

PLANO DE APOIO À SAÚDE CREDENCIAMENTO DIRETO

1. FINALIDADE:

Definir critérios e procedimentos a serem adotados para concessão e utilização do **Plano de Apoio à Saúde**.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

Todos os órgãos da Empresa.

3. CONCEITO:

3.1. O **Plano de Apoio à Saúde** é um benefício que a empresa concede, mediante opção, aos empregados e seus dependentes regularmente cadastrados, visando propiciar-lhes condições de prevenção, diagnóstico e tratamento médico, paramédico e hospitalar, indispensáveis à manutenção e reabilitação da saúde.

4. DETERMINAÇÃO:

4.1. O empregado passará a ser beneficiário do **Plano de Apoio à Saúde** mediante preenchimento, no Órgão Local de Gestão de Pessoas - OLGP, do “**Termo de Adesão**” (Anexo 1).

4.2. O **Plano de Apoio à Saúde** está subdividido em duas Modalidades de assistência à saúde, a seguir conceituadas:

- a) **LIVRE-ESCOLHA** – suporte financeiro concedido quando da utilização de serviços prestados / executados por profissionais/entidades particulares, não credenciados/ contratados pela Empresa;
- b) **CREDENCIAMENTO DIRETO** – assistência concedida por meio de Rede Credenciada pelo SERPRO, de profissionais e entidades da área de saúde.

4.3. As duas Modalidades de assistência à saúde poderão coexistir, porém de forma complementar.

4.4. Em razão de restrições de ordem legal (Decreto-Lei nº 2.355), não poderão utilizar-se dos serviços prestados na Modalidade Livre-Escolha os empregados admitidos após 28/08/87, inclusive, assim como seus dependentes.

5. BENEFICIÁRIOS:

5.1. São beneficiários do **Plano de Apoio à Saúde**, na qualidade de **Titulares**, os empregados contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho-CLT, nas seguintes condições:

5.1.1. Em efetivo exercício de suas obrigações contratuais;

5.1.2. Com o contrato de trabalho interrompido/suspenso em função de:

- a) Licença-prêmio;

- b) Licença-maternidade;
- c) Licença por adoção;
- d) Férias;
- e) Licença para tratamento de saúde superior a 15 (quinze) dias; ou acidente do trabalho superior a 16 (dezesesseis) dias;
- f) Liberação para entidades de representação dos empregados, conforme disposto no Acordo Coletivo de Trabalho vigente à época da liberação;
- g) Disputa ou exercício de mandato eletivo, neste último caso, conforme Norma que dispõe sobre afastamento de empregado, somente para:
 - g.1) PREFEITO: desde que opte pela remuneração percebida pelo SERPRO; e
 - g.2) VEREADOR: havendo compatibilidade de horários continuará com seu Contrato de Trabalho vigente, com direito a todos os benefícios; havendo incompatibilidade de horários não poderá optar pela remuneração percebida pelo SERPRO, ocorrendo a suspensão do contrato de Trabalho.

5.2. Na qualidade de dependentes dos empregados, são beneficiários:

5.2.1. O cônjuge, civilmente casado com o (a) empregado (a), desde que não disponha de benefício/atendimento/procedimento médico equivalente ao oferecido pelo seu órgão empregador, além dos concedidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

5.2.1.1. Esta restrição não se aplica a Consultas e Exames Complementares de Diagnósticos;

5.2.2. O (a) companheiro (a), sendo considerado (a) aquele (a) que coabita há 02 (dois) anos ou mais com o/a empregado (a), e nas mesmas condições dos subitens 5.2.1 e 5.2.1.1;

5.2.2.1. A existência de filho em comum supre a exigência do prazo de coabitação.

5.2.3. Os filhos, nascidos ou não da relação de casamento (inclusive adotados); os menores e os enteados sob guarda judicial; e os menores sob tutela judicial, que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação;

5.2.3.1. A inclusão destes dependentes no **Plano de Apoio à Saúde** dar-se-á desde que sejam:

a) Solteiros até 21 (vinte e um) anos completos;

b) Solteiros até 24 (vinte e quatro) anos completos, desde que estejam, comprovadamente, cursando nível superior e não possuam renda própria.

5.2.4. Os curatelados, maiores e incapazes na forma da lei, que estejam judicialmente sob a curatela do empregado, e não possuam bens que lhes dêem condições de sustento.

5.2.5. Os genitores ou pais adotivos, sem limite de idade, desde que cada um deles, comprovadamente, não possua renda própria, assistência médica além da concedida pelo SUS e dependa unicamente do empregado.

5.3. Considera-se sem renda própria aquele cuja renda mensal não ultrapasse a 1,10 (hum vírgula dez) salários mínimos.

5.4. Existindo invalidez permanente, comprovada por laudo do INSS, não haverá limite de idade nem de carência para a condição de beneficiário do **Plano de Apoio à Saúde**

6. INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES:

6.1. Para inscrição de dependentes no **Plano de Apoio à Saúde** deverão ser atendidos os pré-requisitos exigidos e a inclusão se dará mediante apresentação de documentação e preenchimento do formulário “**Pré-Requisitos para Inscrição de Dependentes**” (Anexo 03).

6.2. A inclusão de dependentes não tem caráter definitivo, se reservando a Empresa o direito de, a qualquer tempo, solicitar atualização das informações prestadas.

6.3. TITULARIDADE:

6.3.1. Na ocorrência de casais de empregados (cônjuge/companheiro) um deles poderá optar por ser dependente do outro, ficando a participação financeira a cargo apenas do empregado Titular, que contribuirá mensalmente com 1% (hum por cento) do valor de sua Referência/Nível Salarial.

6.3.1.1. Na ocorrência de um dos empregados possuir dependentes que não sejam comuns aos dois (ex: pai, mãe, etc), este deverá ser o Titular, podendo o outro optar por ser seu dependente.

a) Estando os dois empregados na situação acima, ambos serão Titulares.

6.3.2. Quando os dois empregados forem Titulares não poderão inscrever dependentes em comum (filhos/equiparados), devendo optar pela inscrição da seguinte forma:

- a) Todos em nome de um dos empregados;
- b) Distribuídos entre os dois empregados; ou
- c) Da forma que melhor convier ao casal.

6.3.3. Na condição de dependente do empregado Titular, poderão utilizar-se da Modalidade Livre-Escolha os empregados admitidos a partir de 28/08/87, desde que o Titular tenha sido admitido antes da referida data, e observadas as condições constantes dos subitens anteriores.

6.3.4. Retornando o referido dependente à condição de Titular, novamente lhe será restringida a utilização da Modalidade Livre-Escolha.

7. ABRANGÊNCIA DOS BENEFÍCIOS:

7.1. As 02 (duas) Modalidades integrantes do **Plano de Apoio à Saúde** abrangem:

7.1.1. Para os serviços médicos e exames complementares de diagnóstico, a tabela consensada com os prestadores de serviços, por meio de negociação;

7.1.2. Para serviços paramédicos, não constantes da Tabela mencionada no subitem 7.1.1, adoção de Tabela própria da Empresa;

7.1.3. Para os procedimentos hospitalares, adoção de tabelas locais divulgadas pelas entidades representativas dos hospitais privados ou negociadas com os prestadores de serviços;

7.1.4. Para materiais descartáveis e medicamentos, adoção das tabelas BRASÍNDICE/SIMPRO. Quando não constarem destas Tabelas serão faturados pelo valor constante da Nota Fiscal do fornecedor, na proporção do material/medicamento efetivamente utilizado, podendo ser acrescido de um percentual, a ser previamente autorizado pelo OLGP, a título de despesas operacionais;

7.1.5. O atendimento ao recém-nascido é garantido dentro do prazo de 30 dias, mediante a apresentação do cartão de identificação da mãe no Plano;

7.1.6. Para situações excepcionais e serviços altamente especializados, adoção de tabelas especiais, cuja utilização estará sujeita à autorização do OLGP.

8. PROCEDIMENTOS SUJEITOS A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO/ ACOMPANHAMENTO:

8.1. Estão cobertos pelo **Plano de Apoio à Saúde** os procedimentos abaixo, sujeitos, obrigatoriamente, à autorização e ao acompanhamento do Serviço de Saúde Ocupacional - SSO, bem como do OLGP, constituindo perito quando necessário:

8.1.1. **Exames complementares de diagnóstico** acima de R\$ 120,00 (cento e vinte reais);

8.1.2. **Internações** clínicas e cirúrgicas;

8.1.3. **Doenças infecto-contagiosas** – cujos tratamentos somente serão autorizados pela Empresa quando não disponíveis pela Rede Pública de Saúde;

8.1.4. **Esclerosamento de veias** – somente quando de tratamento complementar à cirurgia de varizes (safenectomia);

8.1.5. **Desimpregnação e/ou tratamento de dependência química (alcóolica ou tóxica)** – poderão ser realizados em regime ambulatorial ou hospitalar. Neste último, limitada a um período de 15 dias, até o máximo de 06 períodos (90 dias) consecutivos;

8.1.6. **Acupuntura** realizada por médico, limitada a 01 (uma) sessão semanal;

8.1.7. **Cirurgia plástica reparadora** – quando indispensável à restauração das funções de órgãos ou membros alterados em decorrência de acidente pessoal ou de má formação congênita e suas complicações;

8.1.7.1. As cirurgias redutoras de mama estão restritas aos casos em que houver comprometimento da coluna vertebral, devidamente comprovados por laudo de médico Ortopedista;

8.1.8. **Remoção de pacientes** – em ambulância do tipo simples ou UTI, por via terrestre, dentro dos limites do município, condicionada à justificativa do médico assistente, nas seguintes situações:

- a) realização de exames em locais que supram as necessidades do hospital/clínica de origem;
- b) transferência para hospitais ou clínicas que ofereçam condições de tratamento inexistentes na entidade de origem;
- c) remoção, em casos de urgência, da residência do paciente até o hospital/clínica e vice-versa.

8.1.9. **Medicamento para portadores do vírus H.I.V.:**

8.1.9.1. A critério exclusivo da Direção da Empresa, poderá ser autorizado, ao empregado, o reembolso integral das despesas decorrentes da aquisição deste tipo de medicamento;

8.1.9.2. A solicitação deverá ser encaminhada ao OLGP, para que seja submetida à decisão da Direção da Empresa, devendo constar do processo apenas a matrícula do empregado, omitindo-se o seu nome;

8.1.9.3. As solicitações, tanto iniciais quanto de prorrogação de reembolso, deverão estar fundamentadas pelos OLGP's, mediante "Estudo Sócio-Econômico" (Anexo 06), laudo do médico assistente homologado pelo SSO e parecer do serviço social da Empresa;

8.1.9.4. Do parecer social deverá constar a impossibilidade de fornecimento do medicamento pela rede pública de saúde, embora o empregado nela esteja cadastrado para tal fim;

8.1.10. **Fisioterapia:**

8.1.10.1. A indicação do tratamento deverá ser feita por profissional com especialidade em:

- a) Fisiatria
- b) Ortopedia
- c) Traumatologia;
- d) Neurologia;
- e) Reumatologia;
- f) Cardiologia;
- g) Dermatologia;
- h) Geriatria;
- i) Pneumologia;
- j) Alergologia;
- k) Pediatria
- l) Cirurgia

8.1.10.2. a continuidade do tratamento, após a 10ª sessão, deverá ser autorizada pelo SSO.

8.1.10.3. a cada 10 (dez) sessões, o paciente deverá ser submetido à avaliação do médico que indicou o tratamento, o qual deverá emitir laudo quanto à sua eficácia e necessidade de continuidade, homologado pelo SSO.

8.1.11. **Assistência Psicológica**, compreendendo:

- a) Psicoterapia: individual, em grupo, de casal e familiar;
- b) Psicomotricidade e Psicopedagogia.

8.1.11.1. A indicação do tratamento deverá ser feita por profissional médico psiquiatra.

8.1.11.2. Antes de iniciar o tratamento, o beneficiário deverá submeter-se a uma avaliação (Psicodiagnóstico), no total de 04 (quatro) sessões, para elaboração de laudo do terapeuta assistente, homologado pelo SSO;

8.1.11.3. Do laudo do profissional assistente deverá constar o “**Plano de Tratamento**”, que consiste em Diagnóstico, Frequência e Previsão de Duração;

8.1.11.4. Quando do tratamento realizado por menores, as sessões de orientação aos pais estarão limitadas a 02 (duas) mensais;

8.1.12. **Assistência Psiquiátrica**, realizada por médico psiquiatra, compreendendo:

- a) Psicoterapia;
- b) Tratamento Clínico Psiquiátrico.

8.1.12.1. A autorização para Assistência Psiquiátrica deverá ser precedida de laudo do médico psiquiatra assistente, contendo o respectivo “**Plano de Tratamento**”, homologado pelo SSO;

8.1.12.2. as internações psiquiátricas serão autorizadas quando de surtos e agudização da doença, devendo o restante do acompanhamento ser realizado em regime de ambulatório.

8.1.12.2.1. As internações estarão limitadas a um período inicial de 15 (quinze) dias, até o máximo de 06 (seis) períodos (90 dias), por internação, estando a renovação condicionada a laudo do médico psiquiatra assistente, homologado pelo SSO.

8.1.13. **Terapia Ocupacional:**

8.1.13.1. A indicação do tratamento deverá ser feita pelo médico assistente;

8.1.13.2. A autorização do tratamento deverá ser precedida de laudo do Terapeuta Ocupacional, contendo o respectivo “**Plano de Tratamento**”, homologado pelo SSO;

8.1.14. **Fonoaudiologia:**

8.1.14.1. A indicação do tratamento deverá ser feita por profissional com especialidade em:

- a) Otorrinolaringologia;
- b) Pediatria;
- c) Neurologia;
- d) Psiquiatria;
- e) Odontologia;

8.1.14.2. A autorização do tratamento deverá ser precedida de laudo do profissional assistente, contendo o respectivo “**Plano de Tratamento**”, homologado pelo SSO;

8.2. PRORROGAÇÕES E PRAZOS DOS TRATAMENTOS:

8.2.1. Os tratamentos constantes dos subitens 8.1.11 a 8.1.14, anteriores, estarão limitados a 02 (duas) sessões semanais, com duração mínima de 45 (quarenta e cinco) minutos por sessão e por beneficiário, pelo período de 06 (seis) a 12 (doze) meses;

8.2.2. Ocorrendo a necessidade de prorrogação de qualquer dos tratamentos previstos no item 8.2.1, a solicitação deverá ser submetida ao OLGP para análise e autorização, acompanhada do respectivo “Estudo Sócio-Econômico” (Anexo 06) e laudo do profissional assistente, homologado pelo SSO.

9. PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO PLANO DE APOIO À SAÚDE:

a) Cirurgia plástica cosmética ou embelezadora ou que não tenha repercussão sobre o estado de saúde do paciente;

- b) Tratamento com finalidade estética;
- c) Tratamento em estâncias hidrominerais, internações em casas geriátricas (asilos) e SPAs;
- d) Lipoaspiração, ginástica, massagem, sauna, ducha, forno de bier e similares com finalidade de emagrecimento ou manutenção da forma física;
- e) Vacinas ou auto-vacinas;
- f) Inseminação artificial, exame de paternidade ou controle de natalidade, contrários à ética médica, e suas conseqüências;
- g) Curetagem abortiva (aborto ilegal);
- h) Avaliação clínica, laboratorial e radiológica com finalidade de diagnóstico ou tratamento (Check-up);
- i) Medicamentos, aplicação de injeções, válvulas e próteses, não decorrentes diretos de atendimento em Pronto-Socorro ou atos cirúrgicos, hospitalares ou odontológicos;
- j) Nebulização e inalação, a não ser quando prescritos por médicos;
- k) Aparelhos ortopédicos e órteses em geral (aparelhos para surdez, óculos, lentes de contato, e assemelhados);
- l) Despesas hospitalares de acompanhantes, exceto nos casos de internação de menores de 14 (quatorze) anos completos e de pacientes em geral, cujo estado de saúde inspire cuidados;
 - l.1) No caso de pacientes em geral, o empregado deverá apresentar laudo do médico assistente, justificando a necessidade de acompanhamento, a ser homologado pelo SSO, não cabendo, entretanto, a cobertura de despesas com a alimentação do acompanhante;
- m) Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, televisão, refeição não prescrita no tratamento, refrigerantes, bebidas alcoólicas, lavanderia, flores, gorjetas e indenização por danos ou destruição de objetos;
- n) Honorários de Nutricionista (competência do Hospital);
- o) Psicanálise e psicoterapia de linha analítica, visando o autoconhecimento;
- p) Fonoaudiologia visando a impositação de voz e exercícios de dicção;
- q) Despesas com UTI ou outras que houverem, após a alta hospitalar da mãe, quando se tratar de recém-nascido filho de dependente solteira;
- r) Procedimentos não reconhecidos pela Associação Médica Brasileira-AMB e Conselhos Federais de Profissionais da área da Saúde.

10. UTILIZAÇÃO FORA DO DOMICÍLIO:

10.1. O empregado e seus dependentes que, por qualquer motivo, encontrarem-se fora de seu domicílio, poderão utilizar a Modalidade Credenciamento existente na localidade de destino;

10.2. A operacionalização desse processo dar-se-á mediante solicitação do empregado à Regional de destino, a qual solicitará autorização à Regional de origem para realização do atendimento e repasse das despesas;

10.3. Inexistindo a Modalidade Credenciamento na Regional de destino, o empregado poderá utilizar a Modalidade Livre-Escolha, apresentando posteriormente o recibo da despesa à Regional de origem, para reembolso.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS:

11.1. Caso o empregado queira desligar-se do **Plano de Assistência à Saúde**, por vontade própria, deverá comparecer ao OLGP para preenchimento do “**Termo de Cancelamento da Adesão**” (Anexo 02);

11.1.1. havendo interesse em retornar à utilização do benefício, o empregado deverá preencher novo “**Termo de Adesão**” (Anexo 01), ciente de que a realização de cirurgia eletiva do parto estará condicionada a uma carência de 90 (noventa) dias, a contar da data da nova adesão.

11.2. A utilização indevida do **Plano de Assistência à Saúde** implicará a suspensão do direito de utilização, pelo empregado infrator e seus dependentes, por um período de 90 (noventa) dias;

11.2.1. O empregado infrator deverá, ainda, ressarcir à Empresa o valor das despesas decorrentes da utilização indevida, em valores atuais.