

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA - PAMHO

Regulamento
Margem Esquerda



2019

Aprovado pela DET/GB/AD/0003/19, de 10.12.19

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 - QUALIFICAÇÃO	4
1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE AUTOGESTÃO	4
1.2. QUALIFICAÇÃO DA PATROCINADORA	4
1.3. QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR ODONTOLÓGICA - PAMHO	4
CAPÍTULO 2 - OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO	5
CAPÍTULO 3 - QUALIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E CONDIÇÕES PARA O PAMHO	6
CAPÍTULO 4 - CONDIÇÕES PARA CANCELAMENTO DO BENEFICIÁRIO NO PAMHO	10
CAPÍTULO 5 - RESCISÃO	13
CAPÍTULO 6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA	13
CAPÍTULO 7 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS PELO PAMHO	13
CAPÍTULO 8 - ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	14
8.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	14
8.2. REEMBOLSO	15
CAPÍTULO 9 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	17
9.1. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	17
9.2. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	19
9.3. REDE CREDENCIADA	20
9.4. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	23
CAPÍTULO 10 - FORMAÇÃO DE PREÇO	25
10.1. RESERVA, DOS FUNDOS E DAS PROVISÕES	26
CAPÍTULO 11 - COPARTICIPAÇÃO	26
CAPÍTULO 12 - FAIXAS ETÁRIAS	27
CAPÍTULO 13 - DISPOSIÇÕES GERAIS	27
13.1. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS	27
13.2. OBRIGAÇÕES DA ITAIPU	28
13.3. DISPOSIÇÕES FINAIS	29
CAPÍTULO 14 - DA ADMINISTRAÇÃO	29
ANEXO I - COBERTURA	30
1. COBERTURA AMBULATORIAL	30
2. COBERTURA HOSPITALAR (COM OBSTETRÍCIA)	33



3. COBERTURA ODONTOLÓGICA	37
3.1. IMPLANTES ODONTOLÓGICOS	37
3.2. PRÓTESES ODONTOLÓGICAS	38
3.3. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	39
4. COBERTURA DA SAÚDE MENTAL	39
5. COBERTURA DOS TRANSPLANTES DE ORGÃOS	40
6. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	41
7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	42
8. REMOÇÃO	42
ANEXO II - EXCLUSÕES DE COBERTURA	45
ANEXO III - DEFINIÇÃO DE TERMOS	48

CAPÍTULO 1 - QUALIFICAÇÃO

1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE AUTOGESTÃO

Art. 1º - ITAIPU, pessoa jurídica de entidade binacional emergente no campo do direito internacional público, constituída nos termos do artigo III do Tratado celebrado entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai, em 26 de abril de 1973, aprovado pelo Decreto Legislativo nº 23, de 30.05.1973, e promulgado pelo Decreto nº 72.707 de 28.08.1973, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 00.395.988/0001-35, operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão, patrocinada pela ITAIPU, sem mantenedor, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o nº. 366.234, com sede à Av. Presidente Tancredo Neves, 6731, município de Foz do Iguaçu e Estado do Paraná.

1.2. QUALIFICAÇÃO DA PATROCINADORA

Art. 2º - É patrocinadora do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica:

Razão Social: ITAIPU Binacional.

CNPJ: 00.395.988/0001-35.

Endereço: Av. Presidente Tancredo Neves, 6731.

Município: Foz do Iguaçu, PR.

1.3. QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR ODONTOLÓGICA - PAMHO

Art. 3º - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica, doravante designado **PAMHO**, é um plano de assistência à saúde, patrocinado e administrado pela ITAIPU, classificada na modalidade de autogestão, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o nº **416826997**, em **02/08/1999**.

§1º - A contratação do PAMHO é do tipo coletivo empresarial.

§2º - A segmentação assistencial do PAMHO é ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia.

§3º - A abrangência geográfica será na área em que a ITAIPU garante todas as coberturas de assistência à saúde ofertada pelo PAMHO aos seus beneficiários, em **âmbito nacional**, mediante atendimento em rede credenciada, contratada referenciada, inclusive convênio de reciprocidade ou mediante reembolso.

§4º - Quanto ao padrão de acomodação do PAMHO em internações hospitalares, ressalvadas as hipóteses de internações em UTI, será efetuado em **apartamento individual com banheiro privativo**, com direito a 01 (um) acompanhante, sem cobertura para a alimentação do acompanhante, salvo na hipótese do Art. 3, item V, do Anexo I deste regulamento.

- I. No caso de inexistência das acomodações previstas no *caput* deste artigo fica assegurada internação em acomodações superiores, se houver, sem custo adicional para o beneficiário, conforme estabelece o Art. 33 da Lei nº 9.656/98.
- II. Inexistindo acomodações com o perfil descrito no *caput*, ou outras de nível superior, e constatada situação de urgência e emergência, bem como qualquer outra que revele o risco à vida do beneficiário, a internação será realizada dentro das condições existentes, garantindo-se a transferência para aquela do nível descrito no *caput*, desde que atestado que a transferência não implicará em risco à vida e à saúde do beneficiário.
- III. Os beneficiários poderão optar por acomodações de nível superior ao previsto no *caput* deste artigo. Neste caso, ficarão obrigados a pagar diretamente aos médicos assistentes e anestesistas as diferenças de honorários médicos, e diretamente ao hospital, as diferenças com as despesas hospitalares.

CAPÍTULO 2 - OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO

Art. 4º - O PAMHO tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I do Art. 1º da Lei Federal nº 9656, de 3 de junho de 1998, visando à cobertura de serviços de assistência médica hospitalar e odontológica, do rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e com cobertura para as doenças descritas no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, aos seus beneficiários.

§1º - O PAMHO rege-se pelo presente regulamento, por instruções e outros atos que forem baixados pelos órgãos competentes de sua administração e pela legislação a ele aplicável, às normas estabelecidas pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, especialmente no que se refere a autogestões, e à legislação específica que vier a sucedê-la.

§2º - O beneficiário titular expressará pleno conhecimento e concordância deste regulamento, por meio de Termo de Adesão para Aceite e Concordância.

Art. 5º - O presente regulamento traça as diretrizes do PAMHO que, embora não exija pagamento de mensalidades, tem característica de contrato coletivo empresarial, revestindo-se, portanto, de bilateralidade, gerando direitos e obrigações para as

partes, nos termos e parâmetros das regras do Plano e em consonância com o seu equilíbrio financeiro/atuarial para sua sustentabilidade e manutenção de qualidade e abrangência.

CAPÍTULO 3 - QUALIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E CONDIÇÕES PARA O PAMHO

Art. 6º - São beneficiárias do PAMHO as pessoas vinculadas à ITAIPU ou à Fundação ITAIPU-BR de Previdência e Assistência Social - FIBRA, e classificam-se em:

§1º - Beneficiário titular:

- I. Conselheiro ou Diretor da ITAIPU,
- II. Empregado (a) da ITAIPU,
- III. Profissional do quadro transitório,
- IV. Requisitado (a),
- V. Empregado (a) da FIBRA - Fundação ITAIPU-BR,
- VI. Assistido (a) pela FIBRA

§2º - Beneficiário dependente:

- I. Cônjuge ou Companheiro (a),
- II. Filho (a),
- III. Enteado (a),
- IV. Tutelado (a),
- V. Menor sob guarda.

Art. 7º - A prova do vínculo do beneficiário titular com a ITAIPU ou Fundação ITAIPU-BR de Previdência e Assistência Social - FIBRA, se dará por:

- I. Conselheiro ou Diretor da ITAIPU: pela publicação do ato de nomeação no Diário Oficial da União;
- II. Empregado (a) da ITAIPU: pelo contrato de trabalho assinado pelo Diretor-Geral Brasileiro;
- III. Profissional do quadro transitório: pelo contrato de trabalho assinado pelo Diretor-Geral Brasileiro;

- IV. Requisitado (a): pelo documento oficial da requisição, na forma do Tratado de ITAIPU - anexo a, art. 27, assinado pelas autoridades competentes;
- V. Empregado (a) da FIBRA - Fundação ITAIPU-BR: pela correspondência formal da FIBRA comprovando o vínculo;
- VI. Assistido (a) da FIBRA: pela correspondência da FIBRA comunicando o acesso à suplementação de aposentadoria e comprovação, pela área de Recursos Humanos de ITAIPU ou FIBRA, conforme o caso, atestando tempo de serviço prestado igual ou superior a 10 anos; e, para os que venham a ingressar no quadro de ITAIPU ou FIBRA, a partir da vigência desse Regulamento. No caso de concessão de suplementação de aposentadoria por invalidez ou suplementação de pensão, será admitido a qualquer tempo; e
- VII. Na hipótese do Aposentado, Assistido da FIBRA, ter sido demitido por justa causa, independente da data da admissão, não fará jus ao PAMHO.

Art. 8º - A inclusão do beneficiário (a) titular ao PAMHO é automática e inerente a enquadramento no inciso II, do artigo 7º desse Regulamento, mas deverá ser formalizada mediante Termo de Adesão para Aceite e Concordância específico, que será oportunamente enviado pelas respectivas áreas de Recursos Humanos, firmado entre o beneficiário titular e a ITAIPU e/ou FIBRA, a partir da vigência desse Regulamento.

§1º - O Termo de Adesão para Aceite e Concordância a esse Regulamento pelo beneficiário titular é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados pelo PAMHO.

§2º - A adesão dos beneficiários dependentes está condicionada à adesão do beneficiário titular e sua manutenção no PAMHO.

§3º - O beneficiário titular é responsável pelos atos praticados por seus dependentes.

Art. 9º - A inscrição dos beneficiários dependentes é de competência do beneficiário titular e será realizada após o reconhecimento da ITAIPU da condição de beneficiário (a) dependente, comprovada pela apresentação de documentos expedidos pelos órgãos oficiais competentes e mediante novo termo de adesão para aquela situação específica, firmado entre o beneficiário titular e a ITAIPU.

§1º - A ITAIPU exigirá, para o reconhecimento da condição de beneficiário dependente, o atendimento pleno dos seguintes requisitos:

- I. **Cônjuge:** certidão de casamento.
- II. **Companheiro (a):** cópia da escritura pública de união estável e da seguinte documentação do (a) beneficiário (a) titular e do (a) companheiro (a):
 - a. Para solteiro (a): certidão de nascimento.

- b. Para divorciado (a): cópia da certidão de casamento com averbação do divórcio.
- c. Para viúvo (a): certidão de óbito do cônjuge ou certidão de casamento averbada com o óbito.
- III. **Filho (a):** cópia da certidão de nascimento. O filho até completar 25 anos não poderá ter sido ou estar casado ou em união estável e o beneficiário titular assinará uma declaração firmando o estado civil; não ser emancipado (a) e não exercer função pública.
- IV. **Filho (a) incapacitado (a) / inválido (a):** cópia da certidão de nascimento não ter sido ou estar casado ou estar em união estável; não ser emancipado (a); não exercer função pública; perícia médica perante o órgão oficial competente com relatório do médico assistente e parecer favorável da junta médica indicada pela ITAIPU e coordenada pelo (a) médico (a) supervisor (a) técnico (a) da ITAIPU, onde a condição de inválido (a) do (a) é definida por um quadro clínico que inviabilize de forma irreversível o exercício de suas relações autonômicas, com necessidade de auxílio de recursos humanos para as atividades da vida diária.
- V. **Enteado (a):** ter pai ou mãe cônjuge ou companheiro (a) do beneficiário (a) titular na condição de dependente no PAMHO, cópia da certidão de nascimento, 25 anos incompletos; não estar casado ou em união estável; não ser emancipado (a); não exercer função pública; comprovar dependência econômica com o beneficiário titular por meio da declaração de imposto de renda à Receita Federal.
- VI. **Enteado (a) incapacitado (a) / inválido (a):** ter pai ou mãe cônjuge ou companheiro (a) do beneficiário (a) titular na condição de dependente no PAMHO; cópia da certidão de nascimento; não ter sido ou estar casado ou em união estável; não ser emancipado (a); não exercer função pública; comprovar dependência econômica com o beneficiário titular por meio da declaração de imposto de renda à receita federal; perícia médica emitida pelo órgão oficial competente; relatório do médico assistente e parecer favorável da junta médica, indicada pela ITAIPU e coordenada pelo (a) médico (a) supervisor (a) técnico (a) da ITAIPU, onde a condição de inválido (a) do (a) dependente é definida por um quadro clínico que inviabilize de forma irreversível o exercício de suas relações autonômicas, com necessidade de auxílio de recursos humanos para as atividades da vida diária.
- VII. **Tutelado (a):** cópia do termo de tutela, cópia da certidão de nascimento atualizada, 18 anos incompletos e não ter sido ou estar casado ou em união estável.
- VIII. **Menor sob guarda:** cópia do termo de guarda do menor, emitido pelo juizado competente, certidão de nascimento, não estar casado ou em união estável, não ser emancipado (a), comprovar dependência econômica com o beneficiário titular por meio da declaração de imposto de renda à Receita Federal e:
- a. Que tenha seu pai e/ou mãe em uma das seguintes condições:
- Falecido (a).



- Condenado (a), em decisão transitada em julgado, a cumprir pena de prisão em regime fechado, comprovada por sentença judicial, enquanto perdurar a pena.
- Perdido o poder familiar por decisão judicial, enquanto vigente esta decisão.

II. Quando se tratar de processo de adoção:

- a. Termo provisório de guarda de menor para fins de adoção;
- b. Cópia da certidão de nascimento;
- c. Quando se tratar de termo provisório de guarda para fins de adoção, a condição de beneficiário se manterá pelo prazo estipulado no termo; e
- d. Deverá ser apresentada a certidão de nascimento com o registro de filho (a) em até 12 meses da data de inclusão do (a) beneficiário (a).

§2º - Quando houver dependente comum entre beneficiários titulares, a opção de dependência para o PAMHO deverá ser formalizada, mediante declaração assinada pelos beneficiários titulares. Em nenhuma hipótese será permitido o acúmulo de gozo de benefícios.

§3º - A critério da ITAIPU, poderão ser exigidos procedimentos complementares, com vistas à comprovação de informações sobre o beneficiário dependente, que podem resultar no indeferimento do pedido ou posterior cancelamento do reconhecimento.

Art. 10º - Em nenhuma hipótese a ITAIPU incluirá o (a) companheiro (a) enquanto não houver a apresentação do divórcio averbado com data de até 30 (trinta) dias do pedido de inclusão, independentemente de haver exclusão de cônjuge ou companheira atual.

Art. 11º - A data de início do benefício corresponde à data de apresentação de todos os documentos exigidos, desde que atendam aos requisitos desse regulamento.

§1º - O filho recém-nascido de parto coberto pela ITAIPU esta apto a receber toda a cobertura prevista nesse PAMHO desde a data do nascimento.

Art. 12º - O beneficiário titular é o responsável pela entrega do cartão de identificação do PAMHO, a seus dependentes, bem como dar-lhes ciência das regras definidas neste regulamento.

CAPÍTULO 4 - CONDIÇÕES PARA CANCELAMENTO DO BENEFICIÁRIO NO PAMHO

Art. 13º - Cancelamento da condição de beneficiário titular no PAMHO ocorrerá nas seguintes circunstâncias:

- I. Falecimento;
- II. Assistido (a) pela FIBRA que tiver sua suplementação cancelada ou suspensa, após transcorrido o período de até 24 meses contados a partir da data do cancelamento ou suspensão. Esta condição será aplicada a todos os seus beneficiários dependentes no PAMHO enquanto perdurar essa situação;
- III. Conselheiro ou Diretor da ITAIPU: pela publicação do ato de exoneração ou substituição no Diário Oficial da União;
- IV. Empregado (a) da ITAIPU: por rescisão do contrato de trabalho com a ITAIPU;
- V. Profissional do quadro transitório: pela publicação no Diário Oficial da União do ato de exoneração do Diretor ao qual está vinculado e / ou rescisão do contrato de trabalho com a ITAIPU;
- VI. Requisitado (a): pela devolução ao órgão de origem; e
- VII. Empregado (a) da FIBRA - Fundação ITAIPU-BR: por rescisão do contrato de trabalho com a FIBRA.

Art. 14º - Cancelamento da condição de beneficiário dependente no PAMHO será automático nas seguintes circunstâncias:

- I. Manifestação formal do (a) beneficiário (a) titular pela exclusão;
- II. Vencido o período de 24 meses após cancelamento ou suspensão do benefício na FIBRA; e
- III. Vencido o período de 24 meses após o falecimento do (a) beneficiário (a) titular, sem o acesso à suplementação de pensão na FIBRA.

Art. 15º - Perderá a condição de beneficiário dependente também nas seguintes hipóteses:

- I. Cônjuge:
 - a. expedição da decisão judicial de ação de alimentos;
 - b. separação; e

c. divórcio ou de escritura pública.

II. Companheiro (a):

a. expedição da decisão judicial de ação de alimentos ou documento de dissolução da união estável.

III. Filho (a):

a. casamento ou união estável;

b. exercer função pública;

c. ser emancipado (a); e

d. a partir do dia em que completar 25 anos de idade.

IV. Filho (a) incapacitado (a) ou inválido (a):

a. casamento ou união estável;

b. exercer função pública;

c. ser emancipado (a);

d. vencido o período de 180 dias após comunicado o parecer desfavorável da junta médica para situação de invalidez e ter idade igual ou superior a 25 anos.

V. Enteado (a):

a. a partir do dia em que completar 25 anos de idade;

b. casamento ou união estável;

c. exercer função pública;

d. ser emancipado (a);

e. vencido o período de 12 meses do falecimento do pai ou mãe que mantinha vínculo com o (a) beneficiário titular caso não apresente documento comprobatório emitido por órgão competente para demonstrar o requerimento judicial de guarda ou adoção; e

f. por divórcio, separação ou dissolução da união estável entre seu pai ou mãe que mantinha vínculo com o (a) beneficiário (a) titular, observados os demais requisitos.

VI. Enteado (a) incapacitado (a) ou inválido (a):

a. casamento ou união estável;

b. exercer função pública;

c. ser emancipado (a);

d. vencido o período de 12 meses dias do falecimento do pai ou mãe que mantinha vínculo com o (a) beneficiário titular caso não apresente documento comprobatório emitido por órgão competente para demonstrar o requerimento judicial de guarda ou adoção;

- e. por divórcio, separação ou dissolução da união estável entre seu pai ou mãe que mantinha vínculo com o (a) beneficiário (a) titular, observados os demais requisitos; e
- f. vencido o período de 180 dias após comunicado o parecer desfavorável da junta médica para situação de invalidez e ter idade igual ou superior a 25 anos.

VII. Menor sob guarda:

- a. quando se tratar de termo provisório de guarda para fins de adoção, a condição de beneficiário se manterá pelo prazo estipulado no termo;
- b. não apresentação da certidão de nascimento com o registro de filho (a) após 12 meses da data de inclusão do (a) beneficiário (a);
- c. casamento ou união estável;
- d. exercer função pública;
- e. ser emancipado (a); e
- f. por anulação da guarda.

VIII. Tutelado (a):

- a. por revogação da tutela;
- b. completar 18 anos;
- c. casamento ou união estável;
- d. exercer função pública; e
- e. ser emancipado (a).

- IX. Recém-nascido filho (a) biológico (a) do (a) beneficiário (a) dependente:** durante os primeiros trinta dias após o nascimento, e se estiver internado, até a alta hospitalar. Nessa hipótese o beneficiário titular não poderá exercer seu direito potestativo de solicitar a exclusão a qualquer tempo.

Art. 16º - A ITAIPU, a qualquer momento, poderá realizar atualização dos dados cadastrais dos (as) beneficiários (as), solicitando documentos comprobatórios e/ou podendo realizar visitas domiciliares sem prévio aviso.

Parágrafo Único - A não apresentação da documentação solicitada pela ITAIPU no prazo estabelecido implicará em suspensão do(s) benefício(s) e débito ao (à) beneficiário (a) titular das despesas realizadas entre o fim do prazo e o cumprimento da exigência.

Art. 17º - A ITAIPU adotará as providências necessárias junto ao beneficiário titular para o ressarcimento das despesas vencidas e ou vincendas, decorrentes do uso do plano de saúde por parte do (a) beneficiário (a), após a perda da condição de beneficiário.

Art. 18º - Quando constatado indício de irregularidade ou infração de qualquer regra estabelecida neste regulamento pelo beneficiário, ITAIPU instaurará sindicância interna e, se for a hipótese, também procedimento administrativo perante a ANS.

§1º - Nos casos devidamente apurados e comprovados de irregularidade, a ITAIPU poderá:

- I. Promover o cancelamento definitivo do direito de usufruir do PAMHO.
- II. Aplicar, conforme previsto no Regulamento de Pessoal, medida disciplinar e sanção ao beneficiário titular, empregado da ITAIPU.
- III. Tomar as providências administrativas e/ou judiciais para o pleno ressarcimento dos valores decorrentes da utilização indevida do PAMHO.

§2º - Na hipótese de Assistido ou de empregado da FIBRA haverá igualmente a apuração dos fatos, garantidos os direitos a ampla defesa e ao contraditório, e caso comprovada a irregularidade a ITAIPU tomará as medidas necessárias para o ressarcimento dos prejuízos, inclusive o cancelamento do PAMHO.

CAPÍTULO 5 - RESCISÃO

Art. 19º - A ITAIPU poderá encerrar a operação do PAMHO quando houver decisão da Diretoria Executiva nesse sentido.

CAPÍTULO 6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 20º - Na adesão ao Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - não serão aplicadas carências ou quaisquer restrições relativas a doenças ou lesões pré-existentes.

CAPÍTULO 7 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS PELO PAMHO

Art. 21º - O PAMHO assegurará aos beneficiários os eventos assistenciais, respeitadas as coberturas e exclusões estabelecidas no Anexo I e no Anexo II deste Regulamento, incluindo-se os procedimentos ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares, e odontológicos do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aplicando-se, ainda, as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT) estabelecidas nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§1º - O atendimento será assegurado para os beneficiários, independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitada a área de abrangência do PAMHO, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada estabelecidas neste Regulamento e nas normas da ITAIPU, relativas ao plano de saúde.

§2º - Eventuais alterações, inclusões ou exclusões do rol de procedimentos assegurados no *caput*, pela clara natureza de atualização, poderão ser realizadas no Anexo I e no Anexo II, diretamente pela Área Administrativa por meio de Determinação (DET).

CAPÍTULO 8 - ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

8.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Art. 22º - Os serviços constantes deste Regulamento serão prestados por:

- I. Rede credenciada ou referenciada por convênio de reciprocidade ou operadora contratada;
- II. Livre escolha, mediante reembolso.

Parágrafo Único - Para que ocorra o reembolso, o prestador do atendimento não poderá ser credenciado da ITAIPU.

Art. 23º - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços prestados em desacordo com

as normas constantes neste Regulamento, nem pelo atendimento a pessoas nele não inscritas.

8.2. REEMBOLSO

Art. 24º - Os beneficiários que se valerem de serviços cobertos pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, prestados por profissionais ou empresas fora do quadro de credenciados do PAMHO - pagarão diretamente a quem lhe prestar os serviços e terão direito a requerer o reembolso das despesas efetuadas, conforme as tabelas de serviços "Tabela de Honorários e Procedimentos da Área Médica da ITAIPU" e "Tabela de Serviços ou Procedimentos Odontológicos da ITAIPU", vigentes e obedecidos os percentuais de coparticipação nos eventos, quando houver, independentemente do valor pago pelo beneficiário.

§1º - A solicitação de reembolso, por meio do sistema de livre escolha, prevê a análise técnica posterior à realização do serviço, não gerando desta forma a garantia de sua cobertura.

§2º - A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do beneficiário.

§3º - Nas solicitações de reembolso aplicam-se, igualmente, as coberturas, exclusões, exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados, definidas neste Regulamento.

§4º - Não serão reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, definidos neste regulamento.

§5º - Não serão reembolsadas despesas de odontologia realizadas nas cidades de Foz do Iguaçu-PR e em Curitiba-PR.

Art. 25º - A cobertura ao reembolso está condicionada ao aceite da justificativa médica ou odontológica.

Parágrafo Único - No caso de divergência médica ou odontológica a respeito do procedimento realizado, poderá ser formada junta especializada, constituída pelo profissional solicitante, por profissional da ITAIPU, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

Art. 26º - O valor do reembolso corresponderá ao valor definido pela ITAIPU sobre o valor do procedimento, com base nas tabelas utilizadas para pagamento dos serviços e procedimentos realizados junto à rede credenciada, independente da localidade.

§1º - As referidas tabelas somente serão aplicáveis para aqueles procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos cobertos pela ITAIPU.

§2º - O reembolso será efetuado em folha de pagamento (empregados) ou folha de suplementação de aposentadoria nos casos dos aposentados e pensionistas da FIBRA.

§3º - No caso de indeferimento total da solicitação de reembolso, o beneficiário será informado e receberá a devolução dos documentos. Em caso de indeferimento parcial, não haverá a referida devolução, somente a informação.

§4º - Para efeito do cálculo do reembolso, prevalecerá a data do recibo ou da nota fiscal.

Art. 27º - A prerrogativa ao processamento do reembolso referente a honorários de profissionais não credenciados com a ITAIPU, cuja internação tenha sido realizada na rede credenciada, de reciprocidade ou de operadora contratada, está condicionada ao recebimento da fatura hospitalar para a verificação do serviço prestado.

Art. 28º - O pedido de reembolso deverá ser feito até o prazo de noventa dias após a realização do procedimento, acompanhado da documentação probatória, exclusivamente de vias originais, que deverão obedecer aos seguintes requisitos:

I. **Prestador - pessoa física:** nota fiscal ou recibo do profissional contendo nome completo, assinatura, número do registro no respectivo conselho regional e número do Cadastro de Pessoa Física - CPF.

II. **Prestador - pessoa jurídica:** nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ, nome do paciente, descrição do atendimento ou serviço prestado, data ou período da prestação do serviço, data do documento.

§1º - Em ambos os casos deverá ser discriminado cada procedimento ou atendimento (preferencialmente com seu respectivo código TUSS), número de atendimentos realizados, pedido médico, laudo do profissional que assiste ao beneficiário, o valor do procedimento, data do procedimento - quando diferente da data da emissão do documento fiscal, carimbo legível e assinatura do profissional.

§2º - No caso de contas hospitalares, o beneficiário deverá encaminhar à ITAIPU laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverá ainda ser encaminhado o descritivo detalhado da fatura contendo todas as despesas realizadas (preferencialmente com seu respectivo código TUSS) e preços unitários, bem como relatório justificando os casos de urgência e emergência, quando se aplicar.

Art. 29º - Não serão reembolsadas as despesas cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora do prazo e em desacordo com este Regulamento.

Art. 30º - Não serão reembolsadas as despesas em desacordo com as coberturas contratuais deste Regulamento, acrescido das seguintes exclusões:

- I. Fisioterapia, sem indicação médica e nos casos de patologias crônicas, sem laudo técnico após o período de cada 12 meses.
- II. Exames complementares radiológicos ultrassonográficos, laboratoriais e outros, realizado sem indicação de médico ou cirurgião dentista, respeitadas a sua respectiva área de atuação.
- III. Sessões de acupuntura sem indicação médica ou odontológica, que não sejam realizadas por médicos, bem como as que ultrapassem 5 (cinco) sessões mensais e que estejam fora dos protocolos de indicações.

CAPÍTULO 9 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 31º - Os serviços elencados neste Regulamento podem depender de prévia autorização e, em alguns casos, de parecer de médico ou dentista designado pela ITAIPU, quando se tratar dos seguintes eventos médicos ou odontológicos:

- I. Internações em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- II. Todos os procedimentos do segmento médico-hospitalar com obstetrícia que necessitem de liberação prévia e/ou perícia prévia presencial ou documental de acordo com as normas internas da ITAIPU e constantes na “Tabela Médica ITAIPU”.
- III. Todos os procedimentos do segmento odontológico que necessitem de avaliação técnica inicial presencial ou documental de acordo com as normas internas da ITAIPU e constantes da “Tabela de Serviços ou Procedimentos Odontológicos - Plano de Saúde ITAIPU”.
- IV. Todos os procedimentos a critério da ITAIPU, considerados de alto custo, previamente divulgados aos beneficiários e prestadores.
- V. Técnicas inovadoras.

Art. 32º - Os procedimentos que dependem de autorização prévia descritos na “Tabela Médica ITAIPU” e “Tabela de Serviços ou Procedimentos Odontológicos - Plano de Saúde ITAIPU”, estão disponíveis no portal da ITAIPU:

§1º - As guias com autorizações para os eventos em saúde tem validade de:

- I. 30 dias para guias de consulta;
- II. 60 dias para Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- III. 90 dias para Internações; e
- IV. 60 dias para Odontologia.

§2º - Toda internação eletiva deverá ser autorizada previamente.

§3º - A ITAIPU poderá solicitar, a qualquer momento, diretamente a seus credenciados ou profissionais e entidades prestadoras de serviços que tenham assistido ao beneficiário do plano, todas as informações que julgar necessárias para elucidação de assuntos relacionados aos procedimentos realizados, nos limites da privacidade e da ética profissional.

Art. 33º - Para procedimentos a serem realizados na rede credenciada, a solicitação de autorização prévia é responsabilidade do prestador de serviço executante, via sistema informatizado disponibilizado pela ITAIPU. A autorização para os procedimentos será fornecida quando acompanhada de documentos exigidos pela ITAIPU.

§1º - No caso de procedimento que necessite de relatório médico conforme definido na Tabela Médica da ITAIPU, a solicitação de autorização prévia deverá conter:

- I. Justificativa médica, firmado em papel timbrado, ou carimbado, com nome do médico e número do registro no Conselho Regional de Medicina, contendo o diagnóstico da enfermidade, seu respectivo código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS e tipo de tratamento especializado; e
- II. Em alguns casos deverão ser apresentados Laudos de Exames de Diagnóstico e Terapias.

§2º - Nos casos de internação, deverá ser encaminhado o laudo médico com indicação da intervenção, previsão de dias de internação, carimbo legível e assinatura do médico, podendo a ITAIPU, a seu critério, solicitar o comparecimento do beneficiário para submeter-se à perícia médica do PAMHO.

§3º - Nos tratamentos fisioterápicos e terapias, a solicitação deverá ser acompanhada de justificativa do profissional médico solicitante, com indicação do diagnóstico, carimbo legível e assinatura do profissional, natureza, duração do tratamento e número de aplicações ou sessões.

Art. 34º - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização, devendo o laudo médico ser preenchido posteriormente. Caberá ao prestador credenciado fazer a solicitação retroativa via sistema.

Art. 35º - A ITAIPU poderá, a seu critério e a qualquer tempo, submeter à perícia, sindicância e averiguação, todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO.

Art. 36º - No caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, poderá ser formada junta especializada, constituída pelo profissional solicitante, por profissional da ITAIPU, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados para resolução do impasse.

Parágrafo Único - Após a análise da junta médica, fica reservado à ITAIPU o direito de recusar atendimento aos pedidos considerados abusivos, desnecessários ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

Art. 37º - Para as coberturas de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos serão adotados os seguintes critérios:

- I. Cabe ao médico ou ao cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais - OPME - necessários à execução dos procedimentos, de acordo com as coberturas definidas neste Regulamento; e
- II. O médico ou cirurgião dentista assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

9.2. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 38º - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento é indispensável à identificação do beneficiário na rede credenciada, por meio do cartão de identificação do PAMHO, junto com um documento oficial de identificação com foto.

§1º - O cartão de identificação do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, será emitido pela Divisão de Administração de Benefícios.

§2º - O cartão do PAMHO é pessoal, de uso restrito e intransferível, sendo aplicáveis as penalidades decorrentes da sua utilização indevida.

§3º - A perda, extravio, roubo ou furto do cartão de identificação do PAMHO deverá ser comunicada pelo beneficiário titular imediatamente à ITAIPU, sob pena de ressarcimento das despesas pelo uso indevido.

§4º - A emissão da 2ª via do cartão de identificação de beneficiário será feita mediante solicitação do beneficiário titular.

§5º - É obrigatória a devolução do cartão PAMHO por ocasião do cancelamento ou suspensão.

§6º - É obrigatório que o beneficiário titular mantenha os seus dados cadastrais e de seus dependentes atualizados perante a ITAIPU.

9.3. REDE CREDENCIADA

Art. 39º - A rede credenciada será disponibilizada ao usuário no Portal da ITAIPU disponível em <http://www.itaipu.gov.br>, estando também disponível para consulta presencial nos Escritórios da ITAIPU.

Parágrafo Único - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, respeitadas as normas editadas pela ANS no que se refere à alteração da rede hospitalar.

Art. 40º - O atendimento por meio da rede credenciada será feito mediante a apresentação da carteira de identificação do PAMHO, acompanhada de um documento oficial de identificação do beneficiário.

§1º - No ato do atendimento ou anterior a ele, por responsabilidade do prestador de serviços credenciado, será emitida uma guia, gerada diretamente pelo sistema informatizado fornecido pela ITAIPU, no padrão para Troca de Informações de Saúde Suplementar - TISS com todos os dados completos.

§2º - A guia de atendimento deverá ser conferida e assinada pelo beneficiário, com ressalva de qualquer emenda ou rasura, importando sua assinatura em:

- I. Concordância com os dados transcritos, inclusive quanto à quantidade e natureza dos serviços prestados; e
- II. Autorização para cobrança do valor da coparticipação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime.

§3º - A cobertura da rede credenciada está limitada à área de cobertura da abrangência geográfica do PAMHO.

§4º - Para os serviços prestados pela rede credenciada ou referenciada por convênio de reciprocidade e operadora contratada, a ITAIPU efetuará os respectivos pagamentos às operadoras de reciprocidade ou contratada.

Art. 41º - A ITAIPU reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer prestador de sua rede credenciada, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Art. 42º - É facultada à ITAIPU a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários, respeitando a Lei 9.656/98 e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com 30 (trinta dias) de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17 e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

§1º - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o *caput* deste artigo ocorrer por decisão da ITAIPU, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e a ITAIPU, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§2º - Excetua-se do previsto no parágrafo anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação ou tratamento, quando a ITAIPU arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Art. 43º - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a ITAIPU deverá solicitar autorização expressa à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, informando:

- I. Nome do estabelecimento a ser excluído;
- II. Capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III. Impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
- IV. Justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o beneficiário.

Art. 44º - Em caso de redimensionamento da rede de prestadores não hospitalar por redução, a ITAIPU deverá solicitar autorização expressa à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de acordo com a legislação vigente.

Art. 45º - A ITAIPU poderá realizar a exclusão de prestador não hospitalar da rede assistencial do plano de saúde sem substituição, nas seguintes situações:

- I. Rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado;
- II. Ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes; e
- III. Quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária, por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do beneficiário.

Art. 46º - O beneficiário, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora de plano de saúde.

Art. 47º - As consultas e procedimentos deverão ser agendados diretamente pelos beneficiários junto à rede credenciada ou referenciada.

Parágrafo Único - Na odontologia considera-se reconsulta, quando o beneficiário retornar ao mesmo cirurgião dentista em período de até 180 (cento e oitenta) dias após a última consulta inicial, salvo nas situações previamente solicitadas, justificadas e autorizadas pela ITAIPU, para tratamentos que requeiram a consulta odontológica em tempo menor.

Art. 48º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender as necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de sessenta anos de idade, os portadores de necessidades especiais, as gestantes, lactantes e crianças até cinco anos.

§1º - É de responsabilidade do prestador de serviço manter os dados cadastrais atualizados, sendo parte destas informações disponibilizadas para os beneficiários, por meio de divulgação eletrônica.

§2º - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede credenciada ou referenciada, ou ainda contratada da ITAIPU, conforme estabelece o artigo 12, I, "b", da Lei nº 9.656, combinado com o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98, observada a cobertura contratada.



Art. 49º - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo o critério do médico assistente.

9.4. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 50º - Considera-se atendimento a interação entre o beneficiário e a ITAIPU, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos, conforme norma vigente da ANS. Na ITAIPU corresponde ao atendimento telefônico divulgado por meio eletrônico e outros meios publicitários.

Art. 51º - São garantidos, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao beneficiário:

- I. Atendimento adequado à sua demanda, assegurando-lhe o acesso e a fruição dos serviços conforme o disposto nas normas legais e infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, bem como nas condições contratadas;
- II. Tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência;
- III. Respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade; e
- IV. Informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados, especialmente quanto às condições para sua fruição e aplicação de mecanismos de regulação.

Art. 52º - Na apresentação pelo beneficiário de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, sempre emitida por profissional de saúde devidamente habilitado, deverá ser fornecido número de protocolo, como primeira ação, no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva, ainda que indiretamente, cobertura assistencial.

§1º - O beneficiário deverá observar no protocolo de atendimento fornecido pela ITAIPU, o número, motivo do atendimento, registro da ITAIPU na ANS, ano, mês, dia, número sequencial que indique a ordem de entrada do pedido na ITAIPU.

§2º - Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a ITAIPU terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

§3º - Nos casos de solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, sejam inferiores ao prazo previsto pela ANS, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na norma vigente da ANS.

§4º - Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade - PAC - ou de atendimento em regime de internação eletiva, a ITAIPU deverá cumprir o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.

§5º - As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor.

§6º - Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§7º - O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do *caput* sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, considerando o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.

Art. 53º - Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação.

Parágrafo Único - No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao beneficiário, a operadora deverá informá-lo acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise, inclusive no que se refere à instauração de junta médica, caso haja manifestação de divergência do profissional de saúde solicitante.

Art. 54º - Os prazos de atendimento do beneficiário pela ITAIPU, contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização, compreende a garantia do atendimento integral das coberturas referidas neste regulamento, de acordo aos seguintes prazos legais (ANS):

- I. Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- II. Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III. Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV. Consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V. Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI. Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII. Consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;



- VIII. Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- IX. Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- X. Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI. Procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII. Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII. Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV. Urgência e emergência: imediato.

Parágrafo Único - Os prazos definidos referem-se aos atendimentos na rede assistencial da ITAIPU, não necessariamente relacionado à preferência do beneficiário em um prestador de serviço específico.

Art. 55º - Para os atendimentos na rede credenciada cobertos no Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, serão observados os critérios:

- I. Havendo rede credenciada da ITAIPU, os atendimentos ambulatoriais, hospitalares deverão ser realizados nesses.
- II. Os atendimentos ambulatoriais e hospitalares na rede referenciada por convênio de reciprocidade serão adotados somente quando houver indisponibilidade na rede credenciada da ITAIPU.
- III. Os atendimentos ambulatoriais e hospitalares na rede referenciada por outras operadoras contratadas da ITAIPU somente serão adotados quando houver indisponibilidade imediata na rede credenciada da ITAIPU e nos convênios de reciprocidade da ITAIPU. Para os atendimentos em Foz do Iguaçu e Curitiba deverá haver liberação prévia da ITAIPU.

CAPÍTULO 10 - FORMAÇÃO DE PREÇO

Art. 56º - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - é custeado pela ITAIPU mediante planejamento orçamentário anual, com base na utilização realizada no ano anterior.

Parágrafo Único - O valor orçamentário anual tem como base o cálculo atuarial, utilização e evolução dos custos assistenciais e administrativos.

10.1. RESERVA, DOS FUNDOS E DAS PROVISÕES

Art. 57º - As despesas administrativas realizadas pela ITAIPU, necessárias para gestão do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - estão provisionadas juntamente com as demais despesas de benefícios e pessoal.

CAPÍTULO 11 - COPARTICIPAÇÃO

Art. 58º - Todos os beneficiários estão sujeitos à coparticipação sobre os procedimentos cobertos, com base nos valores das Tabelas do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO.

Art. 59º - As coparticipações serão cobradas conforme utilização, mensalmente, da seguinte forma:

- I. Beneficiários titulares ativos: desconto em folha de pagamento;
- II. Beneficiários titulares inativos (Assistidos): desconto na folha de suplementação de aposentadoria (FIBRA).

Parágrafo Único - As coparticipações são calculadas com base nos pagamentos efetuados aos prestadores e encaminhadas para desconto na folha de pagamento da ITAIPU e FIBRA no pagamento do mês corrente.

Art. 60º - Os percentuais de coparticipação estão definidos da seguinte forma:

- I. 2% sobre o valor total dos atendimentos em Odontologia;
- II. 20% sobre o valor total dos atendimentos em Psicologia, a partir da 49ª (quadragésima nona) sessão anual.

§1º - O desconto a título de coparticipação do empregado é limitado a 6% (seis por cento) da sua remuneração mensal.

§2º - Havendo saldo remanescente, de um mês a outro, este será parcelado em quantas vezes forem necessárias, respeitando o limite de 6% (seis por cento) da remuneração mensal.

Art. 61º - Quando o beneficiário fizer jus ao reembolso, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

Art. 62º - Na impossibilidade de se efetuar o desconto da coparticipação na folha de pagamento ou folha de suplementação do beneficiário titular, a ITAIPU poderá exigir o recolhimento por meio de depósito em conta corrente do valor devido.

Art. 63º - A assinatura do Termo de Adesão para Aceite e Concordância do PAMHO implica na autorização do beneficiário titular ou responsável legal, dos descontos da coparticipação em sua folha de pagamento ou folha de suplementação FIBRA.

Parágrafo Único - Os beneficiários reconhecem que o valor da coparticipação descrita nesse Regulamento é líquido e certo e constitui-se num título executivo, para todos os fins.

CAPÍTULO 12 - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 64º - O PAMHO, nos exatos termos, parâmetros e condições atuais de faixa etária não exige contribuição mensal dos beneficiários para o seu custeio.

CAPÍTULO 13 - DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 65º - São obrigações dos beneficiários titulares e dependentes:

- I. Enviar e/ou apresentar documentação pertinente aos órgãos da administração indicados pela Diretoria Administrativa da ITAIPU acompanhada do formulário de Inclusão de Dependente devidamente preenchido e assinado;
- II. Apresentar o formulário de recadastramento devidamente preenchido e assinado, sempre que solicitado;
- III. Manter atualizadas as informações cadastrais relacionadas ao(a) beneficiário(a) titular e dependentes;
- IV. Comunicar e devolver o (s) cartão (s) de identificação do PAMHO à Divisão de Administração de Benefícios, quando da existência de qualquer condição que implique no cancelamento do(a) beneficiário(a) dependente;
- V. No caso de falecimento de titular ou dependente, protocolar a cópia da Certidão de Óbito na Divisão de Administração de Benefícios;
- VI. Cumprir o estabelecido neste regulamento sob pena de débito em folha de todas as despesas realizadas durante o período de utilização indevida dos benefícios,

sem prejuízo da incidência das sanções disciplinares previstas no Regulamento de Pessoal;

- VII. Tratando-se de Assistido, serão adotadas providências para o ressarcimento à ITAIPU das despesas realizadas indevidamente;
- VIII. Conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, respondendo por si e seus dependentes por eventual irregularidade praticada que fira as regras estabelecidas;
- IX. Submeter-se à perícia médica ou odontológica sempre que a regra determinar; e
- X. Prestar os esclarecimentos e fornecer os documentos necessários, sempre que solicitado, sobre a utilização de um benefício ou serviço do PAMHO, a fim de contribuir com os trabalhos de auditoria médica e odontológica.

Parágrafo Único - O cartão de identificação do PAMHO é de uso estritamente pessoal do beneficiário, sendo a utilização dos benefícios ou serviços por terceiros, considerada fraude, ficando as despesas dela decorrentes sob a responsabilidade integral do beneficiário titular, além das sanções disciplinares previstas no Regulamento de Pessoal na hipótese de Empregado e outras penalidades administrativas e/ou judiciais, inclusive de cancelamento, na hipótese de Assistido.

13.2. OBRIGAÇÕES DA ITAIPU

Art. 66º - São obrigações da ITAIPU:

- I. Apresentar indeferimento devidamente justificado normativamente;
- II. Orientar o (a) beneficiário (a) titular para o uso adequado do PAMHO;
- III. Adotar providências para o registro nos Sistemas Informatizados da ITAIPU e em atendimento das exigências quanto às trocas de informações estabelecidas nas normas da ANS;
- IV. Administrar o PAMHO, aplicando os recursos arrecadados e disponíveis, efetuando o pagamento das despesas originadas pela utilização dos benefícios ou serviços aos prestadores;
- V. Descontar, em folha dos beneficiários, as despesas relativas à coparticipação;
- VI. Celebrar convênios para a prestação dos serviços ou bens necessários;
- VII. Cancelar convênios com prestadores de serviços, nos casos em que seja comprovada a ocorrência de ações de má conduta ética, moral ou profissional, ferindo as cláusulas contratuais e que venha contra os interesses da ITAIPU e de seus beneficiários, sem a necessidade de comunicação prévia aos beneficiários;
- VIII. Tomar as medidas necessárias frente às transgressões deste Regulamento; e
- IX. Fornecer declaração aos beneficiários que optarem em migrar para outras operadoras de planos de saúde - portabilidade de carências, desde que o

beneficiário esteja adimplente junto à ITAIPU e solicite a declaração de portabilidade.

13.3. DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 67º - Este Regulamento poderá sofrer alterações, cancelamentos ou adaptações no todo ou em parte, a qualquer momento, em função de fatos não previstos e em conformidade com a legislação vigente.

Art. 68º - A administração do PAMHO será realizada de forma direta pela ITAIPU.

Art. 69º - O não cumprimento das normas deste Regulamento exime a ITAIPU de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos realizados.

Art. 70º - A vigência deste Regulamento é a data de aprovação.

CAPÍTULO 14 - DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 71º - A administração e operacionalização do Plano de Saúde será conduzida pela Diretoria Administrativa, conforme Capítulo XXI, Art. 64, letra “i”, do Regimento Interno: supervisionar e/ou administrar os benefícios concedidos aos empregados, tais como saúde.

ANEXO I - COBERTURA

1. COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 1º - Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas a procedimentos e eventos em saúde, constantes na “Tabela Médica ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO, decorrentes de atendimentos ambulatoriais, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar definidos na ANS para o segmento ambulatorial, aplicando-se, ainda, as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e o Protocolo de Utilização (PROUT) estabelecidos nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigentes no ato do evento ou procedimento, conforme relacionado a seguir:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive obstétrica para pré-natal;
- II. Serviços de apoio diagnóstico e tratamento, e demais procedimentos realizados em ambulatório ou consultório, desde que solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III. Procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, desde que solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- IV. Consultas com nutricionista, em conformidade com as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT) vigentes da ANS;
- V. Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, em conformidade com as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT) vigentes da ANS;
- VI. Consultas ou sessões com terapeuta ocupacional, em conformidade com as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT) vigentes da ANS;
- VII. Sessão de psicoterapia realizada por médico ou psicólogo, em conformidade com as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT) vigentes da ANS;
- VIII. Consultas ou sessões com psicólogo, respeitada a respectiva coparticipação definida no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento, e em conformidade com as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT) da ANS;
- IX. Consulta com fisioterapeuta, limitada a DUAS consultas por ano, para cada novo CID apresentada pelo paciente, e consequente necessidade de novo diagnóstico fisioterapêutico, em conformidade com as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT) da ANS;
- X. Procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- XI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por médico fisiatra, ou por fisioterapeuta;



- XII. Ações de planejamento familiar, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico para a segmentação ambulatorial;
- XIII. atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- XIV. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação, respeitadas: a) as normas definidas no item 8. Remoção, do Anexo I deste Regulamento, b) a RN N° 259/2011, a RN N° 268/2011 da ANS, bem como outras normas da ANS que venham em substituição a essas;
- XV. Hemodiálise e diálise peritoneal contínua ambulatorial - CAPD;
- XVI. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- XVII. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - a. medicamento genérico: medicamento com bioequivalência a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela legislação brasileira vigente;
 - b. medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - Anvisa.
- XVIII. Radioterapia ambulatorial;
- XIX. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- XX. Hemoterapia ambulatorial;
- XXI. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- XXII. Procedimentos considerados especiais, mediante prescrição médica com expressa indicação de diagnóstico e previsão de duração, no seguinte caso: cirurgia oftalmológica refrativa ambulatorial, ou seja, miopia e hipermetropia de acordo com a DUT da ANS e normas internas da ITAIPU;
- XXIII. Sessão de acupuntura; e

XXIV. Fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, observando o Protocolo de Utilização - PROUT vigente, estabelecido pela ANS.

§1º - Para fins da cobertura prevista no inciso XII, observar-se-ão as seguintes definições:

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

§2º - Para fins da cobertura prevista no inciso XVII, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§3º - O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial, de acordo com as Diretrizes de Utilização vigentes na ANS.

§4º - Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.

Art. 2º - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - dará cobertura às consultas médicas e de profissionais não médicos, que deverão ser realizadas em consultórios ou clínicas credenciadas ou referenciadas, em horário normal de consulta, e previamente agendadas, ou em caráter de urgência e emergência, observando-se os critérios definidos no item 7. Urgência e Emergência, do Anexo I deste Regulamento.

§1º - Serão pagas todas as modalidades de cirurgias ambulatoriais constantes na Resolução Normativa 387/2016 e 407/2016 e seus anexos ou legislação superveniente, exceto as relacionadas no Anexo II - Exclusões de Cobertura, deste Regulamento.

§2º - As consultas médicas e outras cobertas pelo PAMHO poderão ser fiscalizadas com o fim de coibir abusos.

§3º - Não será considerada nova consulta o retorno para apresentação de exames, realizado em período inferior a trinta dias após a realização da consulta inicial.

2. COBERTURA HOSPITALAR (COM OBSTETRÍCIA)

Art. 3º - Ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares com obstetrícia, constantes na “Tabela Médica ITAIPU” publicada em portal eletrônico do PAMHO, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar - ANS para o segmento Hospitalar com Obstetrícia aplicando-se, ainda, as diretrizes de utilização para coberturas (DUT), diretrizes clínicas (DC) e protocolo de utilização (PROUT) estabelecidas nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigentes no ato do procedimento, englobando os seguintes itens:

- I. Diárias de internação hospitalar, em clínicas básicas ou especializadas, em centro de terapia intensiva ou similar, desde que justificada pelo médico assistente;
- II. Atendimentos em regime de hospital-dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- III. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- IV. Alimentação do paciente;
- V. Despesas relativas a 01 (um) acompanhante, que incluem acomodação (diária) e alimentação necessárias à permanência do acompanhante nos seguintes casos:
 - Pacientes menores de dezoito anos de acordo com a Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016, Artigo 12 ou outra que venha a substituí-la;
 - Pacientes com idade igual ou superior a sessenta anos, em conformidade com a Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, Artigo 16 ou outra que venha a substituí-la;
 - Pessoas com deficiências, em conformidade com a Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Artigo 22, §1º e §2º ou outra que venha a substituí-la;
 - Pessoas que apresentem patologia neurológica ou psiquiátrica que exija acompanhamento contínuo, conforme indicação do médico assistente; e
 - Mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

- VI. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- a. Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b. Que constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada.
- VII. Atendimentos obstétricos relacionados à gestação, partos normais, cesarianas, e complicações do processo gestacional, desde que observados os princípios de ética médica, bem como as despesas de berçário relacionadas a tais atendimentos;
- a. Despesas incluindo a acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante da mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico; e
 - b. Cobertura assistencial do recém-nascido filho natural, de titular ou dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias.
- VIII. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- IX. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, conforme prescrição médica, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- X. Fornecimento de próteses e órteses, e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico, sem fins estéticos;
- XI. Procedimentos considerados especiais, mediante prescrição médica, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, nos seguintes casos:
- a. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b. Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 21 da RN 387/2016 da ANS, ou outra que vier a substituí-la, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - c. Procedimentos radioterápicos, inclusive radioterapia conformacional para cérebro, pulmão e próstata;
 - d. Hemoterapia;
 - e. Nutrição parenteral ou enteral;
 - f. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g. Embolizações;
 - h. Radiologia intervencionista;
 - i. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;



- j. Procedimentos de reeducação e reabilitação física; e
- k. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes de rim, córnea e de medula óssea, alogênico e autólogo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- XII. Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões corporais que estejam causando problemas funcionais em virtude de acidentes pessoais ou malformações congênitas;
- XIII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;
- XIV. Cobertura de taxas, incluindo materiais utilizados e comprovadamente necessários para o atendimento;
- XV. Remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, de acordo com a RN Nº 347/2014 da ANS ou outra que venha a substituí-la;
- XVI. Transplantes de rim, córnea e medula óssea, alogênico e autólogo, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XVII. Transplantes de córnea e rim provenientes de doador falecido, conforme legislação específica;
- XVIII. Cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar;
- XIX. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- XX. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão);
- XXI. Instrumentação cirúrgica conforme Instruções gerais da Tabela de Honorários e Procedimentos da Área Médica, publicada no portal eletrônico do PAMHO;
- XXII. Tratamento de beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, que estiverem em situação de crise e que necessitem de internação, em hospitais psiquiátricos especializados ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais;
- XXIII. Tratamento de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização, em hospitais psiquiátricos especializados ou em hospitais gerais ou hospital-dia;

- XXIV. As internações de portadores de transtornos psiquiátricos, ou de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, em hospitais ou em regime de hospital-dia, terão cobertura integral em relação ao tempo de internação;
- XXV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério; e
- XXVI. Procedimentos relativos a acidente de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, custeado pela Patrocinadora.

§1º - As lesões autoinfligidas e as intercorrências clínicas agudas, ocorridas em beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, serão sempre tratadas em hospital geral, quando a hospitalização for necessária;

§2º - Medicamentos e produtos, ambos para uso no ambiente hospitalar, condicionando-se sempre ao registro pela Anvisa, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

- I. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
- II. Anvisa tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

§3º - Sangue, componentes e hemoderivados mediante o cumprimento do estabelecido nos normativos expedidos pelos órgãos governamentais competentes no que concerne à Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Art. 4º - As internações serão processadas mediante pedido de internação feito pelo médico assistente e guia de autorização expedida pela ITAIPU, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverá ser observado o item 7. Urgência e Emergência, do Anexo I deste Regulamento.

§1º - As internações hospitalares eletivas, clínicas ou cirúrgicas são aquelas em que o beneficiário programa antecipadamente a sua internação e estão sujeitas à autorização prévia e expressa da ITAIPU.

§2º - Não serão permitidas as internações para realização de exames com o fim de esclarecimento de diagnóstico, quando passíveis de execução em ambulatório.

§3º - O valor da conta hospitalar dos estabelecimentos credenciados ou referenciados será pago diretamente pela ITAIPU.

§4º - Havendo rede credenciada do PAMHO o atendimento hospitalar em regime de internação, em caráter de urgência/emergência ou eletivo, deverá ser autorizado e realizado nesta própria rede de acordo com os critérios definidos no Capítulo 9 - Mecanismos de Regulação, deste regulamento.

§5º - Serão pagas todas as modalidades de cirurgias constantes na Resolução Normativa 387/2016 e 407/2016 e seus anexos ou outra(s) que venha(m) a substituí-la(s) ou legislação superveniente, exceto as relacionadas no item 6. Serviços e Coberturas Adicionais, do Anexo I deste Regulamento.

3. COBERTURA ODONTOLÓGICA

Art. 5º - O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar - ANS para o segmento odontológico aplicando-se, ainda, as Diretrizes de Utilização para Coberturas (DUT), estabelecidas na Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes no ato do procedimento, ou outra que venha a substituí-la e os demais procedimentos constantes na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO, para realização junto à rede credenciada ou referenciada do beneficiário ou legislação superveniente para a segmentação odontológica.

§1º - A repetição de quaisquer procedimentos e consultas odontológicas terá cobertura pela ITAIPU, respeitado o prazo intervalar mínimo estipulado para cada procedimento e desde que atendidas às condições de perícias e de autorização prévia conforme normas da ITAIPU previstas na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, divulgada no portal da ITAIPU.

§2º - Para cobertura dos procedimentos odontológicos, os beneficiários deverão observar a exigência para realização da avaliação técnica inicial e final, prevista na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, divulgada no portal da ITAIPU.

§3º - Para os procedimentos odontológicos ambulatoriais, que por imperativo clínico necessitem de suporte hospitalar com objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para execução dos procedimentos, a cobertura para as despesas hospitalares ocorrerá em 100% (cem por cento) dos valores praticados pela ITAIPU com a Rede Credenciada. Para as despesas de honorários e serviços odontológicos, a cobertura será o estabelecido na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO, respeitada a respectiva coparticipação definida no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento.

- I. Entende-se como “imperativo clínico” para odontologia em ambiente hospitalar a condição clínica que exija suporte hospitalar em pacientes com doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas, renais, distúrbios de coagulação e pacientes com deficiência que, por indicação médica, demandem sedação para realização do procedimento odontológico com segurança; e
- II. O imperativo clínico odontológico que necessite de suporte hospitalar deve ser justificado pelo cirurgião dentista ou médico assistente e previamente autorizado pela ITAIPU.

§4º - A “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, contendo as coberturas, instruções, procedimentos de liberação e valores está publicada em portal eletrônico do PAMHO.

3.1. IMPLANTES ODONTOLÓGICOS

Art. 6º - As coberturas para implantes odontológicos de finalidade funcional estão condicionadas aos critérios definidos nas Normas Gerais de Odontologia e “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO, respeitada a respectiva coparticipação definida no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento, realizados junto à rede credenciada, com atendimento em consultórios e/ou clínicas especializadas, de acordo com as seguintes limitações:

I. Cobertura de oito implantes por paciente, sendo quatro por arcada.

§1º - Não são objeto de cobertura os procedimentos de implantes de finalidade estética, substitutivos de próteses ou de dentes removidos, que originalmente mantinham a sua funcionalidade ou higidez.

§2º - Não serão cobertas as próteses totais sobre implantes, as próteses totais metalocerâmicas sobre implantes, que substituam uma arcada inteira de dentes, com coroas unidas, isoladas ou em grupos.

§3º - Nos casos de enxerto por osteossíntese onde seja necessária uma quantidade maior de osso, utilizando osso de crista ilíaca ou de outra parte do corpo, devem ser utilizadas as regras para cirurgia médica, conforme normas internas da ITAIPU.

3.2. PRÓTESES ODONTOLÓGICAS

Art. 7º - Serão cobertas as próteses odontológicas limitadas aos valores e condições específicas, previstas nas Normas Gerais de Odontologia e “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada no portal eletrônico do PAMHO, para remuneração do tratamento e respeitada a respectiva coparticipação definida no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento.

Art. 8º - Cobertura de próteses odontológicas de finalidade funcional, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento e nas Normas Gerais de Odontologia e “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO, realizadas junto à rede credenciada/referenciada pelo sistema de reembolso, com atendimento em consultórios e/ou clínicas especializadas.

§1º - Não serão objeto de cobertura as próteses de natureza estética, substitutivas de outras ou de dentes removidos, que originalmente mantinham a sua funcionalidade ou higidez.

§2º - A repetição de procedimento de prótese em um mesmo elemento dentário terá cobertura pela ITAIPU, respeitado o prazo intervalar mínimo estipulado para cada um dos tipos de próteses, desde que atendidas às condições das avaliações técnicas inicial e final, conforme as Normas Gerais de Odontologia e “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO.

§3º - A aplicação dos tipos e modelos das próteses dentárias, para dentes anteriores e posteriores, levará em consideração as suas respectivas indicações conforme as Normas Gerais de Odontologia e “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO.

3.3. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

Art. 9º - Cirurgias bucomaxilofaciais, de traumas e ortognáticas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, com indicação para realização estritamente em ambiente hospitalar, devidamente justificada pelo cirurgião dentista e previamente autorizada pela ITAIPU:

- I. Terão cobertura de 100% (cem por cento) das despesas odontológicas e hospitalares (incluindo os gastos com cirurgias, auxiliares, diárias, taxas, materiais e medicamentos usados na cirurgia e durante o período de internação); respeitada a respectiva coparticipação definida no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento; e
- II. Os valores serão limitados aos estabelecidos na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO.

Parágrafo Único - A cobertura das demais cirurgias bucomaxilofaciais descritas na “Tabela de Serviços e Procedimentos da Área Odontológica - Plano de Saúde ITAIPU”, publicada em portal eletrônico do PAMHO, é de natureza ambulatorial.

Art. 10º - Para os procedimentos odontológicos ambulatoriais com imperativo clínico, adotar os procedimentos descritos.

4. COBERTURA DA SAÚDE MENTAL

Art. 11º - Aos beneficiários do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental, correspondentes ao tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID - e Problemas Relacionados com a Saúde.

§1º - Para os efeitos legais deste Regulamento, entende-se por “portador de transtorno psiquiátrico” o beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação), em situação instável do ponto de vista clínico e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional, e, codificados na

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID.

§2º - A cobertura ambulatorial em saúde mental garantirá, especificamente, além das coberturas previstas nos itens 1, 2 e 3 do Anexo I - Cobertura, deste Regulamento:

- I. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- II. Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência; e
- III. Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

§3º - A cobertura hospitalar em saúde mental garantirá:

- I. Internação, em hospital geral ou psiquiátrico, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização;
- II. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões autoinfligidas; e
- III. Atendimentos em regime de hospital-dia para transtornos mentais.

§4º - Os tratamentos relativos ao presente artigo dependerão sempre de prévia e expressa autorização da ITAIPU, exceto os casos de urgência e emergência.

5. COBERTURA DOS TRANSPLANTES DE ORGÃOS

Art. 12º - Aos beneficiários do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - serão asseguradas as coberturas das despesas relativas aos procedimentos de transplante, os quais, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998, no que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n.º 9.656/98.

Art. 13º - Entende-se como despesas com os procedimentos necessários à realização dos transplantes de rim, córnea e medula óssea, alogênico e autólogo, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de acordo com as Diretrizes de utilização da ANS vigentes à época do evento, incluindo, quando couber:

- I. Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- II. Medicamentos utilizados durante a internação;

- III. Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
- IV. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Parágrafo Único - Os transplantes ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, serão ressarcidos pela ITAIPU em conformidade com a legislação vigente.

Art. 14º - Os beneficiários do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador-cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs - e estarão sujeitos ao critério de fila única de espera e de seleção.

§1º - A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§2º - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico da Portaria GM n.º 07, de 05 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§3º - É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro de suas funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- I. Determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
- II. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

6. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 15º - Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como na Lei 9.656/98, a ITAIPU disponibilizará as coberturas adicionais para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia constantes na "Tabela Médica ITAIPU", publicada em portal eletrônico do PAMHO.

Parágrafo Único - Haverá coparticipação quando da utilização de serviços ou procedimentos ambulatoriais adicionais da área médica, conforme definido no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento.

Art. 16º - Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como na Lei 9.656/98, a ITAIPU disponibilizará as coberturas adicionais na “Tabela Odontológica”, publicada em portal eletrônico do PAMHO.

Parágrafo Único - Haverá coparticipação quando da utilização de serviços ou procedimentos ambulatoriais adicionais da área odontológica, conforme definido no Capítulo 11 - Coparticipação, deste Regulamento.

7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 17º - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - garante a cobertura aos atendimentos de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente, de acordo com os incisos I e II do artigo 35-C, da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo Único - Está assegurada a cobertura integral nos casos de Urgência e Emergência no ato da adesão.

Art. 18º - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - oferece cobertura para atendimento de Urgências e Emergências no segmento ambulatorial, bem como para aqueles que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, na área de abrangência do PAMHO.

Art. 19º - Também serão garantidos os procedimentos de urgência e emergência odontológicos, constantes no Referencial de Procedimentos Odontológicos.

Art. 20º - Fica assegurado o reembolso, nos limites das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela ITAIPU.

8. REMOÇÃO

Art. 21 - O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO - garantirá a despesa com remoção de paciente internado, inter-hospitalar ou hospitalar-clínica, em ambulância terrestre, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, mediante ciência à ITAIPU e com indicação e apresentação, pelo médico assistente, de laudo contendo justificativa e CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento, e de acordo com a RN nº 347/2014 da ANS ou outra que vier a substituí-la, nas seguintes situações:

- I. De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento, para hospital referenciado, credenciado da ITAIPU, vinculados ao PAMHO, devidamente justificado por laudo médico e autorização prévia da ITAIPU;
- II. De hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da ITAIPU, localizado dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento, para hospital referenciado, credenciado da ITAIPU, vinculados ao PAMHO quando devidamente justificado por laudo médico e autorização prévia da ITAIPU;
- III. De hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado ou credenciado da ITAIPU, vinculados ao PAMHO, localizado dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento, para hospital ou Clínica referenciada ou credenciada da ITAIPU, vinculados ao PAMHO, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem. Tal procedimento deverá ser devidamente justificado por laudo médico e autorização prévia da ITAIPU;
- IV. De hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado à ITAIPU, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador, conforme previsto na legislação vigente; e
- V. De hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado, credenciado da ITAIPU, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital referenciado, credenciado, vinculados ao PAMHO, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico, desde que devidamente justificado por laudo médico e autorização prévia da ITAIPU.

§1º - A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o pedido do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário, ou de seu responsável legal.

§2º - A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada do hospital ou serviço de pronto-atendimento, onde o beneficiário estiver recebendo o atendimento, para o município mais próximo com prestador referenciado ou credenciado da ITAIPU.

Art. 22º - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em outro estabelecimento de saúde, a ITAIPU estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Art. 23º - Não serão cobertas as seguintes situações de remoções:

- I. De hospitais ou clínicas para o domicílio do beneficiário, mesmo quando não houver possibilidade de utilização de transporte convencional;
- II. De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores; e
- III. De hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado, credenciado da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade de prestadores.

ANEXO II - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 1º - Não terão cobertura pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, estando excluídos da segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica:

- I. Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura prevista neste regulamento;
- II. Avaliação pedagógica e orientações vocacionais;
- III. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou de odontologia não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia;
- IV. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- V. Exames e tratamentos sem prescrição médica ou odontológica;
- VI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- VII. Eventos assistenciais, procedimentos, exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- VIII. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- IX. Procedimentos, exames ou tratamentos da área médica ou odontológica realizados no exterior;
- X. Exame de paternidade;
- XI. Serviços e despesas de qualquer natureza realizados em desacordo com o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente no ato do evento e suas alterações posteriores, previstas neste Regulamento, exceto quando autorizados previamente pela ITAIPU;
- XII. Serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente ao tratamento do beneficiário;
- XIII. Qualquer despesa decorrente da opção do beneficiário por acomodação em categoria superior à estabelecida por este Regulamento;
- XIV. Despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;
- XV. Produtos de higiene pessoal;
- XVI. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente ao tratamento do beneficiário;
- XVII. Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento fora do ambiente de internação (domiciliar ou hospitalar), bem como aluguel ou aquisição de aparelhos para uso domiciliar e atendimentos domiciliares de qualquer natureza, inclusive consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência, exceto os medicamentos e materiais de cobertura obrigatória pela ANS;
- XVIII. Medicamentos não prescritos pelo médico assistente ou cirurgião dentista;
- XIX. Quaisquer despesas hospitalares quando da iniciativa do beneficiário;

- XX. Medicamentos sem registro vigente na ANVISA;
- XXI. Fornecimento de medicamentos prescritos cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- XXII. Próteses e órteses sem registro vigente na ANVISA;
- XXIII. Próteses e órteses e seus acessórios não implantados cirurgicamente, como botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, pernas e braços mecânicos, dentre outros;
- XXIV. Transplantes, exceto os vigentes em cobertura do rol da ANS e aqueles com autorização prévia da ITAIPU;
- XXV. Despesas médico-hospitalares referentes à doação de órgãos de beneficiário da ITAIPU para receptor não beneficiário da ITAIPU;
- XXVI. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXVII. Tratamentos que não constarem nas tabelas utilizadas pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica - PAMHO, publicada em portal eletrônico do PAMHO;
- XXVIII. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado legalmente;
- XXIX. Procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXX. Inseminação artificial considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XXXI. Congelação com fins de conservação de óvulos e espermatozoides;
- XXXII. Congelação de cordão umbilical;
- XXXIII. Tratamento de calvície, ainda que realizado por prescrição médica;
- XXXIV. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no País, bem como aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM - ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso *off-label*);
- XXXV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa a restaurar a função parcial ou total de um órgão ou parte do corpo humano lesionado, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- XXXVI. Internação, consultas e exames em clínica de emagrecimento, lipoaspiração, ainda que realizados por prescrição médica;

- XXXVII. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos, ainda que por indicação médica;
- XXXVIII. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção do envelhecimento, com fins estéticos;
- XXXIX. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
 - XL. Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, ressalvada a hipótese de *home care*;
 - XLI. Enfermagem em caráter particular seja em regime domiciliar ou hospitalar;
 - XLII. Consultas ou tratamentos ou medicamentos de uso domiciliar, mesmo em caráter de emergência e urgência, exceto os previstos no rol da ANS;
 - XLIII. Internação e assistência domiciliar;
 - XLIV. Transporte ou remoção de pacientes por via terrestre, salvo em casos previstos neste Regulamento;
 - XLV. Despesas com transporte ou remoção aérea ou marítima, exceto os autorizados previamente pela ITAIPU;
 - XLVI. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes; e
 - XLVII. Vacinas, exceto as destinadas a parturientes portadoras de sangue com fator RH negativo e aquelas cuja aplicação for tecnicamente justificada em casos de internação, urgência e emergência.



ANEXO III - DEFINIÇÃO DE TERMOS

Acidente pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de qualquer outra causa, torne necessário o atendimento médico.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: Autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

Área de abrangência geográfica: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde, previstas no Regulamento.

Atendimento eletivo: Termo usado para designar os atendimentos de saúde que podem ser programados ou agendados com antecedência à realização do(s) procedimentos(s).

Ato médico ou ato profissional de médico: É a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica, investigar as enfermidades ou a condição de enfermo ou ensinar disciplinas médicas. Como prática clínica, é sempre exercida em favor de paciente que lhe solicitou ajuda ou está evidente que dela necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utilizando os recursos disponíveis nos limites da previsão legal, da codificação ética, da possibilidade técnico-científica, da moralidade da cultura e da vontade do paciente. Essa ação ou procedimento deve estar voltado para o incremento do bem-estar das pessoas, a profilaxia ou o diagnóstico de enfermidades, a terapêutica ou a reabilitação de enfermos.

Beneficiário: Pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui dos serviços pactuados no Regulamento.

Beneficiário Aposentado: Termo utilizado para designar o aposentado que foi empregado da ITAIPU Binacional.

Beneficiário da Margem esquerda: Compreende os beneficiários do PAMHO admitidos no Brasil.

Carências: No plano de saúde a carência consiste no período, previsto em contrato, entre a assinatura do contrato e a efetiva possibilidade de uso dos serviços pelo beneficiário. Nesse intervalo, o beneficiário paga as mensalidades, mas não tem direito de usufruir de todos os benefícios contratados junto ao plano de saúde.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde - 10ª revisão.

Cirurgias Eletivas: São cirurgias que podem ser programadas ou agendadas com antecedência à realização do procedimento.

Cirurgias de Emergência: São cirurgias que necessitam acontecer no menor prazo possível, pois, a sua não execução pode causar risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital.

Cirurgias de Urgência: São cirurgias resultantes de eventos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, cuja não execução pode acarretar agravos à saúde.

Cirurgias Hospitalares: São cirurgias de pequeno, médio e grande porte, de média a alta complexidade, realizadas em centro cirúrgico de hospitais e/ou clínicas especializadas, devidamente capacitadas para tal, que dadas as características da cirurgia, requerem internação hospitalar pós-cirúrgica e acompanhamento médico pós-operatório.

Coparticipação: É a participação na despesa assistencial de responsabilidade do beneficiário, a ser paga pelo beneficiário diretamente à ITAIPU Binacional após a realização do procedimento, cuja cobrança pode ocorrer por desconto em folha de pagamento, ou folha de complementação, após o processamento da conta do evento de saúde que deu origem.

Diretrizes Clínicas - DC: Termo utilizado na ANS para definir as diretrizes que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória;

Diretrizes de Utilização - DUT: Termo utilizado na ANS para estabelecer os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados.

Doenças ou Lesões preexistentes (DLP): Aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas.

Emergência: Eventos definidos como os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Exame: É o procedimento complementar solicitado pelo médico ou cirurgião dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FIBRA: A Fundação ITAIPU - BR de Previdência e Assistência Social - Fibra - é uma entidade fechada de previdência privada (fundo de pensão), sem fins lucrativos. Tem suas ações regulamentadas pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC) do Ministério da Previdência Social (MPS). Autorizada a funcionar pela Portaria Ministerial MPAS nº 4.367, de 30/11/88, com início das atividades em 1º de abril de 1988, tem por objetivo complementar os benefícios concedidos pela previdência social aos empregados do lado brasileiro da ITAIPU e aos seus próprios empregados.

Implante Odontológico: Dispositivo artificial implantável por cirurgia ambulatorial, com a finalidade de permitir a fixação de dentes artificiais.

Livre escolha do prestador: Mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciadas ou referenciadas ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais. A operadora deve informar no contrato quais coberturas o beneficiário poderá utilizar no sistema de reembolso para acesso aos prestadores de serviço não participantes da rede assistencial. Deve informar também a tabela de reembolso, bem como os documentos a serem apresentados para a solicitação de reembolso e o prazo para efetuar o pagamento.

Mecanismos de regulação: Meios e recursos administrativos e/ou financeiros previstos em normativo legal que podem ser utilizados pelas operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde. Notas: i) Esses mecanismos têm a finalidade de controlar, regular a demanda ou a utilização dos serviços cobertos nos planos de saúde realizados pelas operadoras, expressos no contrato. ii) São recursos previstos em contrato que possibilitam a operadora controlar a demanda ou a utilização de serviços prestados e informar clara e previamente ao beneficiário no material publicitário, no contrato e no livro da rede de serviços, os mecanismos de regulação adotados e todas as condições de cada modalidade.

Medicina nuclear: Especialidade médica que emprega fontes abertas de radionuclídeos (átomos radioativos de um elemento químico) com finalidade diagnóstica e terapêutica. Habitualmente, os materiais radioativos são administrados in vivo e apresentam distribuição para determinados órgãos ou tipos celulares. Esta distribuição pode ser ditada por características do próprio elemento radioativo, como no caso das formas radioativas do iodo, que a semelhança do iodo não radioativo é



captada pela tireoide que o emprega na síntese hormonal. Outras vezes, o elemento radioativo é ligado a outro grupo químico, formando um radiofármaco com afinidade por determinados tecidos. - Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear a Imagem Molecular - SBBMN.

Médico Assistente: Profissional responsável pelo atendimento específico do beneficiário e responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

Órtese: Qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, ou materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar - TISS: padrão para a troca eletrônica de dados, Registro Eletrônico de Saúde, contendo ações administrativas para subsidiar ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Patrocinadora: Denominação atribuída, além da Patrocinadora Instituidora, a qualquer pessoa jurídica que seja responsável pelo pagamento à ITAIPU Binacional do custeio destinado a sua empregados.

Portabilidade: Possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária (CPT), exigível e já cumprido no plano de origem.

Portadores de Necessidades Especiais: Pessoas que pela sua condição de incapacidade física e/ou mental exigem atenção especial e específica a cada caso.

Princípios da saúde suplementar: a)atenção multiprofissional; b) integralidade das ações respeitando a segmentação contratada; c) incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal; d) uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e e) adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia.

Procedimentos e eventos assistenciais: Procedimentos executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Procedimentos odontológicos e procedimentos vinculados aos de natureza odontológica: Aqueles executados por cirurgião dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico.

Prótese: Qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Prótese Odontológica: Dispositivo artificial que substitui o dente ou parte dele.

Protocolo de Utilização - PROUT: Termo utilizado pela ANS para definir diretrizes na cobertura de alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de procedimentos mínimos obrigatórios da ANS.

Quimioterapia Oncológica Ambulatorial: Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

Região de Saúde: Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: Lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, conforme a segmentação assistencial do plano.

Rol de Procedimentos Odontológicos: Lista de procedimentos odontológicos, publicada periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, constituindo referência básica de cobertura pelos planos privados de assistência à saúde.

Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS: Tabela com os nomes e descrições de procedimentos de saúde conforme o padrão de nomenclatura estabelecido por planos de saúde, hospitais, profissionais de saúde e a ANS.

Urgência: Eventos entendidos como os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Vacina dessensibilizante: São aquelas utilizadas para controle de alergias resistentes a tratamento habitual, de forma crônica e persistente, aplicadas em série, podendo ser composta de única dose ou doses sequenciais.