emitidas novas Guia/Empenho de consulta médica para o mesmo profissional em  
1055 intervalo de tempo igual ou inferior a 20 (vinte) dias, excetuando-se as patologias não decorrentes da  
1056 autorização anterior.  
1057

1058 **Art. 81.** A Guia/Empenho de consulta, bem como as autorizações de exames complementares e terapias,  
1059 terão validade por 60 (sessenta) dias, não podendo ser utilizadas após este prazo.  
1060

1061 **Art. 82.** O não cancelamento ou a não-utilização da Guia/Empenho de exames e consultas, sem a  
1062 respectiva devolução da mesma ao Órgão Gerenciador do Plano no prazo estabelecido no artigo anterior,  
1063 acarretará ao Beneficiário a coparticipação nos serviços autorizados.  
1064

1065 **Art. 83.** O tratamento de fisioterapia somente será autorizado mediante encaminhamento do médico  
1066 assistente, com solicitação médica emitida em no máximo 90 (noventa) dias antes da emissão da  
1067 autorização.  
1068

1069 **Parágrafo Único.** A autorização para a continuidade do tratamento de fisioterapia será concedida  
1070 somente após realizadas 20 (vinte) sessões, mediante nova avaliação e solicitação do médico assistente  
1071 que indicará o procedimento, com solicitação médica emitida em no máximo 90 (noventa) dias antes da  
1072 emissão da autorização, exceto nos casos de pacientes com tratamento continuado, onde o médico  
1073 assistente deverá indicar esta condição, e a validade da solicitação será de 365 (trezentos e sessenta e  
1074 cinco) dias.  
1075

1076 **Art. 84.** O tratamento de fisioterapia prestado no Ambulatório de Fisioterapia da CAAPSML, será isento de  
1077 coparticipação, até o limite de 10 (dez) sessões/mês, devendo a partir da 11ª (décima primeira) sessão ser  
1078 cobrada a coparticipação de 40% (quarenta por cento) do Beneficiário, relativo ao valor das sessões.  
1079

1080 **Art. 85.** Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de psicologia, fonoaudiologia, o  
1081 fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício do tratamento, com  
1082 intervalo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, para o mesmo profissional.  
1083

1084 **Art. 86.** Caso haja interrupção, por parte do Beneficiário, nos tratamentos de acupuntura e nutrição, o  
1085 fornecimento de nova consulta dar-se-á somente na interrupção e no reinício do tratamento, com  
1086 intervalo mínimo de 30 (trinta) dias para o mesmo profissional.  
1087

1088 **Art. 87.** Os atendimentos de urgência e emergência em pronto socorro hospitalar, que resultem em  
1089 internação do paciente para tratamento clínico ou cirúrgico, estão isentos da coparticipação de que trata  
1090 o Anexo II – Das Coberturas, Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução.  
1091

1092 **Parágrafo Único.** Aplicam-se as disposições contidas no *caput* deste artigo estritamente para os  
1093 atendimentos em pronto socorro, decorrentes do encaminhamento pelos profissionais do Ambulatório  
1094 Médico da CAAPSML ou pelo Serviço de Emergências Médicas, que não resultem em internação do  
1095 paciente.  
1096

1097 **Art. 88.** Nos casos de urgência e emergência, o Beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de  
1098 02 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização do PAS  
1099 CAAPSML, sob pena do Plano não se responsabilizar por qualquer despesa decorrente desta internação.  
1100

Handwritten signatures and initials on the right margin of the page, including a large signature at the bottom right and several smaller ones above it.

1101 **Art. 89.** Todas as solicitações de internações eletivas e exames que necessitem de autorização do PAS  
1102 CAAPSML deverão ser feitas em formulário específico disponibilizado pela CAAPSML e/ou similar no  
1103 padrão TISS, contendo dados do Beneficiário, descrição dos exames e sua indicação clínica.  
1104 Parágrafo Único. Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência  
1105 e emergência, o Beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos  
1106 documentos consignados art. 38 desta Resolução, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o  
1107 caso, devidamente emitida e autorizada pelo PAS CAAPSML.

1108  
1109 **Art. 90.** Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o Beneficiário, ou quem  
1110 responda por ele, deve dirigir-se a CAAPSML, munido de cartão de identificação do plano, documento de  
1111 identificação com foto e formulário com a solicitação do procedimento.

1112 **Parágrafo Único.** Os procedimentos que necessitem de autorização prévia da auditoria médica serão  
1113 analisados em até 02 (dois) dias úteis.

1114  
1115 **Art. 91.** Para fins da cobertura de próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos, serão observados:

1116 I - Para as cirurgias de urgência e eletiva:

1117 a) a liberação do pedido dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde,  
1118 após deferimento do uso pela auditoria médica, conforme itens com preços registrados em  
1119 Atas de Registros de Preços firmados pela CAAPSML;

1120 b) O documento com os itens liberados por Ata de RP será entregue ao Beneficiário  
1121 juntamente com a guia de internação;

1122 c) Não havendo aceitação pelo profissional requisitante do material liberado pela CAAPSML,  
1123 este deverá realizar justificativa técnica da desaprovação do material liberado e comparativo  
1124 indicando a divergência entre o material liberado e o solicitado.

1125 II - Para as cirurgias de emergência:

1126 a) A liberação dos materiais será realizada pela Diretoria de Assistência à Saúde, após  
1127 deferimento do uso pela auditoria médica, conforme itens com preços registrados em Atas  
1128 de Registros de Preços firmados pela CAAPSML;

1129 b) Não havendo itens com preços registrados pela CAAPSML, os encaminhamentos serão  
1130 realizados conforme legislação vigente.

1131  
1132 **Art. 92.** Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação  
1133 da Solicitação de Atendimento Hospitalar, a CAAPSML poderá solicitar ao Beneficiário ou ao médico  
1134 assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser  
1135 executado.  
1136

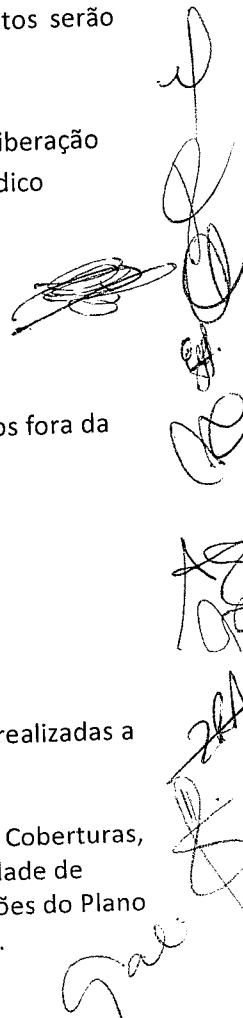
1137 **Art. 93.** Os limites de utilização por Beneficiário não serão cumulativos nem intercambiáveis.

1138  
1139 **Art. 94.** A CAAPSML não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer benefícios utilizados fora da  
1140 forma prevista nesta Resolução.  
1141

## 1142 CAPÍTULO VII 1143 DA CARÊNCIA

1144  
1145 **Art. 95.** Para efeito de contagem do período de carência serão consideradas as contribuições realizadas a  
1146 contar da data da efetiva vigência do contrato regido por esta Resolução.  
1147

1148 **Art. 96.** Período de carência é o número mínimo de contribuições constante do Anexo II – Das Coberturas,  
1149 Prazos, Carências e Coparticipações, constantes desta Resolução, relativo a cada modalidade de  
1150 assistência, indispensáveis para que os Beneficiários e seus dependentes façam jus às prestações do Plano  
1151 de Assistência à Saúde, contado do mês de competência da primeira contribuição.  
1152  
1153  
1154  
1155



1156  
1157 **Parágrafo único.** As contribuições anteriores à perda da qualidade de Beneficiário não serão computadas  
1158 para efeito de carência.

1159  
1160 **Art. 97.** A carência de que trata o artigo anterior será aproveitada para as hipóteses previstas nos arts. 14  
1161 e 15, desta Resolução.

1162  
1163 **Art. 98.** Não observâncias das condições para inclusão de filhos sejam recém-nascidos ou não, naturais ou  
1164 adotivos, previstas nesta Resolução, acarretará a necessidade de cumprimento integral, a partir da  
1165 inscrição, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos.

1166  
1167 **Art. 99.** Os dependentes de que tratam os arts. 12 e 13, desta Resolução, estarão sujeitos ao  
1168 cumprimento da carência estabelecida neste artigo, para o gozo dos serviços oferecidos.

1169  
1170 **Art. 100.** As carências cumpridas pelo Beneficiário e seus dependentes em outros planos de saúde, desde  
1171 que ininterruptas, assim entendidas a permanência por pelo menos 02 (dois) anos no plano de origem ou  
1172 por pelo menos 03 (três) anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de  
1173 doenças e lesões preexistentes, ou por pelo menos 01 (um) ano, a partir da segunda portabilidade  
1174 poderão ser aproveitadas para o cumprimento das estabelecidas nesta Resolução, adotando-se os  
1175 seguintes critérios:

- 1176 I - para os procedimentos cobertos por ambos os planos prevalecerá a carência do Plano  
1177 CAAPSMML quando da utilização dos serviços previstos nesta Resolução;  
1178 II - no caso de procedimentos não cobertos por outros planos e oferecidos pela CAAPSMML  
1179 prevalecerá a carência prevista nesta Resolução, aplicando-se o disposto no art. 20, deste  
1180 regulamento.

1181 **§1º.** Para aproveitamento das carências cumpridas em outros planos de saúde os documentos deverão  
1182 ser apresentados em até 30 (trinta) dias consecutivos, contados da data da rescisão.

1183 **§2º.** Para cumprimento do disposto neste artigo é obrigatória a apresentação, por parte do Beneficiário,  
1184 do instrumento contratual onde constem os benefícios oferecidos pelo plano de origem, as carências  
1185 cumpridas, seus dependentes inscritos, bem como a prova de regularidade no pagamento das  
1186 mensalidades.

1187  
1188 **Art. 101.** Para efeitos de aproveitamento de carências, os contratos restabelecidos na forma do art. 8º  
1189 desta Resolução serão considerados ininterruptos.

1190 **Parágrafo Único.** As despesas ocorridas no período da suspensão contratual não serão custeadas pelo  
1191 Plano de Assistência à Saúde CAAPSMML.

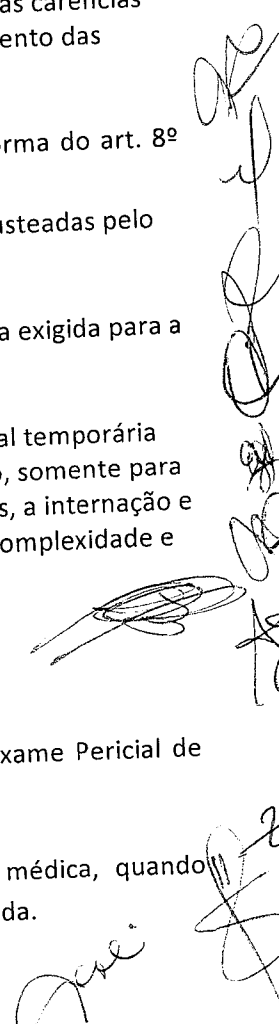
1192  
1193 **Art. 102.** Fica vedado o adiantamento de contribuições para efeito do cômputo da carência exigida para a  
1194 concessão dos benefícios.

1195  
1196 **Art. 103.** Caso ocorra uma urgência ou emergência durante o período de carência parcial temporária  
1197 (CPT), haverá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da liberação de utilização do plano, somente para  
1198 as primeiras 12 (doze) horas em pronto socorro, estando, portanto, excluídas, entre outras, a internação e  
1199 todos os procedimentos cirúrgicos, procedimentos e/ou exames de baixa, média e alta complexidade e  
1200 leitos de baixa, média e alta tecnologia.

1201  
1202 **CAPÍTULO VIII**  
1203 **DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**  
1204

1205 **Art. 104.** As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas por meio do Exame Pericial de  
1206 Admissão no Plano ou informação do paciente no formulário da entrevista qualificada.

1207  
1208 **Parágrafo único.** a inclusão de beneficiários está sujeita a revisão pela auditoria médica, quando  
1209 identificado lesão preexistente, manifestada ou não no formulário de entrevista qualificada.  
1210



1211 **Art. 105.** No momento da adesão contratual, o beneficiário ou seu representante legal deverá preencher  
1212 a Entrevista Qualificada informando à CAAPSML doença ou lesão preexistente, previamente à época da  
1213 assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a rescisão do  
1214 contrato.

1215 **Parágrafo Único.** A CAAPSML reserva-se no direito de realizar o Exame Pericial de Admissão no Plano,  
1216 ainda que haja o preenchimento do formulário de Entrevista Qualificada, entretanto, correndo as  
1217 despesas do proponente à beneficiário as despesas relativas ao(s) exame(s).  
1218

1219 **Art. 106.** Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada, ou através de declaração do  
1220 Beneficiário a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CAAPSML oferecerá a Cobertura Parcial  
1221 Temporária (CPT), nos termos do art. 3º, IX, desta Resolução.  
1222

1223 **Parágrafo Único.** Findo o prazo de 730 (setecentos e trinta) dias da contratação do plano de saúde, a  
1224 cobertura assistencial passará a ser integral, nos termos das coberturas previstas nesta Resolução.  
1225

1226 **Art. 107.** Os atendimentos decorrentes das modalidades abaixo estão sujeitos aos períodos de carências a  
1227 seguir:  
1228

- 1229 I - Doenças ou Lesões Preexistentes: 730 (setecentos e trinta dias);  
1230 II - A.I.D.S e Doenças crônicas: 730 (setecentos e trinta dias).  
1231

## 1232 **CAPÍTULO IX** 1233 **DA CONTRIBUIÇÃO, CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTES**

### 1234 **SEÇÃO I** 1235 **DA CONTRIBUIÇÃO**

1236 **Art. 108.** Fica o Beneficiário obrigado ao pagamento, por Beneficiário, dos valores referentes à  
1237 contribuição conforme faixa etária, a seguir discriminada, bem como os valores relativos à coparticipação,  
1238 constante no ANEXO II – DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, e demais  
1239 referências elencadas nos artigos desta Resolução.  
1240  
1241  
1242

FAIXA ETÁRIA
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 anos ou mais

1243 **Parágrafo Único.** Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos Beneficiários inscritos que importe em  
1244 deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão readequadas automaticamente, no mês  
1245 seguinte ao do aniversário, com o reposicionamento do Beneficiário na faixa etária correspondente.  
1246

1247 **Art. 109.** Os valores das contribuições correspondem aos preços constantes do ANEXO I – VALORES DAS  
1248 CONTRIBUIÇÕES, desta Resolução.  
1249

1250 **Art. 110.** Os valores das contribuições são fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em  
1251 consideração os preços dos serviços e limites colocados à disposição dos Beneficiários, a frequência de  
1252 utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, a carga  
1253 tributária e a taxa de administração que recai sobre o Plano de Assistência à Saúde.  
1254  
1255  
1256

### 1257 **SEÇÃO II**



## DO TETO DE CONTRIBUIÇÃO

1257  
1258  
1259 **Art. 111.** Em conformidade com o artigo 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011, fica estabelecido o teto  
1260 de 20% (vinte por cento) sobre os vencimentos mensais do segurado, para a soma das contribuições do  
1261 titular e de seus dependentes diretos, conforme regulamento baixado pela CAAPSML, não sendo  
1262 computadas, para efeito do teto de que trata este artigo, as contribuições relativas aos dependentes  
1263 indiretos; e dos servidores comissionados, em licença sem remuneração e de seus dependentes diretos e  
1264 indiretos. O valor mínimo de contribuição, por contrato, não poderá ser inferior ao valor individual  
1265 estabelecido para o contribuinte titular.

1266  
1267 **Art. 112.** No caso de acumulação de cargos permitida em lei, o teto de contribuição para o Plano de  
1268 Saúde incidirá sobre o de maior vencimento.

1269  
1270 **Art. 113.** O disposto no artigo anterior aplica-se ao servidor aposentado que vier a ser nomeado para  
1271 atividades remuneradas na Administração Direta, Indireta, Autárquica e Fundacional dos poderes do  
1272 Município.

1273  
1274 **Art. 114.** Consideram-se vencimentos, para os efeitos do disposto no art. 123, da Lei Municipal n.º  
1275 11.348/2011:

1276 I - para os Beneficiários ativos: as importâncias pagas ou devidas ao Beneficiário, a título  
1277 remuneratório, compreendendo o vencimento básico, as gratificações de função, os adicionais por  
1278 tempo de serviço, até o limite máximo da remuneração fixado em lei;

1279 II - para os Beneficiários inativos: os proventos de aposentadoria, até o limite máximo de  
1280 remuneração fixado em lei;

1281 III - para os Beneficiários de que trata o art.17 desta Resolução: o valor do benefício  
1282 resultante da equação proventos ou pensão INSS + Complementação da CAAPSML;

1283 IV - Para os pensionistas: o valor da pensão.

1284 Parágrafo Único. O valor mínimo de contribuição, por contrato, não poderá ser inferior ao valor  
1285 individual estabelecido para o contribuinte titular.

1286  
1287 **Art. 115.** Para efeito do disposto no art. 123, da Lei Municipal n.º 11.348/2011, no caso de afastamento  
1288 de servidor para o exercício de mandato eletivo ou por licença previstas no Estatuto dos servidores, os  
1289 valores dos vencimentos mensais serão determinados como se este estivesse em exercício do cargo  
1290 efetivo.

1291  
1292 **Art. 116.** Nos casos de pensionistas ocupantes de cargo de provimento efetivo ou em comissão no  
1293 Município o teto de contribuição incidirá sobre o maior valor percebido (vencimentos ou pensão).

1294  
1295 **Art. 117.** Considerar-se-á, para efeito do teto de contribuição, a soma da cota parte da pensão de cada  
1296 um dos inscritos no contrato.

## SEÇÃO III DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

1297  
1298  
1299  
1300 **Art. 118.** Os valores correspondentes à contribuição ao Plano de Assistência à Saúde, do titular e seus  
1301 dependentes diretos e indiretos, bem com as despesas de assistência médica, hospitalar, odontológica e  
1302 deverão ser quitadas pelo contribuinte até o décimo dia do mês subsequente à utilização ou do  
1303 faturamento.

1304  
1305  
1306 **Art. 119.** As despesas dos servidores do Poder Legislativo serão recolhidas pela Câmara Municipal de  
1307 Londrina ao Órgão Gerenciador do Plano até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês em curso.

1308  
1309 **Art. 120.** Ocorrendo impuntualidade no pagamento das mensalidades e/ou despesas serão cobrados  
1310 juros de mora de 1% (um inteiro por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do

1311 Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, além  
1312 de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.  
1313 §1º Incidirá, ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorário advocatício e  
1314 reembolso de custas judiciais.

1315 §2º Os encargos de que tratam este artigo incidirão a partir do primeiro dia subsequente ao vencimento  
1316 de cada competência e será calculado da seguinte forma:

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

1317  
1318 **Art. 121.** O atraso no pagamento das mensalidades e/ou despesas por período superior a 60 (sessenta)  
1319 dias consecutivos implicará na suspensão total dos atendimentos, até a efetiva liquidação do débito, nos  
1320 termos do artigo anterior.

1321  
1322 **Art. 122.** Será rescindido o contrato caso ocorra atraso no pagamento de qualquer importância relativa à  
1323 contribuição, coparticipação, parcelamento ou assistência oferecida pelo Plano por 90 (noventa) dias  
1324 consecutivos, contados a partir do primeiro dia posterior ao prazo concedido para pagamento, sem  
1325 prejuízo do direito do Órgão Gerenciador do Plano de requerer judicialmente a quitação do débito com  
1326 suas consequências moratórias.

1327  
1328 **Art. 123.** Os valores a serem cobrados para os pagamentos nas participações das despesas, no caso da  
1329 coparticipação, serão calculados sobre os valores faturados contra o Plano de Assistência à Saúde.

#### 1330 SEÇÃO IV 1331 DO PARCELAMENTO

1332  
1333 **Art. 124.** As despesas com a assistência médica e odontológica previstas nesta Resolução dos  
1334 beneficiários com o contrato do Plano de Assistência à Saúde vigente poderão ser divididas em até 12  
1335 (doze) parcelas mensais, com juros de 1% (um por cento) ao mês (calculado pela tabela "price"), não  
1336 podendo a parcela ser inferior a 10% (dez por cento) dos vencimentos do Beneficiário.

1337  
1338 **Parágrafo Único.** Os créditos de contratos cancelados e/ou rescindidos poderão ser parcelados na sua  
1339 totalidade, incluindo as contribuições e demais despesas, nos termos do *caput* deste artigo.

1340  
1341 **Art. 125.** As contribuições do Plano de Assistência à Saúde do titular e de seus dependentes, diretos e/ou  
1342 indiretos, bem como as despesas com assistência farmacêutica remanescente não serão parceladas.

1343  
1344 **Art. 126.** Fica vedado novo parcelamento ao Beneficiário enquanto não regularizar o parcelamento  
1345 anterior.

1346  
1347 **Art. 127.** Os créditos cobrados judicialmente ou protestados sofrerão correção monetária, multa e juros  
1348 conforme art. 132 da Lei Municipal nº 11.348/2011, cujo número de parcelas será limitado em 24 (vinte e  
1349 quatro) vezes, não observando o art. 124 desta Resolução.

#### 1350 SEÇÃO V 1351 DO REEMBOLSO

1352  
1353 **Art. 128.** A CAAPSMML assegurará o reembolso no limite dos valores praticados por ela, das despesas  
1354 referentes à assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica cobertos pelo plano, efetuadas  
1355 pelo Beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos, com assistência à saúde dentro do  
1356 território nacional, quando não for possível a utilização da rede credenciada, resguardada a análise da  
1357 auditoria médica do PAS CAAPSMML.

1358  
1359  
1360

1361 **Art. 129.** O reembolso das despesas previstas neste capítulo não excederá, em qualquer hipótese, os  
1362 valores e/ou percentagens e limites constantes das tabelas de preços adotadas pela CAAPSML e será  
1363 realizado através de crédito na conta corrente do Beneficiário.

1364 **Parágrafo Único.** Excetua-se dos valores de que trata o *caput* deste artigo o reembolso de despesas  
1365 decorrentes de oxigenoterapia domiciliar, que serão remunerados com base no valor apresentado pelo  
1366 requerente, e demais documentos específicos.

1367  
1368 **Art. 130.** Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de *stent* farmacológico será remunerado até o  
1369 teto do valor da Ata de Registro de Preços vigente de *stent* nacional/convencional praticado pelo PAS  
1370 CAAPSML. Na ausência de Ata de Registro de Preços vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado.  
1371 Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro,  
1372 nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

1373  
1374 **Art. 131.** Nos casos de reembolso de despesas decorrentes de órtese/prótese será remunerado até o teto  
1375 do valor da Ata de Registro de Preços vigente de órtese/prótese nacional/convencional praticado pelo  
1376 PAS CAAPSML. Na ausência de Ata de Registro de Preços vigente, utilizar-se-á o ultimo preço registrado.  
1377 Considerar-se-á também o menor valor entre o valor apresentando para reembolso e o valor em registro,  
1378 nunca podendo exceder o reembolso ao menor dos dois valores analisados.

1379  
1380 **Art. 132.** O reembolso das despesas relativas aos benefícios de assistência médica e hospitalar,  
1381 odontológica e farmacêutica será efetuado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a  
1382 apresentação de requerimento do Titular do Plano, acompanhado dos seguintes documentos originais  
1383 sendo se responsabilidade do beneficiário titular a apresentação destes, sem qualquer vínculo ou  
1384 condicionamento com documentos encaminhados à CAAPSML por terceiros, conforme o caso:

1385 I - Reembolso de consultas médicas:

- 1386 ○ Recibo ou Nota Fiscal individualizado de honorários médicos contendo CPF e CRM do  
1387 profissional médico.

1388 II - Reembolso de atendimento hospitalar (cirúrgico e/ou internação):

- 1389 ○ Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de identificação  
1390 do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), data do atendimento, tempo de  
1391 permanência no hospital e alta;  
1392 ○ Nota fiscal emitida pelo hospital;  
1393 ○ Prontuário do atendimento realizado;  
1394 ○ Detalhamento de consumo no período de internamento discriminando, materiais,  
1395 medicamentos, serviços médicos, serviços hospitalares, diárias e taxas, contendo  
1396 quantitativo e valor individualizado;  
1397 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

1398 III - Reembolso de honorários médicos:

- 1399 ○ Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, discriminando funções e  
1400 o evento;  
1401 ○ Na ocorrência de auxiliares discriminar funções e eventos a que se referem;  
1402 ○ Recibos individualizados de honorários dos médicos anestesiológicos com relatório  
1403 descritivo com a duração do ato anestésico;  
1404 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

1405 IV - Reembolso de eventos, exames e procedimentos ambulatoriais:

- 1406 ○ Pedido do médico assistente contendo o código de identificação do tratamento efetuado;  
1407 ○ Comprovantes relativos aos eventos, serviços de exames laboratoriais, de  
1408 radiodiagnósticos, serviços auxiliares e serviços ambulatoriais;  
1409 ○ Resultados dos referidos exames (laudo) e/ou eventos;  
1410 ○ Nota fiscal emitida pelo executor, com valores individualizados de cada procedimento  
1411 que compõem o valor total da nota fiscal.  
1412 ○ Na ocorrência de utilização de materiais, medicamentos e contrastes, cabe a necessidade  
1413 de detalhamento da utilização, assim como quantificação e valor individualizado;
- 1414

1415 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

1416 **V - Reembolso de oxigenoterapia:**

- 1417 ○ Pedido e relatório emitido pelo médico assistente que solicita o tratamento, contendo  
1418 diagnóstico e indicação do tratamento;  
1419 ○ Exames que precederam o diagnóstico;  
1420 ○ Nota fiscal que comprove a prestação do serviço;  
1421 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

1422 **VI - Reembolso de *stent* farmacológico:**

- 1423 ○ Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de identificação  
1424 do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), data do atendimento, tempo de  
1425 permanência no hospital e alta;  
1426 ○ Nota fiscal emitida pelo fornecedor do *stent* farmacológico;  
1427 ○ Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de  
1428 colocação do(s) *stent*(s), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;  
1429 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

1430 **VII - Reembolso de órteses/próteses importados:**

- 1431 ○ Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, código de identificação  
1432 do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), data do atendimento, tempo de  
1433 permanência no hospital e alta;  
1434 ○ Nota fiscal emitida pelo fornecedor das órteses/próteses importadas;  
1435 ○ Prontuário do atendimento realizado, com a discriminação do procedimento de  
1436 colocação do(s) material(ais), incluindo etiqueta de rastreabilidade do produto;  
1437 ○ Obrigatoriamente deve ser analisado e aprovado pela auditoria médica.

1438 **VIII - Reembolso de medicamento da assistência farmacêutica:**

- 1439 ○ Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 180 (cento e oitenta) dias  
1440 de validade no caso de medicamentos de uso continuado;  
1441 ○ Prescrição do médico assistente ou dentista, com no máximo 30 (trinta) dias no caso de  
1442 medicamentos de uso controlado/especiais;  
1443 ○ Nota fiscal do medicamento adquirido compatível com a prescrição apresentada.

1444 **Art. 133.** O Beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do  
1445 evento ou ao término do contrato, o que ocorrer antes.

1446 **Art. 134.** A CAAPSML poderá deduzir débitos existentes com créditos decorrentes de reembolso.  
1447

1448 **SEÇÃO VI**  
1449 **DOS REAJUSTES**

1450 **Art. 135.** Nos termos da lei, os valores das contribuições serão reajustados anualmente, no mês de  
1451 janeiro, com base em cálculo atuarial e, poderão ser revistos se houver:  
1452

- 1453 I - utilização comprovada acima da média normal;  
1454 II - acréscimos de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; e  
1455 III - aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o  
1456 equilíbrio econômico financeiro do contrato.  
1457

1458 **Art. 136.** Na ausência de cálculo atuarial, os valores das contribuições serão reajustados pela variação do  
1459 Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, ou outro que venha a substituí-lo.  
1460

1461 **Art. 137.** Os reajustes previstos nos arts. 135 e 136, desta Resolução, somente serão aplicados mediante  
1462 autorização do Conselho Administrativo.  
1463

1464 **Art. 138.** A aplicação do reajuste estabelecido será realizada na data do aniversário do contrato.  
1465  
1466  
1467

1468 **CAPÍTULO X**  
1469 **DOS VALORES PAGOS AOS PRESTADORES**

1470  
1471 **Art. 139.** Os valores a serem pagos aos prestadores obedecerão às Tabelas constantes do ANEXO II – DAS  
1472 COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES, desta Resolução.

1473  
1474 **Art. 140.** Os materiais especiais utilizados em ambiente hospitalar, em procedimentos de emergência ou  
1475 urgência, com valor unitário de até R\$1.000,00 (mil reais), poderão ser pagos pela CAAPSML diretamente  
1476 ao hospital em que forem utilizados.

1477  
1478 **Parágrafo Único.** A forma de pagamento de que trata este artigo só será aplicado aos materiais que não  
1479 constem em Ata de Registro de Preços da CAAPSML.

1480  
1481 **Art. 141.** Os valores constantes do ANEXO II – DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E  
1482 COPARTICIPAÇÕES, desta Resolução, poderão ser reajustados pelo **Índice de Preços ao Consumidor**  
1483 **Amplio – IPCA, acumulados no período de janeiro a dezembro, mediante autorização do Conselho**  
1484 **Administrativo da CAAPSML.**

1485 **§ 1º.** Os reajustes de valores de que trata o *caput* deste artigo bem como os decorrentes de atualização  
1486 das tabelas constantes nesta Resolução aplicadas pela CAAPSML serão implementados em 1º de abril.

1487 **§ 2º.** A implementação de que trata o parágrafo anterior dar-se-á nos pagamentos dos serviços  
1488 realizados no corrente exercício.

1489 **CAPÍTULO XI**  
1490 **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS**

1491 **SEÇÃO I**  
1492 **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

1493  
1494  
1495 **Art. 142.** Nenhuma prestação de serviços de Assistência à Saúde desenvolvida em prol dos beneficiários  
1496 será criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

1497  
1498  
1499 **Art. 143.** Os benefícios concedidos aos Beneficiários e os seus dependentes são inalienáveis, sendo nulas  
1500 de pleno direito a venda, a cessão ou a constituição de quaisquer ônus, bem como a outorga de poderes  
1501 irrevogáveis ou em causa própria para a respectiva percepção.

1502  
1503 **Art. 144.** A permanência no Plano e/ou recebimento dos serviços havidos, por fraude, dolo ou má-fé  
1504 implicará a perda das contribuições recolhidas, bem como a devolução pelo beneficiário ao Órgão de  
1505 Gerenciamento do total auferido, corrigido monetariamente, sem prejuízo da sanção legal cabível e  
1506 quando se tratar de servidor, sem prejuízo das penalidades funcionais aplicáveis.

1507 **§1º** Comprovada a fraude, dolo ou má-fé do Beneficiário ou de seus dependentes, o contrato de que trata  
1508 esta Resolução será rescindido pela CAAPSML.

1509 **§2º** O titular é responsável pelos danos causados ao Plano de Saúde decorrentes de seus atos ou de seus  
1510 dependentes.

1511  
1512 **Art. 145.** Para a fixação do valor dos serviços a fração em moeda poderá ser arredondada para a unidade  
1513 imediatamente superior.

1514  
1515 **Art. 146.** Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Administrativo da Autarquia, observados os  
1516 princípios básicos do Plano de Seguridade Social do Servidor, estabelecidos em lei.

1517 **SEÇÃO II**  
1518 **DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

1519  
1520  
1521 **Art. 147.** Os serviços de Emergências Médicas que o Órgão Gerenciador vem oferecendo aos Beneficiários  
1522 do Plano de Saúde, não integrante da assistência contratada pelos servidores, será ofertado enquanto  
1523 durar o contrato de prestação de serviços com a empresa contratada para este fim.  
1524

1525 Art. 148. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas todas as disposições em  
1526 contrário, em especial a Resolução n.º 148/2016.

1527 **ANEXO I**

1528 **VALORES DAS CONTRIBUIÇÕES**

1529 (REDAÇÃO APROVADA ATRAVÉS DA RESOLUÇÃO Nº 167 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2019)

1530 **TABELA DE FAIXA ETÁRIA TITULAR E DEPENDENTE DIRETO COM COPARTICIPAÇÃO**

1531

1532

1533

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	80,70
19 a 23 anos	88,30
24 a 28 anos	98,11
29 a 33 anos	145,56
34 a 38 anos	164,01
39 a 43 anos	173,46
44 a 48 anos	212,84
49 a 53 anos	231,07
54 a 58 anos	254,11
59 anos ou +	271,48

1534 **TABELA DE FAIXA ETÁRIA DEPENDENTE INDIRETO COM COPARTICIPAÇÃO**

1535

1536

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO
0 a 18 anos	232,82
19 a 23 anos	283,51
24 a 28 anos	323,58
29 a 33 anos	350,26
34 a 38 anos	398,07
39 a 43 anos	452,57
44 a 48 anos	539,73
49 a 53 anos	636,37
54 a 58 anos	905,69
59 anos ou +	1.197,22

1537 **ANEXO II**

1538 **DAS COBERTURAS, PRAZOS, CARÊNCIAS E COPARTICIPAÇÕES**

1539 **TABELA 01 - COBERTURA AMBULATORIAL**

1540

SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA
1.1 Consulta (Adulto e Pediátrica)	30 dias	30%	-
1.2 Consulta em Puericultura	30 dias	30%	01 atendimento a cada 60 dias
1.3 Consulta pré-natal pediátrica para gestante	300 dias	30%	01 por gestação
1.4 Ambulatório Interno CAAPSML - Consultas	30 dias	ISENTO	-
1.5 Ambulatório Interno CAAPSML - Fisioterapia	60 dias	ISENTO	Nos limites do Art. 84 desta Resolução
1.6 Procedimentos Ambulatoriais Cirúrgicos e/ou Invasivos	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
1.7 Procedimentos Clínicos Ambulatoriais	30 dias	30%	-
1.8 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos	-	-	-
1.8.1 Eletrofisiológicos / Mecânicos e Funcionais	60 dias	30%	02 (dois) no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
1.8.2 Endoscópicos	60 dias	30%	A partir do 3º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
1.8.3 Medicina Laboratorial	30 dias	30%	-

1.8.4	Medicina Transfusional	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
1.8.5	Genética	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
1.8.6	Anatomia Patológica e Citopatologia	30 dias	30%	-
1.8.7	Medicina Nuclear	180 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
1.8.8	Métodos Diagnósticos por Imagem	180 dias	30%	
1.8.9	Métodos Intervencionistas por Imagem	180 dias	30%	
1.8.10	Ultrassonografia	60 dias	30%	
1.8.11	Tomografia Computadorizada	180 dias	30%	
1.8.12	Ressonância Magnética	180 dias	30%	A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
1.8.13	Radioterapia	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
1.8.14	Exames Específicos	30 dias	30%	-
1.8.15	Testes e Diagnósticos	30 dias	30%	-
1.8.16	Outros (4.15.00.00-8)	30 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
1.09	Psicoterapia	60 dias	40%	8 sessões por período de 30 dias
1.10	Fonoaudiologia	60 dias	40%	8 sessões por período de 30 dias
1.11	Fisioterapia ou Hidroterapia	60 dias	40%	10 sessões por período de 30 dias
1.12	Acupuntura	60 dias	40%	10 sessões por período de 30 dias
1.13	Nutrição	60 dias	40%	02 sessões por período de 30 dias
1.14	Imobilização - Tala/Bota (Gessado)	30 dias	30%	-
1.15	Imobilização - Aparelho Gessado	30 dias	30%	-

1541

TABELA 02 - COBERTURAS ESPECÍFICAS - AMBULATORIAL				
SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA	
2.1	Angiografia Intervencionista	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.2	Angiografia Diagnóstica	180 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.3	Díalise Peritoneal	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.4	Eletrocardiografia (ECG)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.5	Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.6	Eletroencefalografia – EEG (de rotina)	30 dias	30%	1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML - A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.7	Escleroterapia	60 Dias	75%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.8	Hemodiálise	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.9	Medicina Transfusional	180 dias	ISENTO	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.11	Mapeamento Cerebral	180 dias	30%	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.12	Nefrolitotripsia Extracorpórea	180 dias	-	Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML - 02 (duas) aplicações no período de 365 dias – Isento de Coparticipação

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large signature at the top right and several smaller ones below it, some with dates like '2011'.

			A partir da 3ª aplicação – 30% de Coparticipação
2.13	Plasmofereze	180 dias	ISENTO
			Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.14	Prova de Função Pulmonar	30 dias	30%
			1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
			A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.15	Quimioterapia	180 dias	ISENTO
			Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.16	Radiologia Intervencionista	180 dias	ISENTO
			Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.17	Radioterapia	180 dias	ISENTO
			Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
2.18	Teste Ergométrico	30 dias	30%
			1º no período de 365 dias sem avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
			A partir do 2º somente mediante avaliação da Auditoria Médica do PAS CAAPSML
2.19	Tocardiografia	300 Dias	ISENTO
			01 (um) por gestação
2.20	Tratamento Antiangiogênico em oftalmologia	180 dias	40%
			Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML
			01 aplicação por olho no período de 30 dias
2.10	Videolaparoscopia (diagnóstica)	180 dias	30%
			Mediante avaliação e liberação da auditoria médica do PAS CAAPSML

1542

1543

TABELA 03 - COBERTURA ODONTOLÓGICA

SERVIÇOS	CARÊNCIAS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITES DE COBERTURA
3.1	Exames Clínicos Odontológicos (Adulto e Pediátrico)	180 dias	50%
3.2	Atendimento de Emergência (Adulto e Pediátrico)	180 dias	50%
3.3	Profilaxia	180 dias	50%
3.4	Profilaxia Pediátrica (com flúor)	180 dias	50%
3.5	Profilaxia Pediátrica (com selante)	180 dias	50%
3.6	Dentística	180 dias	50%
3.7	Dentística Pediátrica	180 dias	50%
3.8	Exodontia Simples	180 dias	50%
3.9	Exodontia Pediátrica Simples	180 dias	50%
3.10	Exodontia de Raiz Residual	180 dias	50%
3.11	Radiografias - Periapical ou Inter Proximal	180 dias	50%
3.12	Radiografias - Periapical ou Inter Proximal Pediátrica	180 dias	50%
3.13	Radiografias - Intra Oral Filme Oclusal	180 dias	50%
3.14	Perícia Inicial	180 dias	50%
3.15	Perícia Final	180 dias	50%

1544

1545

TABELA 04 - COBERTURA HOSPITALAR (Enfermaria 02 Leitos)

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

1546

1547



1548  
1549  
1550  
1551

**ANEXO III**  
**VALORES PAGOS AOS PRESTADORES**

<b>1. MEDICINA e HOSPITALAR</b>		
PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019	
1.1 Consultas Médicas realizadas em consultório e pronto-socorro	R\$ 90,82	
1.2 Perícia Médica de que tratam os arts. 16, §9º 54, §9º e art. 32, todos do Decreto Municipal nº 233/2012	R\$ 272,46	
1.3 Atendimento ambulatorial em puericultura	R\$ 127,15	
1.4 Portes dos Procedimentos Médicos definidos pelas Classificações Brasileiras Hierarquizadas de Procedimentos Médicos, exceto os serviços de anestesistas	vide CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflator de (-9,1755%))	
1.5 Portes dos Procedimentos Médicos de serviços de Anestesistas definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.	vide CBHPM2010	
1.6 Medicamentos e Soluções	Preço de Fábrica da Tabela BRASÍNDICE, com acréscimo de 10% sobre a coluna do índice de 18%	
1.7 Materiais	Preço de Fábrica da Tabela BRASÍNDICE, com decréscimo de 25% sobre a coluna do índice de 18%	
1.8 Unidade de Custo Operacional (UCO) definidos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	vide CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflator de (-9,1755%))	
1.9 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) definidos pela CBHPM, exceto os que estejam relacionados aos procedimentos que envolvam atos médicos, que seguirão os valores conforme item III desta Tabela.	vide CBHPM2010 (porte Outubro 2010 com Deflator de (-9,1755%))	
1.10 Filme Radiológico (m²)	R\$ 24,63	
1.11 Nefrolitotripsia Extracorpórea (por procedimento de aplicação)	R\$ 1.576,86	
1.12 Nefrolitotripsia Extracorpórea (por procedimento de reaplicação)	R\$ 761,72	
1.13 Tratamento Antiangiogênico em Oftalmologia	Código 30307147 (mat/med/taxas/aux)	
1.14 Taxas, Diárias e Equipamentos especiais, exceto Diárias Psiquiátricas	vide Tabela Hospitalar	
1.15 Taxas, Diárias e Equipamentos especiais, exceto Diárias Psiquiátricas, de instituições que não possuam avaliação UNIDAS	vide Tabela Hospitalar	
1.16 Diárias Psiquiátricas referentes à prestação de serviços de internação psiquiátrica	R\$ 251,08	
1.17 Diárias referentes ao acompanhamento familiar em caso de internação psiquiátrica	R\$ 222,54	
1.18 Dietas/Nutrição enteral ou parenteral e suplementos alimentares, já estão inclusos todos os custos extras que envolvem o processo de infusão das referidas dietas e suplementos alimentação, exceto a remuneração dos nutrólogos	Até 25% do valor da tabela BRASINDICE	
1.19 Refeições	R\$ 13,58	
<b>2. PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA e NUTRIÇÃO</b>		
PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019	
2.1 Primeira Avaliação	70% valor da consulta médica	
2.2 Sessão	50% do valor da primeira avaliação	
<b>3. FISIOTERAPIA</b>		
PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019	
3.1 Primeira avaliação na rede credenciada	11% do valor da consulta médica	
3.2 Primeira avaliação no Ambulatório da CAAPSM	50% do valor da sessão	
<b>4. ODONTOLOGIA - padrão TUSS</b>		
TUSS	PROCEDIMENTO	VALOR/TABELA à partir de 01/04/2019
8.10.00.030	Consulta odontológica	R\$ 17,02
8.10.00.049	Consulta odontológica da urgência	R\$ 17,02
8.10.00.065	Consulta odontológica inicial	R\$ 17,02
8.10.00.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de eu	R\$ 17,02
8.10.00.421	Radiografia periapical	R\$ 5,52
8.10.00.383	Radiografia oclusal	R\$ 10,74
8.40.00.198	Profilaxia: polimento coronário (por arcada)	R\$ 10,49
8.40.00.090	Aplicação tópica de flúor (duas arcadas)	R\$ 12,74
8.40.00.074	Aplicação de selante (por elemento)	R\$ 15,65
8.30.00.135	Restauração do lorômetro de vidro - I face	R\$ 28,04
8.30.00.089	Exodontia de dentes decíduos	R\$ 20,26
8.51.00.099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 22,32
8.51.00.102	Restauração de amálgama - 2 face	R\$ 27,46
8.51.00.110	Restauração de amálgama - 3 face	R\$ 31,66

*[Handwritten signatures and initials on the right margin of the table, including a large signature at the bottom right.]*

8.51.00.129	Restauração de amálgama - 4 face	R\$ 40,26
8.51.00.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	R\$ 25,47
8.51.00.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 face	R\$ 32,71
8.51.00.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 face	R\$ 35,27
8.52.00.085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 25,47
8.54.00.211	Núcleo de preenchimento	R\$ 25,60
8.20.00.875	Exodontia simples de permanente	R\$ 34,14
8.20.00.859	Exodontia de raiz residual	R\$ 34,14

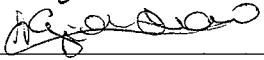
1552

1553 Encerre-se a reunião ficando a próxima reunião extraordinária programada para dia 05 de  
1554 fevereiro de 2020 às 08h00.

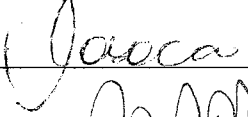
1555

1556 Rosangela Maria Cebulski 

1557

1558 Ana Cristina Pialarice Giordano 

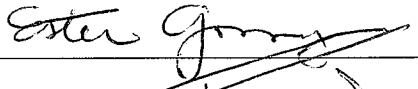
1559

1560 Carla Adriana Casaca 


1561

1562 Carla Adriana Bruna 

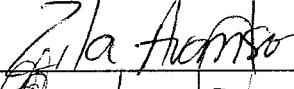
1563

1564 Ester Gomez Gonçalves 

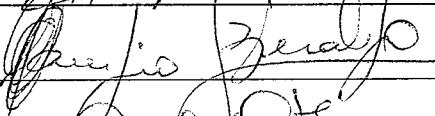
1565

1566 Maria Terezinha Punhagui de Carvalho 

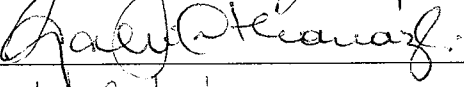
1567

1568 Zila Rosseto Avanso 

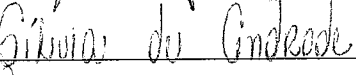
1569

1570 Cláudio Beraldo 

1571

1572 Gabriela Uchida Athanázio 

1573

1574 Silvia de Andrade 

1575

1576 Solange Magro 

1577