

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

BOLETIM DE SERVIÇO

Boletim de Serviço

Ano 10 n.º 10 - Especial Brasília-DF, 26 de março de 2002
Publicação semanal da CGRH/ SAA

CADERNO DE ATOS

SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA N.º 001, DE 26 DE MARÇO DE 2002 - O Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações, resolve:

Instituir, no âmbito do Ministério das Comunicações, as Normas de Adesão e Uso do Programa de Assistência à Saúde – Pró-Saúde, fazendo constar as seguintes modificações:

1. OBJETIVO

Instituir, no âmbito do Ministério das Comunicações, as Normas de Adesão e Uso do Programa de Assistência à Saúde - PRÓ-SAÚDE, em conformidade com as alterações exigidas para as novas modalidades de planos de assistência à saúde.

2. REFERÊNCIA NORMATIVA

Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990

Lei nº 8.971, de 29 de dezembro de 1994

Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas alterações
Decreto nº 2.383, de 12 de novembro de 1997

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os órgãos do Ministério das Comunicações, centralizados e descentralizados.

4. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NORMAS DE ADESÃO E USO

4.1. FINALIDADE

- 4.1.1. O Programa de Assistência à Saúde do Ministério das Comunicações - PRÓ-SAÚDE, tem por finalidade proporcionar a seus servidores ativos, inativos e respectivos dependentes, bem como a seus pensionistas, a assistência médica hospitalar, ambulatorial, farmacêutica, odontológica e psicológica, nos termos do presente Regulamento.
- 4.1.2. Os benefícios médicos prestados pelo Ministério das Comunicações, não excluem a utilização dos serviços proporcionados pela assistência médica pública.

4.2. OBJETO

- 4.2.1. A assistência à saúde será prestada por instituições especializadas da área médica, mediante contratação de empresa prestadora de serviços, com vistas a assegurar ao beneficiário, padrões adequados de atendimento.
- 4.2.2. A assistência à saúde compreende:
- 4.2.2.1. consultas especializadas;
- 4.2.2.2. exames e diagnósticos complementares;
- 4.2.2.3. meios especiais de tratamento :
- tratamento fisioterápico;
 - tratamento fonoaudiológico;
- 4.2.2.4. tratamento clínico e cirúrgico;
- 4.2.2.5. assistência e internação hospitalar.

4.3. BENEFICIÁRIOS

- 4.3.1. Os beneficiários do PRÓ-SAÚDE classificam-se em :
- 4.3.1.1. titulares
- 4.3.1.2. dependentes
- 4.3.1.3. pensionistas
- 4.3.2. São considerados beneficiários titulares:

4.3.2.1. Os servidores ativos e inativos do Ministério das Comunicações em todo o Território Nacional.

4.3.2.2. Os servidores contratados ou requisitados para o desempenho de funções de direção e assessoramento superiores do Ministério das Comunicações, desde que, comprovadamente, não usufruam o mesmo benefício em nenhum outro órgão da administração pública.

4.3.3. São considerados beneficiários dependentes:

4.3.3.1. Filho de qualquer condição, enteado, menor sob guarda, sob tutela e todas as demais formas legais, solteiros até 21 anos completos ou até 24 anos completos, se estiver, comprovadamente, estudando, não tendo economia própria, ou filho, comprovadamente inválido, solteiro, sem limite de idade.

4.3.3.2. Cônjuge ou companheira(o), mantida(o) há mais de 5 (cinco) anos (a existência de filho em comum supre a exigência do prazo mencionado), conforme Lei nº 8971, de 29/12/94, D.O.U de 30/12/94;

OBS.: Não será considerado dependente o ex-cônjuge, separado legalmente, ou mesmo não o sendo legalmente, ante a existência de companheiro(a).

4.3.3.3. Pai e mãe, sem economia própria, sem limite de idade, sem benefício equivalente e, comprovadamente, dependente do(a) filho(a), servidor(a) do Ministério das Comunicações.

4.3.3.4. Irmãos, comprovadamente inválidos, sem limite de idade, desde que os pais sejam dependentes econômicos do beneficiário titular.

4.3.4. São considerados beneficiários pensionistas, os dependentes de servidores falecidos, legalmente identificados no Ministério das Comunicações

4.3.5. É da responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à Coordenação Geral de Recursos Humanos, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência, devolvendo suas carteiras de identificação.

4.3.5.1. O não cumprimento das exigências estabelecidas no item 4.3.5, submeterá o beneficiário titular ao pagamento do valor integral cobrado pela contratada, no plano aderido, acrescido de 1% mensal de multa enquanto perdurar a irregularidade, descontado em folha de pagamento.

4.3.6. Para fins do PRÓ-SAÚDE, considera-se sem economia própria, aquele dependente que recebe pensão ou proventos de qualquer natureza, com valor inferior a 02 (dois) salários mínimos brutos.

- 4.3.7. A invalidez, comprovada por laudo médico, determina a dependência, desde que seja de caráter definitivo e permanente.
- 4.3.8. Os documentos comprobatórios de dependência estarão à disposição da CONTRATADA na sede do Ministério das Comunicações, à Esplanada dos Ministérios, bloco R, sala 301, Divisão de Benefícios.

4.4. INCLUSÃO, REINCLUSÃO E CARÊNCIAS

- 4.4.1. A inclusão do servidor no PRÓ-SAÚDE far-se-á a pedido do interessado, mediante manifestação expressa junto à Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH) do Ministério das Comunicações.
- 4.4.2. Os servidores ativos e inativos disporão do prazo de 90 (noventa) dias contados da contratação de operadora de serviços de assistência à saúde, para solicitarem a sua inclusão e de seus dependentes no PRÓ-SAÚDE, ficando, neste caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados.
- 4.4.3. Os servidores ativos, que vierem a entrar em exercício no Ministério das Comunicações após a data a que se refere o parágrafo anterior, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e a dos seus dependentes no PRÓ-SAÚDE, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.
- 4.4.4. A mudança do plano “padrão” para o “master” só será permitida na renovação do contrato.
- 4.4.5. A mudança do plano “master” para o “padrão”, será permitida a qualquer momento, desde que nenhum beneficiário do grupo familiar, tenha sofrido nenhuma internação nos últimos 180 (cento e oitenta) dias da formalização do pedido à CGRH.
- 4.4.6. Os servidores ativos, incluídos no PRÓ-SAÚDE, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, que implicará na exclusão também dos seus dependentes.
- 4.4.7. Os pensionistas do Ministério das Comunicações poderão ser incluídos no PRÓ-SAÚDE, sem direito à inclusão de qualquer tipo de dependentes, desde que paguem integralmente o valor do plano escolhido.
- 4.4.7.1. Os pensionistas que adquirirem essa condição após a data a que se refere o subitem 4.4.2, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data de habilitação, para solicitarem a sua inclusão no Pró-Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.
- 4.4.8. Os dependentes, que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor no PRÓ-SAÚDE, somente ficarão sujeitos aos eventuais períodos de carência ainda não cumpridos pelo servidor titular, salvo quanto à inclusão de filho recém nascido, filho natural e filho

adotivo, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento/adoção.

- 4.4.9. A reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor (ativo ou inativo) ou por pensionista, só poderá ocorrer após 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do pedido de exclusão, ficando sujeita às carências estabelecidas no item.
- 4.4.10. Não será permitido, num grupo familiar, a utilização de mais de um plano de assistência à saúde.
- 4.4.11. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos beneficiários do PRÓ-SAÚDE:
- A) Dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 4.4.2;
 - B) Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram 24 (vinte e quatro) horas após a solicitação formal de inclusão do usuário no PRÓ-SAÚDE à empresa contratada;
- 4.4.12. As carências para utilização dos beneficiários do PRÓ-SAÚDE serão, no máximo, as descritas abaixo:
- A) Consultas - 15 (quinze) dias;
 - B) Exames, tratamentos, internações hospitalares - 180 (cento e oitenta) dias após a inclusão no PRÓ-SAÚDE;
 - C) Partos a termo - 300 (trezentos) dias após a inclusão no PRÓ-SAÚDE.

4.5. DESLIGAMENTO

- 4.5.1. Cessará o direito, do beneficiário titular e de todos os beneficiários a ele vinculados, bem como dos pensionistas, de usufruírem do PRÓ-SAÚDE, a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à CONTRATADA, da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:
- 4.5.1.1. licenças e afastamentos sem remuneração;
 - 4.5.1.2. exoneração, demissão, transferência, dispensa, redistribuição, de acordo com a Lei nº 9.656/93, em seu artigo 30;
 - 4.5.1.3. cancelamento voluntário da inscrição e
 - 4.5.1.4. falecimento.
- 4.5.2 A exclusão do beneficiário de qualquer plano, somente será permitida após sua permanência por um período mínimo de 180 (cento e oitenta dias) no plano aderido, salvo nas situações previstas no item 4.5.1.1, 4.5.1.2 e 4.5.1.4.

4.6. CONTRIBUIÇÃO

- 4.6.1. O servidor e seus dependentes, que aderirem ao PRÓ-SAÚDE, contribuirão, mensalmente, mediante desconto efetuado em folha de pagamento, com valores diferenciados, estabelecidos pelo Ministério das Comunicações, de acordo com suas faixas etárias.
- 4.6.2. Os pensionistas que aderirem ao PRÓ-SAÚDE contribuirão, mensalmente, mediante desconto em folha de pagamento, com o valor integral cobrado pela empresa CONTRATADA, pelo plano de saúde escolhido.
- 4.6.3. Cada beneficiário (servidores ativos, inativos, seus dependentes, e pensionistas) contribuirá adicionalmente, também, de acordo com a utilização dos serviços, na forma a seguir:
- 4.6.3.1. A partir da décima terceira consulta efetuada, por beneficiário, em cada ano, contado a partir das datas de adesão a este programa, por consulta excedente, contribuirá com o preço dela na tabela da AMB.
- 4.6.3.2. Para cada exame acima do limite de 60 (sessenta) por ano, contribuirá, no mês de utilização, com o valor fixo de R\$ 30,00 (trinta reais).
- 4.6.3.3. Os descontos previstos no item 4.6.3 poderão ser parcelados e efetuados mensalmente, a critério da Coordenação - Geral de Recursos Humanos.

4.7. CARACTERÍSTICAS

4.7.1. NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS

4.7.1.1. Atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos Médicos, anexo à Resolução n.º 10, de 03/11/98, do Ministério da Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares, observadas as seguintes exigências:

- A) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré natal, na rede credenciada da CONTRATADA;
- B) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, com ou sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente;

- C) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
- hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - quimioterapia ambulatorial;
 - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de porte anestésico;
 - fonoaudiologia;
- D) Cobertura de psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de vigência de contrato, por usuário.
- E) Cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação, em conformidade com o item 4.7.5, desta Instrução Normativa.
- F) Cobertura de procedimentos de fonoaudiologia, com duração máxima de doze sessões por ano de contrato, por usuário.

4.7.2. NOS SERVIÇOS HOSPITALARES:

4.7.2.1. Atendimentos em unidades hospitalares, observadas as seguintes exigências:

- A) Cobertura de internações hospitalares, sem limitações de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo os procedimentos obstétricos, na rede credenciada da CONTRATADA;
- B) Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitações de prazo, valor máximo ou quantidade, a critério do médico assistente;
- C) Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- D) Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- E) Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional;

- F) Cobertura de despesas de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- F.1) para todos os acompanhantes de usuários do Plano Master, não previstos no item "F", fica garantida a disponibilidade de leito, sem os demais ônus para a CONTRATADA.
- G) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada, a nível de internação hospitalar:
- hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;
 - quimioterapia;
 - radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral ou enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações e radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - fisioterapia;
 - próteses intra-operatórias;
 - material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
 - transplantes de rins e córneas serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação exceto medicação de manutenção; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
 - procedimentos obstétricos.
 - Cirurgia plástica, reparadora, quando necessária à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico, após cumpridos os prazos de carências.
- H) Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- I) Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

4.7.3. NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA:

4.7.3.1. atendimentos de emergência e urgência nos seguintes casos:

- A) De emergência - quando implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- B) De urgência - assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

4.7.4. NOS ATENDIMENTOS PSIQUIÁTRICOS:

4.7.4.1. atendimentos psiquiátricos nas seguintes situações:

- A) Transtornos psiquiátricos em situação de crise- custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, por usuário, em hospital psiquiátrico, unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral;
- B) Intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização - custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, por usuário, em hospital geral;
- C) atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

4.7.5. NAS REMOÇÕES

4.7.5.1 Realização de remoções, observados os seguintes critérios:

- A) ser solicitada pelo médico assistente, através de relatório em que seja evidenciada a impossibilidade de locomoção do usuário;
- B) ser realizada de um estabelecimento médico - hospitalar, para outro com condições técnicas de prestar o atendimento necessário, limitada à distância máxima de 100 km;
- C) caso haja necessidade de UTI e/ou acompanhamento médico, o relatório de solicitação do serviço deverá conter tal especificação;
- D) ser destinada ao atendimento do usuário durante evento coberto, desde que cumpridas possíveis carências contratuais previstas no item 4.4.12.

4.7.6. NAS ACOMODAÇÕES

- 4.7.6.1. PLANO PADRÃO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, incluindo atendimento obstétrico, com acomodação em enfermaria.
- 4.7.6.2. PLANO MASTER - Plano Ambulatorial e Hospitalar, incluindo atendimento obstétrico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e com direito a leito para o acompanhante sem os demais ônus para o estabelecimento hospitalar, exceto no caso de acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos.
- 4.7.6.3. Quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o plano contratado pelo usuário, no estabelecimento da rede credenciada da CONTRATADA, fica garantido o acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional para o usuário.

4.7.7. NOS REEMBOLSOS DE DESPESAS

- A) Todos os reembolsos serão efetuados mediante depósito bancário em conta corrente do beneficiário titular.
- B) Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede credenciada da CONTRATADA, o reembolso das despesas efetuadas pelos usuários, será feito pela CONTRATADA de acordo com a tabela de preços praticada pela referida empresa, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento;
- C) Nos locais onde não exista rede credenciada pela CONTRATADA, em casos de internações hospitalares ou em situações que impeçam o atendimento por ela (greves, paralisações, etc...), o reembolso ao usuário será feito pela CONTRATADA, no valor de 3 (três) vezes a tabela de preços praticada pela referida empresa, no prazo máximo de 20 (vinte) dias consecutivos a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento;
- D) Nos locais onde não exista rede credenciada pela CONTRATADA, em casos de consultas ou exames, o reembolso das despesas comprovadas, ao usuário, será feito pela CONTRATADA, no valor de 2 (duas) vezes a tabela de preços praticada pela referida empresa, no prazo máximo de 20 (vinte) dias consecutivos a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento;
- E) Em todos os procedimentos cobertos pelo Pró-Saúde é facultada ao usuário a livre escolha de profissionais e prestadores de serviços, devendo, então, remunerá-lo diretamente e, posteriormente, mediante apresentação dos comprovantes do pagamento,

solicitar o reembolso à CONTRATADA, de acordo com a tabela de preços por ela praticada, devendo ser, o reembolso, efetuado no prazo máximo de 20 (vinte) dias.

- F) As despesas efetuadas pelos usuários do Pró-Saúde, com lentes para óculos, terão reembolso, limitado ao valor máximo de R\$ 70,00 (setenta reais) por ano e por usuário, mediante apresentação do comprovante de pagamento.

4.7.8. NÃO SÃO COBERTOS PELO PRÓ-SAÚDE:

- 4.7.8.1. Procedimentos médico-hospitalares ainda pendentes do cumprimento de carências, previstas no item 4.4.12, ressalvados os casos da cobertura de Emergência e Urgência de que trata o item 4.4.11, letra B;
- 4.7.8.2. Cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica, e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que tenha se manifestado anteriormente à vigência do Contrato.
- 4.7.8.3. Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como o fornecimento de aparelhos estéticos, órteses e próteses, e/ou aparelhos usados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico;
- 4.7.8.4. pagamento de armações para óculos;
- 4.7.8.5. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- 4.7.8.6. Atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.7.8.7. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- 4.7.8.8. Materiais e medicamentos não nacionalizados;
- 4.7.8.9. Transplantes de órgãos, exceto de rins e córneas;
- 4.7.8.10. Despesas de medicação com manutenção pós transplantes;
- 4.7.8.11. Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 4.7.8.12. Internações para check-up médico;

- 4.7.8.13. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, aluguel de televisão, refrigerantes, bebidas alcoólicas, lavagem de roupas, flores, gorjetas e indenizações ou destruição de objetos, bem como despesas com enfermagem particular, ainda que em hospital;
- 4.7.8.14. vacinas.
- 4.7.8.15. Curativos e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;
- 4.7.8.16. Aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de internação hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade;
- 4.7.8.17. Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; vasectomia com finalidade de anticoncepção; laqueadura e suas reversões, para fins anticonceptivos, bem como provas de paternidade;
- 4.7.8.18. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- 4.7.8.19. Remoções para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos não cobertos pelo Contrato;
- 4.7.8.20. Remoções por via aérea ou marítima;
- 4.7.8.21. Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos transplantados;
- 4.7.8.22. Psicologia;
- 4.7.8.23. Procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de acidente pessoal;
- 4.7.8.24. Acidente de trabalho e doenças profissionais;
- 4.7.8.25. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 4.7.8.26. Internações clínicas ou cirúrgicas e procedimentos de diagnose e terapia não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;

- 4.7.8.27. Check-up (ou seja, solicitação de exames sem que o beneficiário apresente doença ou sintoma), exceto os que sejam objeto de programação do Ministério das Comunicações;
- 4.7.8.28. Qualquer despesa com acompanhantes, exceto para os casos previstos no item 4.7.2.1, letra "F" deste documento;
- 4.7.8.29. Enfermagem particular seja em hospital ou residência, assistência médica domiciliar e consulta domiciliar, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários; exceto o previsto no item 4.8.6 (disposições gerais).
- 4.7.8.30. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Psicologia e Terapia Ocupacional;
- 4.7.8.31. Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos Médicos, para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data de realização do evento.

4.8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 4.8.1. As faixas etárias a seguir, serão obedecidas para estabelecimento dos valores a serem cobrados pela empresa contratada para a prestação dos serviços.
- até 17 anos
 - de 18 a 29 anos
 - de 30 a 39 anos
 - de 40 a 49 anos
 - de 50 a 59 anos
 - de 60 a 69 anos
 - acima de 70 anos
- 4.8.2. O servidor requisitado, ou contratado para o exercício de função de confiança que tenha qualquer vínculo com a Administração Pública, e desejar aderir ao PRÓ-SAÚDE, apresentará, juntamente com o formulário de adesão, cópia do último contracheque do órgão de origem e a comprovação de não usufruir do mesmo benefício no órgão com que tem vínculo. As alterações salariais que vierem a ocorrer posteriormente, serão formalmente comunicadas à Divisão de Benefícios/CGRH, responsabilizando-se por erros ou omissões decorrentes de falhas neste procedimento.
- 4.8.3. A CONTRATADA deverá disponibilizar aos usuários do Pró-Saúde, em 5 (cinco) dias úteis após ser firmado o contrato, os serviços de Discagem Direta Grátis (DDG 24 horas) com a finalidade de concessão, diretamente aos beneficiários, de autorizações para realização de todos os procedimentos previstos neste documento, além de informações relacionadas ao Plano de Saúde.

- 4.8.4. As exclusões de usuários do PRÓ-SAÚDE serão, tempestivamente, comunicadas, à CONTRATADA, pela CGRH/MC, devolvendo as carteiras de identificação de todos os usuários excluídos.
- 4.8.5. O servidor que pretender sua exclusão do PRÓ-SAÚDE deverá formalizar seu pedido junto à CGRH/MC devolvendo, no mesmo ato, a sua carteira de identificação e as de seus dependentes. Só após esse procedimento será, definitivamente, excluído do Pró-Saúde.
- 4.8.5.1 A eventual utilização dos serviços após a comunicação, pela CGRH, da exclusão de qualquer usuário, será de responsabilidade exclusiva da CONTRATADA.
- 4.8.5.2 A CONTRATADA deverá fornecer, aos usuários, a carteira de identificação, no prazo máximo de 20 (vinte) dias após a comunicação, de adesões ao Pró-Saúde, na qual conste o plano a que pertence o usuário e seu nome. A apresentação da carteira, acompanhada de documento de identidade, assegurará ao usuário o direito de utilização dos benefícios, aliadas à apresentação de prévia autorização, nos casos previstos no item 4.8.7. O não cumprimento do prazo estabelecido acima, acarretará multa, conforme previsto contratualmente.
- 4.8.6. A CONTRATADA deverá oferecer o tratamento em home care, indicado pelo médico assistente e com a concordância dos familiares.
- 4.8.7. Poderá ser exigida, pela CONTRATADA, prévia autorização para os procedimentos médicos / serviços auxiliares e exames complementares, a seguir descritos:
- Acupuntura
 - Angiografia
 - Angiografia Digital
 - Arteriografia
 - Audiometria
 - Bioimpedanciometria
 - Braquiterapia
 - Cardiotocografia
 - Cirurgia Ambulatorial com Porte Maior que Zero
 - Cirurgia de Refração em Oftalmologia
 - Cirurgias em Geral
 - Densitometria Óssea
 - Diálise (Peritonial)
 - Ecocardiografia
 - Eletrocardiografia Dinâmica (Holter)
 - Eletrococleografia
 - Eletromiografia
 - Eletroneurografia
 - Endoscopias Diagnósticas (Digestiva, Ginecológica, Respiratória e Urológica)

- Endoscopias Terapêuticas (Digestiva, Ginecológica, Respiratória e Urológica)
- Estudo Hemodinâmico
- Fisioterapia
- Fluoresceinografia
- Fonoaudiologia
- Hemodiálise
- Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia, Cateterismo Cardíaco)
- Hemofiltração
- Hemoterapia
- Home care
- Internação
- Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica
- Litotripsia
- Medicina Nuclear
- Monitoração de pressão intracraniana
- Neurofisiologia Clínica
- Neuroradiologia
- Oxigênio Terapia Hiperbárica
- Polissonografia
- Psicomotricidade
- Psicoterapia de Crise
- Quimioterapia
- Radiologia Intervencionista
- Radioterapia
- Remoção
- Ressonância Nuclear Magnética
- Teste de Função Pulmonar
- Tilt-tests
- Tomografia Computadorizada
- Transplantes de Rins e Córneas
- Ultrassonografia
- Video-Laparoscopia

4.8.8. Os casos de urgência e emergência deverão ser comunicados à CONTRATADA, em até 24 (vinte e quatro) horas após o início do atendimento, embora não necessitem de prévia autorização.

4.8.9. Considerar-se-á como data da implantação desta Instrução Normativa aquela que for estabelecida no contrato firmado com prestadora de serviços de saúde, para o período 2002/2003.

4.8.10. Esta Instrução Normativa revoga as anteriormente publicadas.

SÉRGIO R. SAAB, Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração - Substituto

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

MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES

Ministro de Estado

João Pimenta da Veiga Filho

Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração

Artur Nunes de Oliveira Filho

Coordenadora-Geral de Recursos Humanos

Zuleide Guerra Antunes Zerlotini

Coordenadora de Desenvolvimento e Benefícios

Jeuse Machado Viégas

Edição, Editoração Eletrônica e Filtragem de Dados

Miraceli Dantas Cruz

Revisão

Jeuse Machado Viégas

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

CEP 70044-900 - Brasília-DF

Telefone: (061) 311-6559 ou 311-6768

E-MAIL: boletim@mc.gov.br