Saúde Petrobras

Cartilha de Orientações:

Coberturas Médicas

Agosto/2026

Sumário

1. APRESENTAÇÃO E CANAIS DE ATENDIMENTO 5
2. CARACTERIZAÇÃO DO PLANO 5
3. CARTEIRINHA VIRTUAL 5
4. CARÊNCIA 6
5. MODALIDADES DE ATENDIMENTO 8
6. NOSSAS COBERTURAS 8
6.1. COBERTURA AMBULATORIAL 9
6.1.1. Consulta médica 9
6.1.2. Consulta com nutricionista 9
6.1.3. Consulta com fisioterapeuta em consultório 10
6.1.4. Consulta com enfermeiro obstetra ou obstetriz 11
6.1.5. Serviços de apoio diagnóstico 11
6.1.6. Consultas/sessões de fonoaudiologia 12
6.1.7. Consultas/sessões de terapia ocupacional 12
6.1.8. Fisioterapia 12
6.1.9. Psicoterapia: ver saúde mental 12
6.1.10. Assistência odontológica: consulte a cartilha de cobertura odontológica 13
6.1.11. Implante de DIU (Dispositivo Intrauterino) 13
6.2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR 13
6.2.1. Orientações Gerais 13
6.2.2. Acomodação 14
6.2.3. Acompanhante 14
6.2.4. Visitas médicas hospitalares 15
6.2.5. Despesas cobertas durante a internação hospitalar 15
6.2.6. Despesas não cobertas relativas à internação 16
6.3. PLANEJAMENTO FAMILIAR 17
6.4. ANESTESIA 18
6.5. PARTO 19
6.6. QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA 19
6.7. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA 20
6.8. COBERTURA EM SAÚDE MENTAL 20

6.9. TRANSPLANTES 23
6.10. REMOÇÃO 24
6.11. COBERTURA DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA 26
6.12. IMPLANTE COCLEAR 27
6.13 – ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER OU FOTOVAPORIZAÇÃO DE PRÓSTATA A LASER POR VIA ENDOSCÓPICA 29
7. COBERTURAS ESPECIAIS DA SAÚDE PETROBRAS 29
7.1. PROGRAMAS: consulte as cartilhas específicas dos programas 29
7.2. LINHA DE CUIDADO TRANSCUIDAR 29
8.1. REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG) 31
8.2. CIRURGIA PLÁSTICA PÓS-TRATAMENTO DE OBESIDADE MÓRBIDA 31
8.3. ELETROCONVULSOTERAPIA 32
8.4. TRANSPLANTE DE PÂNCREAS, RIM-PÂNCREAS, CORAÇÃO E PULMÃO 33
8.4.2. TRANSPLANTE DE PÂNCREAS 33
8.4.3. TRANSPLANTE DUPLO RIM-PÂNCREAS 33
8.4.4. TRANSPLANTE DE CORAÇÃO 33
8.4.5. TRANSPLANTE DE PULMÃO 35
8.5. COLOCAÇÃO/RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO 36
8.6. CIRURGIA REFRATIVA 37
8.7. CROMOGRANINA A 37
8.8. TC COM ESCORE DE CÁLCIO 37
8.9. COBERTURA DE TIRAS REAGENTES PARA MEDIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR (GLICOFITAS) E SENSOR DE GLICEMIA 38
8.10. PROCEDIMENTO POR NEURONAVEGAÇÃO 39
8.11. CPAP 39
8.12. PRÓTESE EXTERNA 40
8.13. CIFOPLASTIA 40
8.14. NORIPURUM EV® (SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO) E FERRINJECT (CARBOXIMALTOSE FÉRRICA) 41
8.15. OUTROS PROCEDIMENTOS EXTRARROL 42
9. EXCLUSÕES DE COBERTURA 43
10. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 46
11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO 47
12. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA 48
12.1. Exigência de autorização prévia 48

12.2. Solicitação de autorização 49
12.3. Prazos de autorização 50
12.4. Comunicado da autorização/negativa..... 50
12.5. Junta técnica 51
12.6. Perícia técnica presencial..... 51
13. REEMBOLSO 51
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51
Anexo I - Procedimentos Cobertos na Linha de Cuidado Transcuidar 52

1. APRESENTAÇÃO E CANAIS DE ATENDIMENTO

Com o objetivo de esclarecer dúvidas, facilitar a utilização e divulgar direitos e deveres em relação às normas gerais aos nossos beneficiários, elaboramos esta cartilha que explica, de maneira simplificada, as regras de garantia de cobertura para os procedimentos.

As informações aqui apresentadas estão em conformidade com o disposto em nosso regulamento, com a Lei nº 9656 de 3 de junho de 1998 e com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este documento deve ser consultado sempre que necessário e, caso ainda restem dúvidas, o beneficiário poderá entrar em contato conosco por meio dos nossos canais de atendimento:

Site: www.saudepetrobras.com.br

Central de atendimento 24h: 0800 728 3372

WhatsApp (apenas mensagens de texto - segunda a sexta, das 8h às 18h): (31) 98470-5004

Ouvidoria: atendimento de segunda instância, nos termos da RN nº 323/2013 da ANS, com link para acesso direto disponível em nosso site.

2. CARACTERIZAÇÃO DO PLANO

A segmentação assistencial do nosso plano de saúde abrange os serviços de assistência à saúde ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico, com área de abrangência e atuação nacional e padrão de acomodação em internação do tipo individual.

3. CARTEIRINHA VIRTUAL

Para utilizar os serviços de saúde cobertos pelo plano por meio da rede credenciada (profissionais e instituições credenciadas), o beneficiário deve apresentar nossa carteirinha, em meio físico (caso deseje imprimir uma cópia) ou virtual por meio do aplicativo Saúde Petrobras, sempre acompanhado de documento oficial com foto.

A perda ou esquecimento da carteirinha não inviabiliza o atendimento, pois o beneficiário tem a alternativa de apresentar o número dela ou o CPF, junto a um documento de identidade oficial com foto. Com essas informações, o prestador credenciado consegue

verificar a elegibilidade do beneficiário ao plano em nosso Portal TISS, no momento do atendimento.

4. CARÊNCIA

4.1. Cumprimento de Carências

4.1.1 Na primeira inscrição do beneficiário no plano, não há período de carência para qualquer atendimento dentro das coberturas previstas, sendo imediata a garantia da cobertura assistencial a partir da efetiva inclusão no sistema da operadora, conforme rotina detalhada na Cartilha de Orientações Operacionais: Critérios de Elegibilidade de Beneficiário, disponível em nosso site.

4.1.2 Nas situações de reativação/reinclusão de beneficiários (titulares empregados ou dependentes), o Plano AMS (Saúde Petrobras) aplicará períodos de carência nos limites admitidos no art. 12 da Lei 9656/98, cujo prazo contará a partir da efetiva reativação/reinclusão no sistema da operadora, que pode ser de até 7 (sete) dias úteis a contar do pedido de reativação/reinclusão no plano. A saber:

a) Urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas a contar da efetiva reativação/reinclusão no sistema da operadora;
b) Parto a termo: 300 (trezentos) dias a contar da efetiva reativação/reinclusão no sistema da operadora;
c) Demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias e demais atendimentos ambulatoriais, odontológicos, programas de cuidados e coberturas extrarrol, a exemplo do PAE, BF, PAD e ACI): 180 (cento e oitenta) dias a contar da efetiva reativação/reinclusão no sistema da operadora;

4.1.3 A regra prevista no item 4.1.2 não se aplica quando:

a) da reinclusão do beneficiário titular empregado e seus dependentes em função de término de licença sem vencimentos, de cessão ou de suspensão do contrato de trabalho por exercício de função como dirigente nas Participações Societárias da Petrobras; e

b) da reinclusão por determinação judicial, caso o beneficiário não estivesse em período de carência antes da exclusão do plano.

4.1.4 Nos casos de atendimento de urgência ou emergência, para que haja o direto à cobertura, o agravo de saúde (inclusive acidente pessoal) que gerar a busca por atendimento - ambulatorial ou hospitalar - da rede credenciada deve ter ocorrido já durante a vigência do plano, isto é, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da efetiva reativação/reinclusão do beneficiário no sistema da Operadora;

4.1.5 Não há cobertura de cirurgias e de internações durante o período de carência. Algumas situações excepcionais podem vir a ser autorizadas exclusivamente decorrentes

de situações de urgência ou emergência médica, desde que estejam contempladas no item 4.2 desta Cartilha de Coberturas Médicas;

4.1.6 No momento da solicitação de reativação/reinclusão é de responsabilidade do beneficiário (titular ou dependente) comunicar à Operadora se existe internação em curso (ambulatorial, hospitalar ou em domicílio).

4.2. Atendimento de urgência ou emergência.

Os atendimentos de urgência e emergência são conceituados na forma do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998:

i. **Emergência:** atendimento que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

ii. **Urgência**: atendimento resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Em caso de busca de atendimento em pronto socorro durante as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após a efetiva reativação/reinclusão no sistema da operadora, não haverá obrigatoriedade de garantia deste atendimento através da Saúde Petrobras.

Após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas, os atendimentos em pronto socorro serão prestados normalmente se caracterizados como urgência ou emergência.

Nos casos em que o atendimento em pronto socorro evolua para necessidade de internação e a pessoa beneficiária ainda esteja cumprindo os períodos de carência de 180 (cento e oitenta) dias ou 300 (trezentos) dias, o atendimento será garantido respeitando as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme abaixo:

i. Atendimento caracterizado como urgência nos casos de acidente pessoal: o atendimento será garantido de forma integral.

ii. Atendimentos caracterizados como emergência (caracterizado pelo médico assistente): serão garantidas 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial (dentro do pronto socorro) e se, após este período, persistir a necessidade de internação ou se, durante este período, verificar-se a necessidade de internação, o atendimento

não será mais garantido, podendo o beneficiário optar por ser removido ao Sistema Único de Saúde (SUS), às custas da operadora, ou arcar com os custos da internação.

iii. Atendimento caracterizado como urgência nos casos de complicação no processo gestacional:

a. Caso já tenha ocorrido o cumprimento 180 (cento e oitenta) dias de carência, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida.

b. Caso não tenha ocorrido o cumprimento 180 (cento e oitenta) dias de carência, serão garantidas 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial (dentro do pronto socorro) e se, após este período, persistir a necessidade de internação ou se, durante este período, verificar-se a necessidade de internação, o atendimento não será mais garantido, podendo o beneficiário optar por ser removido ao Sistema Único de Saúde (SUS), às custas da operadora, ou arcar com os custos da internação.

5. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

São duas as modalidades de atendimento que garantem a assistência à saúde dentro das coberturas assistenciais definidas: a escolha dirigida e a livre escolha. Na escolha dirigida, a faculdade de acesso e atendimento é por profissionais ou serviços de saúde integrantes da nossa rede credenciada. Na livre escolha, o beneficiário é atendido por profissionais e serviços não integrantes da rede credenciada, de sua preferência e conveniência.

Nesta cartilha detalharemos a cobertura médica assistencial do plano, as quais poderão ser utilizadas pelos nossos beneficiários na modalidade de atendimento que melhor lhe convir, respeitando as regras previstas no regulamento, a seguir destacadas.

6. NOSSAS COBERTURAS

A cobertura assistencial prevista em nosso plano inclui os procedimentos constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definido pela legislação vigente à época da sua demanda, e aos procedimentos extrarrol, descritos no Capítulo 8.

A cobertura extrarrol descrita no Capítulo 8 é taxativa, o que significa dizer que está restrita às hipóteses detalhadas nesta cartilha, sem possibilidade de acréscimos ou interpretações.

Para análise e validação das coberturas, utilizamos os critérios estabelecidos nas diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar da ANS (Anexo II da

resolução, que institui o rol de procedimentos de cobertura obrigatória) e, na sua ausência, adota as recomendações da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), e, na sua ausência, o mais elevado nível de evidência e grau de recomendação científica, sempre a cargo de nossa área técnica.

Para a análise e validação da cobertura para os procedimentos extrarrol definidos para o plano, seguiremos as diretrizes de cobertura descritas nesta cartilha.

6.1. COBERTURA AMBULATORIAL

6.1.1. Consulta médica

Ato realizado por médico, em consultório ou ambulatório, composto por anamnese, exame clínico e, se necessário, solicitação de exames complementares visando à elucidação diagnóstica e prescrição terapêutica.

Quando houver necessidade de exames complementares para a conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica, a consulta de retorno definida pelo médico assistente para avaliação destes exames é considerada ato de continuidade da consulta inicial e, portanto, neste caso, não deve ser considerada uma nova consulta.

O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

Se, porventura, este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e, dessa forma, ser remunerada.

A cobertura para a consulta médica é em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Importante destacar que as subespecialidades não reconhecidas pelo CFM NÃO são de cobertura obrigatória do plano, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Importante destacar ainda que as áreas de atuação estabelecida pelo CFM não são consideradas especialidades médicas, conforme a resolução normativa da ANS que institui o Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória.

6.1.2. Consulta com nutricionista

Ato de assistência realizado por nutricionista em consultório para o levantamento de informações que possibilitem o diagnóstico nutricional, a prescrição dietética e orientação aos pacientes de forma individualizada.

Os limites para a cobertura seguem o disposto na diretriz de utilização da ANS:

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas, por ano de contrato, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

    a. crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
    b. jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
    c. idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) < 22Kg/m2
    d. pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
    e. pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m2) com mais de 16 anos;
    f. pacientes ostomizados
    g. após cirurgia gastrointestinal;
    h. para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.

2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

Exames laboratoriais solicitados por nutricionistas serão autorizados a partir de 01/10/2023. Os pedidos deverão conter a relação de exames, data, carimbo e assinatura do profissional com validade de até 180 dias a contar da data da emissão.

Reforçamos que os documentos com assinatura certificada digitalmente por órgão oficial ou QR code são tão válidos quanto os modelos tradicionais em papel, pois estão sujeitos às mesmas regras e prazos do nosso plano.

6.1.3. Consulta com fisioterapeuta em consultório

Ato de assistência realizado por fisioterapeuta em consultório, para cada novo CID apresentado pelo beneficiário, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

6.1.4. Consulta com enfermeiro obstetra ou obstetriz

Os limites para a cobertura seguem o disposto na diretriz de utilização da ANS:

Cobertura para seis consultas de pré-natal e duas consultas de puerpério, quando atendidos todos os critérios abaixo:

a. Profissional enfermeiro obstétrico ou obstetriz habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico;

b. Atendimento de consultas de pré-natal e puerpério, quando solicitado por escrito pelo médico assistente que coordena o cuidado na equipe multiprofissional de saúde.

6.1.5. Serviços de apoio diagnóstico

6.1.5.1. Oferecemos cobertura para exames complementares para o esclarecimento diagnóstico e/ou orientação terapêutica, desde que indicados e solicitados pelo médico ou odontólogo.

6.1.5.2. Após a realização do exame, deve ser assinada a respectiva guia TISS, conferindo o que foi realizado.

6.1.5.3. Os exames realizados em caráter ambulatorial têm coparticipação do beneficiário pela modalidade pelo Pequeno Risco.

6.1.5.4. Exames recentes devem sempre ser levados à consulta médica, pois isso favorece o diagnóstico e acompanhamento do paciente.

6.1.5.5. Os seguintes exames estão incluídos na consulta de oftalmologia e não serão custeados se solicitados separadamente: refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria.

6.1.5.6. Alguns exames requerem autorização prévia e, a critério da equipe técnica, poderá ser solicitada a justificativa clínica, a exemplo de: tomografias, ressonância magnética, angiotomografias e angioressonância, cintilografias e polissonografias.

6.1.5.7. A mamografia digital tem cobertura além daquela definida pela ANS, ou seja, sem limite de idade. No entanto, solicitações para beneficiárias menores de 18 anos de idade deverão ser acompanhadas da justificativa médica.

6.1.5.8. Alguns exames necessitam da análise prévia e têm sua cobertura seguindo as diretrizes de utilização da ANS, a exemplo dos citados abaixo:

A) PET CT oncológico;

B) exames para zikavírus;
C) tomografia de coerência óptica;
D) exames de genética.

6.1.6. Consultas/sessões de fonoaudiologia

Nosso plano de saúde oferece cobertura para atendimento fonoaudiológico para beneficiários que tenham comprovação, por relatório médico ou odontológico, de um ou mais distúrbios ou perdas relacionadas à voz, fala, motricidade oral, linguagem e audição.

A cobertura é para número ilimitado de sessões, desde que seja apresentada a solicitação médica ou do odontólogo, e o laudo técnico do fonoaudiólogo com o planejamento terapêutico, contendo o tempo previsto para o tratamento proposto e periodicidade das sessões. O número de sessões será coberto em consonância com o planejamento terapêutico apresentado.

6.1.7. Consultas/sessões de terapia ocupacional

A terapia ocupacional é coberta pelo nosso plano exclusivamente quando realizada por terapeuta ocupacional, mediante atendimento de forma individual ou grupal, e dependerá sempre de autorização prévia.

A cobertura abrange número ilimitado de sessões, desde que seja apresentada a solicitação médica e o laudo técnico do terapeuta ocupacional, contendo o planejamento terapêutico com a previsão do tempo necessário de tratamento (duração do tratamento e periodicidade das sessões). O número de sessões cobertas será consonante com o planejamento terapêutico apresentado.

6.1.8. Fisioterapia

Oferecemos cobertura para procedimentos em reeducação e reabilitação física listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

6.1.9. Psicoterapia: ver saúde mental

Nosso plano oferece cobertura para sessões de psicoterapia, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico psiquiatra devidamente habilitado. Consulte mais detalhes no Capítulo 6, item 6.8 – Coberturas em saúde mental.

6.1.10. Assistência odontológica: consulte a cartilha de cobertura odontológica

6.1.11. Implante de DIU (Dispositivo Intrauterino)

Oferecemos cobertura para o implante de DIU hormonal e não hormonal, conforme indicação de bula vigente aprovada pela Anvisa, pela modalidade de custeio de Pequeno Risco.

Para o plano AMS, o DIU hormonal é disponibilizado por meio do Benefício Farmácia ou reembolso. Já o DIU não hormonal é pago diretamente ao prestador credenciado solicitante ou por reembolso, se optado pela modalidade livre escolha.

Para o plano SP-AMS02, o DIU (hormonal e não hormonal) é garantido por meio de reembolso, sendo possível a cobertura pela rede credenciada por meio de negociação direta com o prestador, sendo importante que o colaborador acione previamente a equipe técnica da Regulação Médica da Saúde Petrobras.

O implante do DIU hormonal e não hormonal normalmente é realizado ambulatorialmente, ou seja, em consultório. A autorização em regime de internação (day hospital) necessita de autorização prévia, sendo necessário o envio de justificativa médica para a análise técnica pela Saúde Petrobras.

6.1.12. Tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, dentro do rol de coberturas, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

6.1.13. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal;
b) quimioterapia ambulatorial;
c) radioterapia ambulatorial;
d) hemoterapia ambulatorial;
e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
f) procedimentos diagnósticos e terapêutica hemodinâmica ambulatorial;
g) procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio.

6.2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

6.2.1. Orientações Gerais

6.2.1.1. Prevemos a cobertura de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, desde que indicada pelo médico assistente, em hospitais e clínicas

especializadas, relacionadas às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

6.2.1.2. As internações hospitalares, os procedimentos realizados durante esses processos e a permanência dos beneficiários em unidades hospitalares deverão ser analisadas e previamente autorizadas pela nossa equipe, com base na indicação do médico assistente e nas coberturas do plano.

6.2.1.3. Os períodos de internação devem obedecer, exclusivamente, à indicação médica. Caso o beneficiário permaneça na instituição após a alta do médico assistente, o respectivo titular arcará com todas as despesas referentes às diárias excedentes e demais custos do período.

6.2.1.4. É obrigatória a assinatura das guias TISS, em que deverão estar relacionados os procedimentos realizados durante a internação, o que deverá ser feito pelo beneficiário titular ou dependente responsável ou responsável nomeado, quando da alta hospitalar. Caso a instituição não apresente esse documento ou se, ao apresentá-los, os procedimentos não estiverem discriminados, o beneficiário deverá solicitar a apresentação/ discriminação dos procedimentos, a fim de que sejam atestados os serviços prestados, ainda que seja necessário o seu retorno à instituição onde esteve internado.

6.2.2. Acomodação

Adotamos para a acomodação hospitalar de nossos beneficiários o padrão “acomodação individual”, tanto para internações clínicas quanto para as cirúrgicas. Há cobertura também para a internação em unidades de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, berçário, unidades de isolamento, unidades coronarianas e outras, a critério do médico assistente.

6.2.3. Acompanhante

Cobrimos as despesas com acomodação para pernoite e alimentação (café da manhã, almoço e jantar) fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário (um acompanhante por paciente), durante a internação, desde que autorizadas pelo nosso médico/dentista auditor, nas seguintes situações:

A) beneficiários com até 18 anos de idade (inclusive);

B) beneficiários com idade superior a 55 anos;

C) doentes terminais de qualquer idade caracterizados mediante laudo médico sigiloso, emitido pelo médico assistente e avaliado pela nossa equipe médica;

D) beneficiários com deficiência;

E) parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato – conforme determina a ANS.

6.2.4. Visitas médicas hospitalares

6.2.4.1. É coberta uma visita médica hospitalar por dia de internação.

6.2.4.2. Se houver necessidade de mais de uma visita médica diária, pelo mesmo profissional ou acompanhamento do paciente por mais de um especialista, a cobertura ficará condicionada à avaliação dos nossos médicos auditores ou médico auditor por nós designado. Caso o beneficiário contrate um médico de sua escolha para realizar as visitas hospitalares desta despesa será coberta integralmente pelo beneficiário com direito à reembolso pela livre escolha de prestador, com base nos valores da tabela de referência do regulamento e mediante análise técnica da obrigatoriedade da cobertura

6.2.5. Despesas cobertas durante a internação hospitalar

1- Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

2- Exames complementares indispensáveis, para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, desde que previstos no rol de procedimentos da ANS;

3- Cobertura para medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

4- Fornecimento de anestésicos, gases medicinais, materiais de consumo, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, realizados durante a internação, conforme prescrição médica;

5- Taxas de sala de cirurgia e taxas para uso de materiais/equipamentos permanentes utilizados durante o período de internação, desde que relacionadas e imprescindíveis ao evento médico;

6- Órteses e próteses registradas na Anvisa inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que respeitadas as orientações previstas na RN Resolução 1.956/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM);

7- Procedimentos de fisioterapia hospitalar relacionados no rol de procedimentos e eventos da ANS;

8- Assistência multidisciplinar, quando indicadas pelo médico assistente: assistência fonoaudiológica, assistência do psicólogo e do terapeuta ocupacional;

9- Cobertura para remoção terrestre do paciente comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos em nosso regulamento, em território brasileiro. Para mais detalhes sobre a cobertura de remoção, consulte o capítulo 6, item 6.10 – Remoção.

10- Procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à assistência prestada durante a internação hospitalar:

A) hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;

B) quimioterapia oncológica;

C) radioterapia;

D) hemoterapia;

E) nutrição parenteral e enteral;

F) procedimentos em hemodinâmica;

G) embolizações;

H) radiologia intervencionista;

I) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

6.2.6. Despesas não cobertas relativas à internação

Serão de responsabilidade do titular as seguintes despesas relativas à internação:

A) despesas extraordinárias referentes a telefonemas, televisão, consumo de frigobar, refeições não prescritas no tratamento, refeições extras de acompanhantes, refrigerantes, lavagens de roupas e indenização por dano ou destruição de objetos, dentre outras;

B) qualquer procedimento não prescrito pelo médico assistente ou não coberto pelo nosso plano, inclusive materiais e medicamentos não autorizados previamente e/ou sem registro regular ou indicação de uso aprovada pela Anvisa;

C) despesas de acompanhante cuja permanência no hospital/clínica não se enquadre nas situações previstas em nosso regulamento e descritas nesta cartilha;

D) despesas decorrentes da permanência na unidade hospitalar após a alta médica.

6.3. PLANEJAMENTO FAMILIAR

Disponibilizamos a cobertura dos atendimentos relacionados ao planejamento familiar:

A) consulta com ginecologista para aconselhamento/orientação sobre planejamento familiar;

B) implante de dispositivo intrauterino (DIU);

C) cirurgia esterilizadora feminina e masculina (laqueadura tubária e vasectomia).

Para a cirurgia esterilizadora feminina e masculina, seguimos a legislação federal vigente e a diretriz de utilização estabelecida pela ANS, com os seguintes critérios de cobertura:

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

1. Cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

a. homens com capacidade civil plena;
b. maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
c. seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
e. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão.

Grupo II

a. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
b. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I

a. mulheres com capacidade civil plena;
b. maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
c. seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Grupo II

a. durante os períodos de parto ou aborto, quando não observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
b. através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
c. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
d. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

A declaração de filhos vivos está disponível no nosso portal, para impressão, preenchimento e assinatura do beneficiário e deve ser entregue junto com a solicitação de autorização para o procedimento. Acesse aqui.

6.4. ANESTESIA

6.4.1. Garantimos a cobertura da participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, desde que seja indispensável à sua realização.

6.4.2. Para os procedimentos definidos pela Associação Médica Brasileira (AMB) para participação indispensável do anestesista, ou seja, procedimentos com indicação de porte anestésico na Tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), a cobertura está garantida desde que tenha havido a participação deste profissional.

6.4.3. Para os procedimentos sem indicativo pela AMB e pela tabela referência da operadora, da participação indispensável do anestesista, deverá ser apresentada a solicitação médica e indicação clínica para a anestesia, para que seja viabilizada a nossa análise e autorização.

6.4.4. Nas localidades onde não houver profissional anestesista credenciado ao plano, a cobertura poderá ser realizada através da Garantia de Atendimento ou por meio de reembolso integral, respeitadas as regras de cobertura definida pelo Rol e regras de extrarrol definidas pela Saúde Petrobras, respeitando os mesmos critérios de coparticipação vinculados ao procedimento ou às definições de garantia de atendimento definidas pela ANS eventualmente aplicáveis à hipótese.

6.5. PARTO

Nosso plano de saúde oferece cobertura aos procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto (normal ou cesárea):

A) consultas de pré-natal e puerpério;

B) exames complementares indicados pelo médico assistente e contemplados na cobertura do plano, tais como exames laboratoriais, ultrassonografias obstétricas, cardiotocografia;

C) assistência médica durante o trabalho de parto e pós-parto;

D) acompanhante durante a internação (período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato);

E) assistência ao recém-nascido em sala de parto e berçário;

F) testes de triagem neonatal: teste do pezinho básico (TSH neonatal + fenilalanina + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias); teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17 OH progesterona + fenilalanina + Tripsina imuno-reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias); teste do olhinho; teste da orelhinha.

G) assistência ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida.

6.6. QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA

6.6.1. É 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.

6.6.2. Define-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

6.6.3. Oferecemos cobertura para a quimioterapia ambulatorial e hospitalar, quando indicada pelo médico assistente.

6.6.4. A cobertura abrange os honorários médicos, taxas de sala, taxas de serviços de enfermagem, taxas de uso de equipamentos, materiais de consumo, os quimioterápicos registrados/regularizados na Anvisa e os medicamentos adjuvantes e de suporte.

6.6.5. A solicitação para quimioterapia requer nossa análise prévia com base nos protocolos de tratamento reconhecidos pelas entidades médicas, sob a responsabilidade da nossa equipe médica.

6.6.6. A cobertura para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral é garantida por meio do Benefício Farmácia, desde que atendidos os critérios técnicos definidos pela indicação da Bula da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

6.7. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

6.7.1. Nosso plano oferece cobertura para cirurgia plástica reparadora, assim entendida como aquela realizada para restaurar a função de órgãos, membros ou outras estruturas anatômicas, decorrentes de acidentes pessoais, sequelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e malformações congênitas, conforme o rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

6.7.2. Há cobertura para a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica de tratamento de câncer;

6.7.3. Há cobertura para a dermolipectomia abdominal, seguindo a diretriz de utilização (anexo II do rol) definida pela ANS.

6.8. COBERTURA EM SAÚDE MENTAL

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Oferecemos as seguintes coberturas relacionadas à saúde mental:

6.8.1. Atendimento ambulatorial/consulta em psiquiatria

6.8.2. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

6.8.3. Internação de urgência/emergência em psiquiatria, desde que haja indicação médica.

6.8.4. Tratamento em regime de hospital-dia seguindo as diretrizes de utilização (anexo II do rol) definidas pela ANS.

6.8.5. Psicoterapia

6.8.5.1. A psicoterapia é coberta exclusivamente quando solicitada e realizada por médico psiquiatra ou psicólogo, ambos com especialização em psicoterapia.

6.8.5.2. A cobertura abrange atendimento de forma individual, em grupo ou familiar.
6.8.5.3. Está prevista a cobertura seguindo os seguintes limites:

A) sessões de psicoterapia individual; sessões de psicoterapia de grupo e sessões de psicoterapia familiar, em número ilimitado de sessões, desde que mantida a necessidade clínica, documentada pelo profissional assistente.

6.8.5.5. O profissional solicitante deve encaminhar a solicitação para o tratamento, indicando o CID 10 de referência e modalidade de tratamento (individual, familiar/casal, grupal, infantil ou hospitalar) e periodicidade das sessões.

6.8.5.6. A terapia familiar pode ser coberta concomitantemente à terapia individual ou de grupo.

6.8.6. Dependência química:

6.8.6.1. Oferecemos cobertura para o tratamento de dependência química, conforme definição da Organização Mundial de Saúde em regime de internação ou ambulatorial, sendo realizado por profissionais e instituições especializadas e tendo como objetivos:

A) abstinência de substâncias químicas psicoativas;
B) mudança do estilo de vida; e
C) melhoria do desempenho funcional e qualidade de vida.

6.8.6.2 As internações por dependência química estão contempladas pelas internações psiquiátricas, conforme entendimento da Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo certo que, para que a internação seja garantida, é necessário apresentação de relatório médico que demonstre o imperativo clínico e facultativamente a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 relacionada à internação pretendida.

Após a vigência do Acordo Coletivo de Trabalho 2023-2025, as internações por dependência química serão garantidas em número ilimitado de dias e não ensejarão a cobrança de coparticipação, sendo igualadas à internação psiquiátrica e enquadradas na cobertura do Grande Risco.

6.8.6.3. Cobertura para tratamento ambulatorial: o tratamento ambulatorial é classificado como de Pequeno Risco e, como tal, seu pagamento é realizado diretamente pelo plano às instituições credenciadas, sendo posteriormente descontado do beneficiário titular o valor correspondente ao seu percentual de participação. O tratamento ambulatorial é autorizado mensalmente com base no relatório médico e planejamento terapêutico, analisados pela nossa equipe médica.

6.8.7 Avaliação Neuropsicológica

6.8.7.1 Diretriz para cobertura:

A Avaliação Neuropsicológica apresenta cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, com cobertura através de sessão com psicólogo na modalidade Pequeno Risco.

Na Saúde Petrobras, ofertamos cobertura de avaliação neuropsicológica por meio de pacote, por meio de atendimento multidisciplinar, o que caracteriza cobertura extrarrol objetivando uma investigação detalhada que tem como objetivo avaliar as funções cognitivas do indivíduo, como: atenção, memória, linguagem, entre outras. Além disso, o processo de avaliação também se concentra em aspectos sociais, emocionais e funcionais da pessoa.

6.8.7.2 Orientação para análise técnica do pacote extrarrol:

É uma avaliação que engloba baterias de testes, cujo objetivo é mensurar e descrever o perfil de desempenho cognitivo, avaliando suspeitas de alterações cognitivas que podem ser decorrentes de desordens neurológicas e outros transtornos.

Atenção: somente deve ser utilizado para orientação da análise técnica da Saúde Petrobras, para abordagem do profissional especialista solicitante**. Não há limite de ocorrência do exame, conforme determina a Agência Nacional de Saúde e o procedimento não tem diretriz de utilização pela ANS.**

- Diagnóstico e avaliação quantitativa das sequelas de traumatismos cranianos, acidentes vasculares encefálicos e quadros pós-anoxia ou pós-meningoencefalites;

- Transtornos mentais orgânicos (secundário às intoxicações por álcool, solventes orgânicos, metais pesados etc.), desde que não relacionados à exposição ocupacional;

- Doenças psiquiátricas;

- Distúrbio do déficit de atenção;
- Transtornos globais do desenvolvimento;
- Investigação de processos demenciais.

Critérios técnicos para abordagem do médico solicitante, caso haja necessidade de justificativa médica para novo exame:

- Pacientes com diagnóstico prévio de síndrome demencial;
- Pacientes com sequelas motoras ou déficits sensoriais que impeçam a realização dos testes;

Documentos necessários para análise:

- Pedido médico constando a hipótese diagnóstica e justificativa da solicitação;
- Guia de solicitação de autorização pelo profissional executante;
- É dispensada a solicitação de exames complementares, dado que um exame normal não afasta a indicação.

6.8.8 Atendimento em hospital-dia psiquiátrico conforme as Diretrizes de Utilização da ANS.

6.9. TRANSPLANTES

6.9.1. Oferecemos cobertura para todos os transplantes: rim, córnea, fígado, osso, coração, pulmão, respeitados os critérios e indicação técnica, e ainda a cobertura do transplante de medula óssea, de acordo com as diretrizes de utilização (anexo II do rol), definidas pela ANS.

6.9.2. A cobertura abrange as despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio.

6.9.3. O transplante solicitado deverá estar alinhado à política nacional de transplantes de órgãos e tecidos e esteja fundamentada na legislação (Lei nº 9.434/1997, Lei nº 10.211/2001 e Lei nº11. 633/2007), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.

6.9.4. Todos os beneficiários potenciais receptores com indicação de transplante deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), e sujeitar-se-ão ao critério de fila única nacional de espera e seleção, sob a responsabilidade do Sistema Nacional de Transplante do Ministério da Saúde.

6.9.5. Os transplantes só podem ser autorizados para equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, prévia e expressamente autorizadas pelo Ministério da Saúde.

6.9.6. As solicitações para transplantes devem ser submetidas à análise do plano, devendo ser apresentados o relatório médico com a justificativa para o transplante e o comprovante de inscrição do beneficiário potencial receptor no Sistema Nacional de Transplantes/Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs).

6.9.7. Para a autorização de transplantes intervivos, é necessário o termo de consentimento informado do doador e do receptor. Nesses casos, são cobertas pelo plano, via Grande Risco, as despesas assistenciais com o doador vivo, no que se refere aos exames complementares diretamente relacionados ao transplante e exames de compatibilidade de órgão, bem como o procedimento de doação do órgão ou tecido propriamente dito, medicamentos utilizados durante a internação do mesmo e seu acompanhamento clínico limitado ao pós-operatório imediato e tardio até 30 dias após a realização do transplante.

6.9.8. Oferecemos ainda cobertura extrarrol para o transplante de coração, pulmão e pâncreas, seguindo as diretrizes de cobertura descritas nesta cartilha, no capítulo 8.

6.10. REMOÇÃO

6.10.1. Cobertura para remoção terrestre em ambulância do beneficiário comprovadamente necessária, justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro.

6.10.2. Situações cobertas:

6.10.2.1. Após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência e desde que caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade de saúde para continuidade de atenção ao paciente.

6.10.2.2. Entre hospital e serviço especializado para a realização de exames e/ou procedimentos fora do hospital onde o paciente esteja internado.

6.10.2.3. Entre hospitais, desde que caracterizada a necessidade técnica ou por ausência de recursos no hospital onde o paciente esteja internado, devendo a remoção ser feita para o hospital mais próximo que atenda às necessidades terapêuticas do paciente.

6.10.2.4. De hospital da rede pública ou privada para hospital da nossa rede credenciada, por indicação médica.

6.10.2.5. Para os beneficiários inscritos no Programa de Atenção Domiciliar (PAD), dentro dos critérios e regramentos do programa.

6.10.3. Tipos de ambulância cobertos:

6.10.3.1. Ambulância UTI: necessidade de remoção em situação de urgência ou emergência em que haja necessidade de oxigenoterapia, infusão de drogas que exijam monitorização contínua, hemotransfusões ou a presença constante de médico durante a remoção.

6.10.3.2. Ambulância simples: todos os demais casos não enquadrados nas situações acima.

6.10.3.3. Ambulâncias com características ou serviços especiais, quando necessário: UTI neonatal, ambulância pediátrica e ambulância para remoção psiquiátrica.

6.10.4. Modalidade de custeio: as remoções serão custeadas pelo Grande Risco nas situações que envolvem internação hospitalar: remoção 24 horas entre hospitais, remoção entre serviço de pronto atendimento para hospital, remoção entre serviço especializado e hospital e remoção para serviço de pronto atendimento em situação de emergência, se o atendimento for seguido de internação.

6.10.5. As remoções requerem análise e autorização prévias. A autorização para remoção em situação de emergência deverá ser solicitada pós-evento.

6.10.6. Situações não cobertas:

6.10.6.1. Quando a remoção for solicitada pelo próprio beneficiário ou seu familiar, a cobertura só será garantida se for caracterizada como emergência, por relatório médico do serviço assistencial de destino. Não sendo caracterizada emergência, o beneficiário titular arcará integralmente com a despesa, inexistindo dever de reembolsar do plano. Sendo caracterizada a emergência, a cobertura será pelo Pequeno Risco se o atendimento no pronto atendimento resultar em alta, sem evoluir para internação. Se o atendimento no pronto socorro resultar em internação, a cobertura para a remoção será pelo Grande Risco, devendo ser informada a senha da internação para vinculação do evento.

6.10.6.2. Remoções não justificadas ou cujas justificativas não forem aceitas pelo plano: remoções solicitadas sem caracterização de emergência; remoção solicitada para transferência de hospital a pedido do beneficiário e/ou família sem justificativa médica; remoção para realização de exame/procedimento em outro serviço quando o exame ou procedimento não for coberto pelo plano de saúde.

6.11. COBERTURA DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, SONDA VESICAL DE DEMORA E COLETOR DE URINA

6.11.1. Oferecemos cobertura dos equipamentos e adjuvantes para estomias, de acordo Lei nº 12.738/2020 e IV da RN nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A cobertura se dará por meio do reembolso de despesas, com coparticipação do Pequeno Risco, sendo necessária a auditoria técnica para autorização do reembolso, sendo possível a cobertura pela rede credenciada por meio de negociação direta com o prestador, o que traz a importância de o beneficiário acionar previamente a equipe técnica da Regulação Médica da Saúde Petrobras.

6.11.2. Pessoa com estomia é aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório e/ou urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo, um orifício externo que se chama estoma.

6.11.3. Podem ser estomias intestinais (colostomia e ileostomia) e estomias urinárias ou derivações urinárias (uma abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina).

6.11.4. Os equipamentos coletores para estomas intestinais e urinários referem-se a bolsas de sistemas únicos ou compostos, descartáveis, fixadas à pele, ao redor do estoma, e que visam a coletar os efluentes, fezes ou urina, sendo de fundamental importância para o processo de reabilitação biopsicossocial da pessoa estomizada. Os equipamentos coletores para estomas intestinais e urinários são constituídos basicamente de bolsa coletora, para recolhimento do efluente, e de adesivos, para a fixação da bolsa à pele periestoma.

6.11.5. Os equipamentos adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários referem-se a barreiras protetoras de pele necessárias para pessoas com estomias.

6.11.6. Para análise da solicitação do reembolso é indispensável o formulário de solicitação de fornecimento de equipamentos coletores/adjuvantes de estomias, disponível em nosso site institucional. O formulário preenchido tem validade de um ano, com exceção dos beneficiários com ESTOMIA DEFINITIVA, que NÃO precisarão apresentar novo formulário após um ano. O formulário deve conter as seguintes informações:

A) a doença de base que levou a confecção do estoma;

B) tipo de cirurgia realizada;

C) permanência do estoma: temporário, definitivo ou indeterminado;

D) tipo da estomia: alça, terminal, duas bocas ou outras;

E) localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário: íleo, cólon ascendente, transverso, descendente, sigmoide e/ou derivações urinárias;

F) data da realização do procedimento cirúrgico;

G) quadro clínico atual;

H) definição dos equipamentos necessários.

6.11.7. Os equipamentos coletores e adjuvantes cobertos serão exclusivamente:

6.11.7.1. Bolsa de colostomia fechada com adesivo microporoso

6.11.7.2. Bolsa de colostomia com adesivo microporoso drenável

6.11.7.3. Conjunto de placa e bolsa para estomia intestinal

6.11.7.4. Barreiras protetoras de pele sintética e/ou mista em forma de pó/pasta e/ou placa

6.11.7.5. Bolsa coletora para urostomizados

6.11.7.6. Coletor urinário de perna ou de cama

6.11.7.7. Conjunto de placa e bolsa para urostomizados

6.11.8. No caso de beneficiários em regime de internação hospitalar ou domiciliar, a cobertura será pelo Grande Risco, enquanto perdurar a internação, sendo mantidas as exigências acima. O fornecimento dos equipamentos será de responsabilidade da instituição de saúde que esteja assistindo o beneficiário.

6.12. IMPLANTE COCLEAR

6.12.1. Oferecemos cobertura para o implante coclear seguindo as orientações da diretriz de utilização da ANS. O procedimento cirúrgico relacionado ao implante tem cobertura pelo Grande Risco.

6.12.2. Uma vez autorizado e realizado o implante coclear, garantimos a cobertura para o acompanhamento ambulatorial posterior, bem como para os ajustes e manutenções necessários para o pleno funcionamento do implante, por meio dos seguintes procedimentos:

A) consulta médica com otorrinolaringologista;

B) acompanhamento ambulatorial com fonoaudiólogo;

C) ativação do implante coclear;

D) mapeamento e balanceamento de eletrodos;

E) troca do processador de áudio do implante coclear e todos os componentes responsáveis pela sua funcionalidade, conforme regras de cobertura da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

6.12.3. Os procedimentos ambulatoriais relacionados no item anterior têm cobertura pelo Pequeno Risco, exceto a troca do processador de áudio do implante coclear que, apenas este, não tem coparticipação.

6.12.4. Substituição dos componentes do implante coclear: garantimos a cobertura para os componentes do implante coclear que necessitam ser substituídos por desgaste de uso ou mau funcionamento, sem coparticipação financeira do beneficiário, havendo indicação médica para a substituição.

6.12.4.1. Esta cobertura é disponibilizada por meio de reembolso ou aquisição direta pelo plano junto ao fornecedor dos materiais.

6.12.4.2. A solicitação de reembolso deve ser feita pelo Portal do Beneficiário > Solicitações > Nova Solicitação > Reembolso Livre Escolha > Implante Coclear (Honorários/Manutenção/Troca).

A solicitação de compra direta pela Saúde Petrobras deve ser feita pelo Portal do Beneficiário > Programas Complementares > Implante Coclear.

6.12.4.3. Para subsidiar a análise pela nossa equipe responsável, para a cobertura dos componentes do implante que necessitem ser substituídos, é necessário o beneficiário ou seu responsável apresentar os seguintes documentos:

6.12.4.3.1. Para aquisição direta pelo plano de saúde:

A) relatório do médico otorrinolaringologista assistente; e

B) orçamento do componente(s) a ser(em) substituído(s).

6.12.4.3.2. Para reembolso:

A) relatório do médico otorrinolaringologista assistente;

B) nota fiscal do(s) componente(s) adquirido(s); e

C) carta de exclusividade do fornecedor.

6.13 – ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER OU FOTOVAPORIZAÇÃO DE PRÓSTATA A LASER POR VIA ENDOSCÓPICA

Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 582, de 24 de fevereiro de 2021, dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória do procedimento "FOTOVAPORIZAÇÃO DE PRÓSTATA A LASER POR VIA ENDOSCÓPICA ou ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER".

7. COBERTURAS ESPECIAIS DA SAÚDE PETROBRAS

O plano AMS **(**Assistência Multidisciplinar de Saúde**)** possui coberturas extrarrol não vinculadas à cobertura médica e odontológica**. D**esta forma, recomendamos a consulta às cartilhas/manuais disponíveis no site **institucional.**

7.1. PROGRAMAS: consulte as cartilhas específicas dos programas

A) Benefício Farmácia
B) Programa de Assistência Domiciliar (PAD)
C) Fisioterapia Domiciliar
D) Programa de Assistência Especial (PAE)
E) Auxílio Cuidador do Idoso (ACI)

7.2. LINHA DE CUIDADO TRANSCUIDAR

TransCuidar é nossa linha de cuidado para atendimento às pessoas transgênero em processo transexualizador ou de afirmação de gênero.

O processo transexualizador é o conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados no âmbito do atendimento de pessoas transgênero ou com incongruência de gênero, e está disciplinado atualmente pela Portaria GM/MS 2.803/2013 e pela Resolução CFM n.º 2.265/2019, de forma que a linha de cuidado em destaque segue todas as diretrizes estabelecidas pelos normativos mencionados ou os que vier substituí-los.

7.2.1 Todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão garantidos aos(às) beneficiários(os) transgênero ou com incongruência de gênero com plano ativo na Saúde Petrobras, desde que solicitados pelo médico assistente e atendidos aos critérios definidos nesta cartilha.

7.2.2 Compete ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a definição dos critérios de elegibilidade (previstos no item 7.2.5) para a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, atualmente dispostos na Resolução CFM n.º 2.265/2019, podendo ser atualizados a qualquer tempo por este órgão.

7.2.3 Não estão elegíveis à realização de procedimentos hormonais e cirúrgicos pessoas com diagnóstico de transtornos mentais que os contraindiquem, conforme especificado no Anexo III da Resolução CFM n.º 2.265/2019.

7.2.4 Os procedimentos cirúrgicos previstos no item 7.2.7 só poderão ser realizados após acompanhamento prévio mínimo de 1 (um) ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar

7.2.5 Critérios de elegibilidade, conforme Resolução CFM n.º 2.265/2019 (ou a que vier substitui-la)

a) Ser pessoa transgênero ou com incongruência de gênero;
b) Ter idade entre 18 (dezoito) e 75 (setenta e cinco) anos para realização de procedimentos cirúrgicos;
c) Ter idade a partir de 16 (dezesseis) anos para realização de hormonização;
d) Nos casos de procedimentos cirúrgico, apresentar laudo que comprove estar em acompanhamento por equipe multiprofissional e interdisciplinar por, no mínimo 1 (um) ano, assinado por profissional assistente da área de saúde;
e) Pedido médico;

7.2.6 Caso a solicitação médica não apresente, de forma clara, a confirmação de todos os requisitos de elegibilidade, poderão ser solicitados documentos complementares, tais como laudos de exame ou o ajuste da solicitação médica.

7.2.7 Documentos obrigatórios a serem apresentados

a) Solicitação médica atestando os requisitos de elegibilidade conforme Resolução CFM n.º 2.265/2019;
b) Laudo ou atestado de profissional da área de saúde comprovando o acompanhamento prévio mínimo de 1 (um) ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
c) Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo médico assistente e pelo beneficiário;

7.2.7 Procedimentos médicos cobertos na linha de cuidado

a) Todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde;
b) Hormonização, via Benefício Farmácia;
c) Procedimentos listados no Anexo I - Procedimentos Cobertos na Linha de Cuidado Transcuidar desta cartilha com seus respectivos códigos TUSS;

7.2.8 Para entender como ocorre a cobertura da hormonização, o beneficiário deve acessar a Cartilha de Orientações do Benefício Farmácia.

7.2.9 Caso a Operadora não concorde com a solicitação médica, poderá adotar os procedimentos de junta técnica previstos na Resolução Normativa nº 424/2027.

7.2.10 O fluxo para solicitação de procedimentos e exames seguirá a mesma jornada da autorização de procedimentos da Saúde Petrobras.

8. OUTRAS COBERTURAS EXTRARROL

Por tratar-se de cobertura adicional, as regras para concessão são definidas pelo plano.

8.1. REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG)

Oferecemos cobertura para reeducação postural global (RPG), limitada a 70 sessões por ano, a contar da data da primeira utilização.

8.2. CIRURGIA PLÁSTICA PÓS-TRATAMENTO DE OBESIDADE MÓRBIDA

Além da dermolipectomia ou abdominoplastia, que é de cobertura obrigatória pelo rol segundo a diretriz de utilização nº 18, definida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), para a cobertura para beneficiários com abdome em avental decorrente de grande perda ponderal em consequência de tratamento clínico ou cirúrgico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago, oferecemos cobertura para as seguintes cirurgias plásticas, nas situações descritas:

8.2.1. Membros superiores e inferiores, por meio do procedimento lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana, para beneficiários submetidos a tratamento clínico ou cirúrgico para obesidade mórbida.

A correção de lipodistrofia (cirurgia plástica reconstrutiva de membros) é a correção cirúrgica de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana de membros superiores e inferiores. A Saúde Petrobras oferece cobertura para este procedimento cirúrgico, previsto exclusivamente para os casos de beneficiários previamente submetidos a tratamento de obesidade mórbida (clínico ou cirúrgico), após atingir IMC igual ou inferior a 25 kg/m2; O beneficiário deverá ter atingido a estabilidade da perda ponderal dentro dos limites citados por, no mínimo, 1 ano. Não será autorizado em qualquer outra situação, pois pode se tratar de procedimento estético. Para análise da autorização são necessários o relatório médico e fotos da região a ser corrigida.

8.2.2. Cirurgia plástica mamária, exclusivamente nos casos de beneficiárias submetidas a tratamento clínico para obesidade mórbida ou cirurgia bariátrica. Não há cobertura para a prótese de silicone.

Há previsão de cobertura exclusivamente nos casos em que houver considerável perda ponderal após tratamento clínico para obesidade mórbida (IMC inicial superior a 40) ou pós-gastroplastia, independentemente do IMC inicial. Trata-se de cobertura além do Rol da ANS. Apesar de o procedimento fazer referência, não há cobertura para mastoplastia ou para correção de hipertrofia mamária (procedimento para corrigir o gigantismo mamário). O código é utilizado apenas para remuneração da mastoplastia pós-bariátrica. Esta cobertura abrange os beneficiários submetidos previamente a tratamento de obesidade mórbida e que atingiram IMC inferior a 30 Kg/m2, com estabilidade do peso por um período mínimo de 1 ano. Para análise da autorização são necessários o relatório médico e foto da região a ser corrigida. Para mulheres com 40 anos ou mais é necessário encaminhar laudo recente de Mamografia. As próteses mamárias não têm cobertura para este procedimento.

8.2.3 Para a cobertura das cirurgias plásticas acima descritas, é necessário apresentar relatório médico informando a estabilidade do peso, bem como a perda ponderal e o período que ocorreu.

8.3. ELETROCONVULSOTERAPIA

8.3.1. Oferecemos cobertura na modalidade de custeio pelo Pequeno Risco.

8.3.2. Somente deve ser administrada após a obtenção do consentimento informado dos pacientes que apresentem capacidade para tanto ou de seus responsáveis.

8.3.3. O procedimento só será autorizado para médico psiquiatra, em ambiente hospitalar, podendo ser realizado em regime ambulatorial ou internado, a critério do médico assistente e sob anestesia.

8.3.4. O procedimento requer nossa análise e autorização prévia, devendo ser enviado para análise o relatório do médico psiquiatra contendo a justificativa.

8.3.5. Serão liberadas no máximo 12 sessões, e a manutenção do tratamento será analisada pela nossa equipe técnica, com base no relatório médico informando a resposta ao tratamento e justificativa para a continuidade.

8.3.6. A cobertura está prevista para as seguintes indicações:

A) tratamento agudo para doença depressiva grave: depressão maior unipolar e bipolar;

B) mania (em especial, episódios mistos e psicóticos);

C) certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais;

D) controle rápido dos sintomas da catatonia e da desordem maníaca severa;

E) transtorno esquizoafetivo;

F) certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e catatônicos secundários às doenças tóxicas e metabólicas);

G) certas formas de doença de Parkinson;

H) pacientes que apresentam impossibilidade de terapêutica psicofarmacológica.

8.3.7. Em menores de 16 anos, somente deve ser feito em condições excepcionais, portanto a solicitação será passível de negativa, se não houver justificativa clínica.

8.4. TRANSPLANTE DE PÂNCREAS, RIM-PÂNCREAS, CORAÇÃO E PULMÃO

Prevemos a cobertura de transplante de pâncreas, rim-pâncreas, coração e pulmão, desde que respeitados os critérios técnicos aqui descritos para sua indicação, as orientações da política nacional de transplantes do Ministério da Saúde e inscrição do beneficiário potencial receptor na Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

8.4.2. TRANSPLANTE DE PÂNCREAS

Serão aceitos para inscrição em lista de espera para transplante isolado de pâncreas, pacientes com diabetes mellitus tipo 1, insulinodependentes, com depuração de creatinina maior que 60ml/min/m^2 que preencham os critérios isolados ou associados desta cartilha.

8.4.3. TRANSPLANTE DUPLO RIM-PÂNCREAS

Será coberto para beneficiários inscritos em lista de espera para transplante conjugado de rim-pâncreas como potenciais receptores com diabetes mellitus (DM) insulinodependentes (DM tipo 1 e outros casos de LADA - Latente Adult Diabete Autoimunne) e MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), com insuficiência renal crônica em diálise ou em fase pré-dialítica, com depuração de creatinina menor que 20 ml/min/m^2.

8.4.4. TRANSPLANTE DE CORAÇÃO

8.4.4.1. O transplante cardíaco está indicado nos portadores de cardiopatia associados a prognóstico reservado em curto prazo, entendendo-se como uma mortalidade acima

de 40% num prazo de um ano na evolução natural da doença, ou no caso de qualidade de vida inaceitável.

8.4.4.2. Os candidatos com os seguintes diagnósticos são passíveis de cobertura para transplante de coração:

A) arritmia cardíaca grave intratável;

B) retransplante cardíaco, devido à falência do enxerto;

C) cardiomiopatia grave de etiologia nutricional, metabólica, hipertrófica ou restritiva;

D) doença cardíaca congênita;

E) estágio final de falência ventricular;

F) miocardiopatia dilatada idiopática;

G) incapacidade de desmame de dispositivos temporários de assistência cardíaca após o infarto do miocárdio ou cirurgia cardíaca (não transplante);

H) doença arterial coronária intratável;

I) miocardite;

J) miocardiopatia pós-parto;

K) displasia/miocardiopatia do ventrículo direito;

L) valvopatia.

8.4.4.3. Todos os critérios listados abaixo devem ser atendidos:

A) classificação de insuficiência cardíaca III ou IV da New York Heart Association (NYHA) - ver nota abaixo - não aplicável para beneficiários pediátricos; e

B) beneficiário com boa possibilidade de reabilitação após o transplante (não está moribundo); e

C) a expectativa de vida (na ausência de doença cardiovascular) é maior do que dois anos; e

D) nenhuma malignidade (exceto para os cânceres de pele não melanoma) ou doença oncológica completamente ressecada ou após nossa análise nos beneficiários em

acompanhamento oncológico adequado, sem probabilidade substancial de recorrência da doença de base e com riscos futuros aceitáveis; e

E) função pulmonar, hepática e renal adequada; e

F) ausência de infecções ativas ou não eficazmente tratadas; e

G) ausência de infecção por HIV não controlada, definido como: contagem de CD4 acima de 200 células/mm3 durante mais de seis meses; e HIV-1 RNA (carga viral) indetectáveis; e em terapia antiviral estável superior a três meses; e nenhuma outra complicação da Aids, tais como infecções oportunistas (por exemplo, aspergillus, tuberculose, coccidiodomycosis, resistentes infecções fúngicas) ou neoplasias (por exemplo, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin), e

H) ausência de pancreatite ativa ou recorrente; e

I) ausência de diabetes com sequelas - (neuropatia, nefropatia com o declínio da função renal e retinopatia proliferativa); e

J) ausência de distúrbios psiquiátricos não controlados e/ ou não tratados que interfiram com a adesão a um regime de tratamento rigoroso; e

K) ausência de dependência química ativa de álcool que possa interferir com o cumprimento de um regime de tratamento rigoroso.

8.4.4.4 Não haverá cobertura para:

A) xenotransplante;

B) coração artificial total;

C) dispositivos de assistência ao ventrículo esquerdo (ventrículo artificial) como tratamento definitivo;

D) teste de respiração para a rejeição de transplantes do coração (Heartsbreath ®).

8.4.5. TRANSPLANTE DE PULMÃO

8.4.5.1. O transplante de pulmão tem cobertura quando indicado em pacientes com doença pulmonar terminal não oncológica, todas com condições específicas para serem consideradas para transplante:

A) doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);

B) fibrose pulmonar primária ou secundária;

C) bronquiectasias;

D) hipertensão pulmonar;

E) fibrose cística.

8.4.5.2. Os beneficiários com as pneumopatias especificadas devem apresentar as seguintes condições:

A) doença severa, extremamente limitante do ponto de vista funcional;

B) tratamento medicamentoso ineficaz ou indisponível;

C) expectativa de vida, sem o transplante, menor do que dois anos;

D) condição ambulatorial preservada ou recuperável pela reabilitação;

E) estado nutricional satisfatório (em geral, peso entre 80 e 120% do previsto para sua idade);

F) condição psicossocial adequada.

8.5. COLOCAÇÃO/RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO

8.5.1. Trata-se de método provisório no tratamento da obesidade mórbida, uma vez que o balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses.

8.5.2. Procedimento com cobertura pela escolha dirigida, para nossos credenciados por meio de pacote previamente negociado. Não há cobertura pela modalidade Livre Escolha (Reembolso).

8.5.3. A cobertura será permitida para a seguinte indicação: adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com obesidade muito grave (IMC acima de 50kg/m2) com associação de distúrbios agravados e/ou desencadeados pela obesidade mórbida.

8.5.4. São consideradas contraindicações para a cobertura:

A) esofagite de refluxo;

B) hérnia hiatal;

C) estenose ou divertículo de esôfago;

D) lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e angiodisplasias;

E) cirurgia gástrica ou intestinal prévia de ressecção;

F) doença inflamatória intestinal;

G) uso crônico de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas;

H) transtornos psíquicos.

8.6. CIRURGIA REFRATIVA

8.6.1. Além da cobertura estabelecida para cirurgia refrativa pela diretriz de utilização da ANS (anexo II do rol), oferecemos cobertura extrarrol para os beneficiários com miopia maior ou igual a 1 grau e menor que 5 graus (a cobertura pelo rol é apenas a partir de 5 graus), exclusivamente para aqueles beneficiários com idade entre 25 e 40 anos.

8.6.2. Esta cobertura é na modalidade de custeio Pequeno Risco, com coparticipação de 70%.

8.6.3 Quando a cirurgia for realizada conforme a cobertura prevista no Rol e a Diretriz de Utilização da ANS, a coparticipação obedecerá ao que está previsto na tabela de Pequeno Risco.

8.7. CROMOGRANINA A

É um marcador tumoral para neoplasias endócrinas. Proteína componente dos grânulos secretórios de células endócrinas e neuronais com expressão na diferenciação neuroendócrina, presentes em neoplasias como feocromocitoma, síndrome carcinoide, adenoma hipofisário, carcinoma de células das ilhotas do pâncreas, carcinoma medular da tireoide, tumor de Merkel, paraganglioma, tumor de pequenas células do pulmão.

8.8. TC COM ESCORE DE CÁLCIO

8.8.1. É um exame que avalia a composição das placas depositada nas artérias do coração.

8.8.2. Coberto para beneficiários com dor torácica e com baixo ou médio grau de risco para desenvolver doenças coronarianas, documentado em relatório do médico cardiologista.

8.8.3. Não há cobertura como exame de rotina como prevenção para doença coronariana isquêmica.

8.9. COBERTURA DE TIRAS REAGENTES PARA MEDIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR (GLICOFITAS) E SENSOR DE GLICEMIA

8.9.1. A cobertura, exclusivamente através de reembolso, de tiras reagentes utilizadas na medição de glicemia capilar e para sensor de glicemia é para todos os beneficiários inscritos regularmente em nosso plano com diagnóstico comprovado de diabetes mellitus e o tratamento com insulina (humana ou análogos de insulina).

8.9.2. A cobertura extrarrol de até 100 (cem) tiras reagentes ou 2 (dois) sensores de glicemia será garantida por meio de reembolso, desde que esses sejam adquiridos dentro do mesmo mês. Nos meses do ano com 31 (trinta e um) dias será possível solicitar o reembolso de até 3 sensores adquiridos dentro desse mesmo mês. Para acesso à cobertura é necessária a comprovação da necessidade de utilização de insulina comprovada por meio de declaração do médico assistente, que ateste/declare que o beneficiário é diabético e insulinodependente.

8.9.3. A solicitação do reembolso para as glicofitas ou para os sensores de glicemia é submetida à análise técnica da nossa equipe. Para a validação técnica, é necessário o beneficiário apresentar os seguintes documentos:

A) formulário de solicitação de reembolso de tiras reagentes ou sensor de glicemia (disponível no nosso site) para medição de glicemia capilar, válido por 1 ano da data de sua emissão e que deve conter as seguintes informações: tipo de diabetes apresentado; quadro clínico atual; tipo de insulina utilizada; dose de insulina diária por Kg de peso e frequência de monitorização de glicemia capilar; e

B) receita médica com a prescrição de insulina, em nome do paciente, com data e carimbo do médico legíveis e com validade de 365 dias; e

C) recibo ou nota fiscal referente às despesas com a aquisição das tiras reagentes ou sensores de glicemia, com validade de 90 dias.

8.9.4. Não será permitido o reembolso simultâneo para tiras reagentes e sensor de glicemia.

8.9.5. A coparticipação da cobertura de tiras reagentes para medição da glicemia capilar (glicofitas) e sensor de glicemia ocorrerá conforme a modalidade de atendimento do Pequeno Risco, prevista no regulamento do Plano AMS.

8.10. PROCEDIMENTO POR NEURONAVEGAÇÃO

8.10.1. Oferecemos cobertura para procedimento por neuronavegação (utiliza o equipamento neuronavegador) exclusivamente nos casos de procedimentos neurocirúrgicos invasivos de crânio em crianças e em adultos com lesões malignas, em áreas profundas/áreas nobres do sistema nervoso central, mediante análise e autorização prévia pela nossa equipe médica.

8.10.2. Não tem cobertura no caso de ressecção de tumores em áreas superficiais ou implantes secundários (metástases).

8.10.3. Não tem cobertura em cirurgias da coluna vertebral e cirurgias ortopédicas ou qualquer outra situação não especificada nesta cartilha.

8.11. CPAP

8.11.1. Oferecemos cobertura extrarrol da Agência Nacional de Saúde para o CPAP, uma vez na vida, exclusivamente na modalidade livre escolha (reembolso), desde que sejam atendidos os critérios de cobertura.

8.11.2. O reembolso deverá ser para a compra do equipamento, com valor teto estabelecido no sistema. Não será reembolsado aluguel do equipamento e não será reembolsado o aluguel das máscaras.

8.11.3. Critérios de cobertura:

8.11.3.1. Beneficiários com IAH superior ou igual a 15 eventos/hora, com um mínimo de 30 eventos ou;

8.11.3.2. IAH maior que cinco e menor que 15 eventos/hora, com um mínimo de 10 eventos e pelo menos um dos critérios abaixo atendidos:

A) história documentada de acidente vascular cerebral (TC ou RM de crânio);

B) hipertensão arterial documentada (mapa), PA sistólica acima de 140mmHg e/ou pressão diastólica acima de 90mmHg; ou

C) doença cardíaca isquêmica documentada; ou

D) sintomas de dificuldades cognitivas, distúrbios do humor, ou insônia; ou,

E) sonolência diurna excessiva documentada por Epworth maior que 10, ou teste de múltiplas latências do sono inferior a seis, ou mais de 20 episódios de dessaturação de oxigênio menor que 85%, ou um episódio menor que 70%.

8.11.3.3 Boa adaptação ao uso do equipamento após período de teste, comprovada por: apresentação de relatório médico atestando boa adaptação ao uso do equipamento após período de teste e ou registro do uso do equipamento por, pelo menos, 8 semanas.

A comprovação da realização do teste será acatada através do registro de uso do equipamento por 8 semanas **OU** relatório médico, atestando que o beneficiário teve boa adaptação ao uso do equipamento, independentemente do tempo de teste.

8.11.4. Não há previsão de cobertura para o BIPAP.

8.12. PRÓTESE EXTERNA

8.12.1. Oferecemos cobertura exclusivamente por livre escolha (reembolso), para prótese externa ortopédica convencional e modular para membros superiores e inferiores, mãos e pés, desde que atendidos os requisitos descritos nesta cartilha.

8.12.2. O reembolso será limitado ao valor teto, informado na tabela de livre escolha disponível em nosso site institucional.

8.12.3. Para análise e validação do reembolso será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

A) solicitação médica da prótese, contendo sua descrição completa, material de que é construída, marca e modelo; e

B) relatório médico indicando a doença ou alteração física de que é portador o paciente; e

C) Três cotações/orçamentos para a prótese para comprovação de que o beneficiário adquiriu a de menor custo;

D) nota fiscal, de acordo com as recomendações descritas no capítulo 13.

8.13. CIFOPLASTIA

Oferecemos cobertura para o procedimento cifoplastia, que é a injeção de cimento ósseo na vértebra através do uso de um balão, para tratamento de fratura na coluna vertebral. O procedimento será coberto mediante justificativa médica, desde que sejam atendidos os seguintes critérios:

A) Presença de colapso do corpo vertebral com mais de 20% de redução da sua altura e instabilidade da coluna vertebral; e

B) Dor severa debilitante por um período superior a 90 dias ou perda da mobilidade que não pode ser aliviada por terapia medicamentosa plena (ex.: paracetamol, dipirona, antiinflamatórios não hormonais, analgésicos narcóticos), fisioterapia e suporte lombar; e

C) Inexistência de outras causas de dor, tais como hérnia discal, comprovadamente afastadas por exame de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética; e

D) A vértebra afetada não esteja completamente destruída, estando com a sua altura preservada em ao menos um terço da sua altura original.

8.14. NORIPURUM EV® (SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO) E FERRINJECT (CARBOXIMALTOSE FÉRRICA)

O Noripurum EV para uso ambulatorial é uma expansão da cobertura do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde, sendo assim um procedimento extrarrol oferecido pela Saúde Petrobras, da modalidade Pequeno Risco, conforme os critérios estabelecidos para administração em ambiente ambulatorial, respeitando a indicação descrita na bula da Anvisa.

Para este medicamento - NORIPURUM EV® (SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO), as indicações previstas na bula são:

1. Anemias ferroprivas graves (pós-hemorrágicas, pós-parto, pós-cirúrgicas), se a hemoglobina estiver abaixo de 12 g/dL para mulheres, abaixo de 13 g/dL para homens e abaixo de 11 para crianças e gestantes;
2. No tratamento de anemia ferropriva por distúrbios de absorção gastrointestinal ou impossibilidade de utilizar a ferroterapia por via oral em casos de intolerância aos preparados orais de ferro em doenças inflamatórias gastrointestinais, que podem ser agravadas pela ferroterapia oral, e nos casos em que a falta de resposta à ferroterapia seja suspeita de falta de adesão ao tratamento;
3. Anemias ferroprivas graves no 3º trimestre da gravidez ou no puerpério,
4. Correção da anemia ferropriva no pré-operatório de grandes cirurgias,
5. Anemia ferropriva relacionada à insuficiência renal crônica.

Nos casos de solicitação de autorização do Ferrinject (Carboximaltose férrica), serão seguidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização nº 158 da ANS, conforme abaixo:

1. Tratamento de pacientes adultos com anemia por deficiência de ferro e intolerância ou contraindicação aos sais orais de ferro.

Os valores de hemoglobina para anemia por deficiência de ferro seguirão os parâmetros determinados pela Organização Mundial de Saúde, quais sejam: hemoglobina abaixo de 12 g/dL para mulheres, abaixo de 13 g/dL para homens e abaixo de 11g/dl para crianças e gestantes.

8.15. OUTROS PROCEDIMENTOS EXTRARROL

Oferecemos cobertura para os procedimentos abaixo descritos, desde que atendidos os seguintes critérios: solicitação médica e indicação baseada nas recomendações da Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), e, na sua ausência, as melhores evidências científicas disponíveis.

CD_TUSS	PROCEDIMENTO
30303095	Transplante de limbo
30312051	Infusão de gás expansor
30501520	Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia
30501539	Septoplastia por videoendoscopia
30502292	Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia
30502349	Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia
30502357	Sinusotomia frontal intranasal por videoendoscopia
30803195	Correção de fístula bronco-pleural por videotoracoscopia
30805287	Tratamento da mediastinite por vídeo
30806054	Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico por vídeo
31001300	Esofagectomia distal com ou sem toracotomia por videolaparoscopia
31001351	Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico por videotoracoscopia
31002293	Conversão de anastomose gastrojejunal por videolaparoscopia
31002358	Gastroenteroanastomose por videolaparoscopia

31002366	Gastrotomia para retirada de CE ou lesão isolada por videolaparoscopia
31002404	Vagotomia gástrica proximal ou superseletiva com duodenoplastia (operação de drenagem) por videolaparoscopia
31003753	Perfuração duodenal ou delgado - tratamento cirúrgico por videolaparoscopia
31005578	Desconexão ázigos - portal sem esplenectomia por videolaparoscopia
31005616	Lobectomia hepática direita por videolaparoscopia
31005624	Lobectomia hepática esquerda por videolaparoscopia
31006159	Biópsia de pâncreas por videolaparoscopia
31007074	Esplenorrafia por videolaparoscopia
31101496	Marsupialização laparoscópica de cisto renal unilateral
31101500	Biópsia renal laparoscópica unilateral
31102506	Ureterólise laparoscópica unilateral
40103021	Análise computadorizada de papila e/ou fibras nervosas - monocular (GDX)
40306569	CA 50 - pesquisa e/ou dosagem
40314073	Hepatite B (qualitativo) PCR - pesquisa

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da nossa cobertura:

9.1 Procedimentos não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS vigente e não relacionados na cobertura extrarrol, discriminada nos capítulos 7 e 8 desta cartilha.

9.2 Procedimento/tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido como aquele que:

A) emprega medicamentos, produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

B) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO);

C) emprega medicamentos e produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) que não possuem as indicações descritas na bula/manual registrado na Anvisa (uso *off label*);

D) Não possui codificação pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) ou não consta nos referenciais vigentes à época;

9.3 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, seja por traumatismo ou anomalia congênita;

9.4 Tratamento para infertilidade, a exemplo da inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

9.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

9.6 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa;

9.7 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, fora do programa Benefício Farmácia, exceto os medicamentos antineoplásicos orais domiciliares e aos de controle de efeitos advjuvantes;

9.8 Fornecimento de órtese, assim entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, que não esteja ligada ao ato cirúrgico, a exemplo de: óculos/lentes de contato, aparelhos auditivos, muletas, bengalas, talas, colchões d´água e assemelhados, coletes ortopédicos/splint, botas, tênis, sapatos ortopédicos, tutores não cirúrgicos, meias compressivas, cadeiras de rodas e aparelhos auditivos externos etc.;

9.9 Órteses e próteses não relacionados ao ato cirúrgico coberto;

9.10 Próteses customizadas;

9.11 Procedimentos/tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

9.12 Internação em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

9.13 Procedimentos odontológicos com finalidade estética e/ou utilização de ligas preciosas, inclusive em trabalhos protéticos;

9.14 Procedimentos para reversão de cirurgia esterilizadora prévia (reversão de laqueadura tubária e reversão de vasectomia);

9.15 Qualquer tratamento esclerosante de varizes;

9.16 Manutenção ou prorrogação da internação em ambiente hospitalar (geral, especializado ou psiquiátrico), após a alta médica hospitalar ou após a estabilidade clínica de pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, passíveis de tratamento ambulatorial/domiciliar;

9.17 Diárias hospitalares de parturientes em condições de alta, quando da impossibilidade de alta hospitalar do recém-nascido;

9.18 Investigação de paternidade, qualquer técnica, inclusive o exame de DNA;

9.19 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura e considerados parte integrante do procedimento inicial;

9.20 Remoção por meio de transporte aquático ou aéreo, inclusive UTI aérea;

9.21 Procedimentos médicos, odontológicos e terapêuticos fora do território nacional;

9.22 Necropsias;

9.23 Transplantes realizados por equipes e/ou hospitais não autorizados pelo Ministério da Saúde;

9.24 Fator estimulador de crescimento ósseo;

9.25 Teste NAT;

9.26 Despesas decorrentes de programas de condicionamento físico, tais como: professores de educação física, academias de ginástica e demais práticas desportivas;

9.27 Exames complementares destinados a exames ocupacionais admissional, periódico e demissional;

9.28 Vacinas para prevenção de doenças infectocontagiosas;

9.29 Reembolso de despesas com aquisição de leites; alimentos para doenças disabsortivas; suplementos alimentares de qualquer natureza e vitaminas;

9.30 Fraldas (cobertas apenas nas internações domiciliares em substituição à hospitalar e devidamente autorizadas pelo PAD), materiais de higiene pessoal e limpeza doméstica inclusive para beneficiários inscritos no PAD;

9.31 Despesas com enfermagem particular e cuidadores durante a internação hospitalar;

9.32 Reembolso de qualquer despesa de procedimentos em saúde realizados em domicílio que não tenham sido previamente analisados e autorizados pela auditoria técnica da equipe operacional do plano (Programa de Atenção Domiciliar, Auxílio Cuidador do Idoso e demais processos realizados em domicílio, exceto a Fisioterapia Domiciliar, cuja análise técnica e autorização se dará no momento da solicitação do reembolso);

9.33 Próteses penianas infláveis;

9.34 Imunoterapia de qualquer natureza;

9.35 Despesas efetuadas durante a internação hospitalar, como: telefonemas, alimentação extra, aluguel de TV e canais de TV fechados, lavagem de roupas, ressarcimento de danos ao patrimônio da instituição de internação, materiais de uso pessoal e higiênico etc.;

9.36 Procedimentos em saúde com técnicas distintas daquelas especificadas na terminologia do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS; procedimentos por laser, radiofrequência, navegação, endoscopia, robótica, laparoscopia e demais escopias quando não especificadas no rol de procedimentos de cobertura obrigatória do rol nem na relação de procedimentos extrarrol contida no capítulo 7 e 8;

9.37 Cobertura assistencial no exterior: somos um benefício de assistência à saúde oferecido pela Petrobras, com área de abrangência e atuação nacional e, por isso, não prevê cobertura de procedimentos realizados no exterior, nem em forma de reembolso. Situações de empregados a trabalho/ missão no exterior são custeadas por seguro saúde de reponsabilidade da gerência responsável.

10. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cobrimos todo e qualquer atendimento caracterizado como urgência ou emergência, assim conceituada na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998, ressalvados os atendimentos durante as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após a reinclusão do beneficiário titular ou dependente.

Para atendimentos de emergência, o beneficiário deverá procurar uma instituição credenciada e apresentar a carteirinha virtual do plano de saúde.

Uma vez comprovadas como situações de emergência e urgência, a realização dos procedimentos em saúde não necessitará da emissão da autorização prévia. As instituições de saúde, credenciadas ou não, têm a responsabilidade de garantir o atendimento imediato aos beneficiários nessas situações. Posteriormente, procederemos à auditoria técnica e administrativa dos procedimentos realizados a fim de avaliar a pertinência da sua cobertura assistencial.

No caso de indisponibilidade de rede credenciada para atendimento de emergência, o beneficiário deverá procurar um pronto atendimento na cidade da ocorrência.

Situações em que o paciente atendido em estabelecimento não credenciado não receba alta em até 12 horas do atendimento de urgência ou emergência deverão ser necessariamente comunicadas ao nosso canal de atendimento (0800-728-3372) em até 24 horas do horário do atendimento de emergência, para que iniciemos o monitoramento do caso, providenciando a transferência para a nossa rede credenciada, a seu critério, priorizando a melhor opção para o beneficiário.

No caso de indisponibilidade de rede credenciada para atendimento de emergência, está garantido o reembolso integral das despesas, desde que observadas as regras de reembolso e as orientações supracitadas.

11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Adotamos mecanismos de regulação administrativa, assistencial e econômico-financeira, conforme definido:

11.1. Regulação administrativa: verificação de elegibilidade do beneficiário no momento do atendimento e elegibilidade do prestador para o procedimento solicitado.

11.2. Regulação assistencial dos procedimentos de saúde solicitados pelos profissionais de saúde ou utilizados pelos beneficiários: consiste na verificação da pertinência de sua cobertura, podendo, para essa avaliação, utilizar-se de autorização prévia, perícia (por documentação fotográfica ou presencial); junta técnica médica ou odontológica profissional (3ª opinião) e auditorias médicas e odontológicas.

11.3. Mecanismo de regulação econômico-financeira ou fator moderador: é a coparticipação financeira dos beneficiários na despesa de procedimentos em saúde, variável de acordo com a sua faixa salarial ou tabela de coparticipação. Podemos estabelecer, ao incorporar uma nova cobertura, percentual de coparticipação diferenciada para procedimentos extrarrol. A coparticipação, em nosso plano de saúde, corresponde à modalidade de custeio Pequeno Risco e as regras podem ser consultadas no regulamento.

12. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

12.1. Exigência de autorização prévia

12.1.1. A autorização prévia será exigida para alguns procedimentos cobertos pelo plano, entre eles:

12.1.1.1. Internação hospitalar clínica ou cirúrgica;

12.1.1.2. Angioplastia;

12.1.1.3. Angiografia;

12.1.1.4. Angiotomografia e angioressonância magnética;

12.1.1.5. Procedimentos oftalmológicos;

12.1.1.6. Cateterismo cardíaco;

12.1.1.7. Cintilografias;

12.1.1.8. Colonoscopia;

12.1.1.9. Densitometria óssea;

12.1.1.10. Eletroneuromiografia;

12.1.1.11. Estudos eletrofisiológicos;

12.1.1.12. Avaliação neuropsicológica;

12.1.1.13. Hemodiálise/Diálise Peritoneal;

12.1.1.14. Hemofiltração;

12.1.1.15. Hemoperfusão;

12.1.1.16. Litotripsia renal extracorpórea;

12.1.1.17. Polissonografia;

12.1.1.18. Quimioterapia;

12.1.1.19. Radioterapia e radiocirurgia;

12.1.1.20. Remoções em ambulância;

12.1.1.21. Ressonância magnética;

12.1.1.22. Exames com diretriz de utilização pela ANS;

12.1.1.23. Tomografia computadorizada;

12.1.1.24. Transplantes;

12.1.1.25. Tratamentos de dependência química;

12.1.1.26. Alguns procedimentos dermatológicos;

12.1.1.27. Sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional;

12.1.1.28. Tratamentos odontológicos;

12.1.1.29. Tratamentos psiquiátricos;

12.1.1.30. Bloqueio motor com toxina botulínica;

12.1.1.31. Coberturas extrarrol disponibilizadas pelo nosso plano;

12.1.1.32. Quaisquer outros aqui não citados, a critério exclusivo do nosso plano de saúde.

12.1.2. A autorização prévia é exigida para os procedimentos em saúde na modalidade de atendimento escolha dirigida e, a critério exclusivamente do plano, poderá ser exigida a autorização para outros procedimentos que eventualmente possam não se enquadrar nas definições acima.

12.2. Solicitação de autorização

Para obter autorização prévia, o credenciado acessa eletronicamente o nosso site institucional (www.saudepetrobras.com.br), preenche a guia de solicitação de autorização, de acordo com a padronização estabelecida pela ANS e anexa a documentação necessária para análise da auditoria técnica. A solicitação de autorização deverá conter, minimamente, as seguintes informações:

A) instituição em que será realizado o procedimento em saúde;

B) nome e matrícula do beneficiário;

C) nome do procedimento e sua codificação TUSS correspondente;

D) assinatura, nome e registro do profissional solicitante no respectivo Conselho de Classe, legíveis.

E) indicação do período previsto para permanência hospitalar, nos casos de internações programadas (procedimentos eletivos).

F) solicitação do profissional solicitante acompanhada da justificativa médica.

Nota: As autorizações prévias de procedimentos também podem ser obtidas, pela rede credenciada, junto ao atendimento telefônico da central de atendimento: 0800 728 3372.

12.3. Prazos de autorização

12.3.1. Todos os procedimentos de saúde que requeiram autorização prévia terão sua garantia de cobertura assistencial efetuada de acordo com os prazos previstos na regulamentação específica vigente da ANS e do ACT.

12.3.3. Procedimentos necessários ao diagnóstico e acompanhamento de pacientes internados serão liberados em até 24 horas, seja pelos nossos canais ou a partir de avaliação in loco de auditor do plano.

12.3.4. Garantimos, por meio da escolha dirigida e da livre escolha, o atendimento médico imediato para os eventos em saúde caracterizados como urgência ou emergência, independente da autorização prévia, conforme disposto no Capítulo 9 desta cartilha, sendo responsabilidade dos profissionais habilitados e instituições de saúde a pronta execução dos procedimentos assistenciais indispensáveis ao tratamento indicado. A senha de autorização pós-evento deverá ser solicitada pelo prestador para possibilitar o envio do faturamento.

Atenção: Os procedimentos de urgência e emergência NÃO possuem necessidade de autorização prévia, conforme legislação de saúde suplementar. Ressalte-se, contudo, que nosso plano se reserva o direito de auditar posteriormente todos os procedimentos realizados e a definir com os prestadores a forma operacional desta cobertura.

12.4. Comunicado da autorização/negativa

12.4.1. Toda autorização ou negativa será comunicada à instituição/credenciado solicitante.

12.4.2. Nossos canais de atendimento, sempre que acionados, comunicarão o resultado da solicitação de autorização ao beneficiário.

12.4.3. As negativas de autorização serão comunicadas ao beneficiário e/ou familiar por profissional qualificado preferencialmente da área de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros).

12.5. Junta técnica

12.5.1. A junta técnica, nos termos da legislação vigente, poderá ser realizada em casos de divergências entre o profissional solicitante e a nossa equipe técnica, quanto à cobertura de procedimentos em saúde (indicação clínica, materiais especiais, órteses/próteses etc.). A remuneração dos honorários do profissional indicado para atuar como 3ª opinião e oferecer seu parecer sobre o caso ficará a nosso cargo.

12.5.3. O parecer do profissional indicado como desempatador será acatado pelo plano, ainda que divirja do entendimento da equipe técnica.

12.5.4. Nosso plano respeitará as regras e prazos informados na RN nº 424/2017 da ANS, de 26 de junho 2017, no tocante à junta técnica ou legislação que venha substitui-la.

12.6. Perícia técnica presencial

12.6.1. Perícia é qualquer procedimento investigativo realizado por profissional da área médico-odontológica, com objetivo de comprovar a existência ou não de doenças e lesões, além de garantir a adequação e a cobertura dos procedimentos solicitados. Para tal, poderemos efetuá-la presencialmente ou solicitar qualquer tipo de exame no beneficiário.

13. REEMBOLSO

Consulte a cartilha de reembolso livre escolha.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Legislação da Saúde Suplementar: disponível no site da ANS

Regulamento do Plano Saúde Petrobras

ACT vigente das patrocinadoras

Anexo I - Procedimentos Cobertos na Linha de Cuidado Transcuidar

CODIGO TUSS	NOME DO PROCEDIMENTO
31206018	AMPUTACAO PARCIAL
31206026	AMPUTACAO TOTAL
31301053	CLITOROPLASTIA
31206069	EMASCULACAO
31004164	FISTULECTOMIA PERINEAL
31301096	HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS – CORRECAO CIRUR
31206140	IMPLANTE DE PROTESE SEMI-RIGIDA
31104134	MEATOPLASTIA (RETALHO CUTANEO)
31302122	NEOVAGINA (COLON, DELGADO, TUBO DE PELE)
31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL
31206190	PLASTICA - RETALHO CUTANEO A DISTÂNCIA
31206204	PLASTICA DE CORPO CAVERNOSO
31202063	RECONSTRUCAO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO -POR ESTAGIO
31206247	RECONSTRUCAO DE PENIS COM ENXERTO – PLASTICA TOTAL
31306055	RECONSTRUCAO PERINEAL COM RETALHOS MIOCUTANEOS
31202071	RESSECCAO PARCIAL DA BOLSA ESCROTAL
31104193	URETROPLASTIA ANTERIOR
31104207	URETROPLASTIA POSTERIOR
31302025	COLPECTOMIA
31302041	COLPOPLASTIA ANTERIOR
31302050	COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORRAFIA
50000519	ACOMPANHAMENTO E REABILITACAO PROFISSIONAL POR PSICOLOGO

20101074	AVALIACAO NUTROLOGICA (INCLUI CONSULTA)
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA
50000462	CONSULTA EM PSICOLOGIA CASAL POR PSICOLOGO
10101012	CONSULTA MÉDICA
50000497	SESSAO DE PSICOTERAPIA EM CASAL POR PSICOLOGO
50000489	SESSAO DE PSICOTERAPIA EM GRUPO POR PSICOLOGO
50000500	SESSAO DE PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGO
50000470	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO
50001191	SESSAO EM PSICOLOGIA EM GRUPO
50001183	SESSAO EM PSICOLOGIA INDIVIDUAL
50000616	SESSAO INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONOAUDIOLOGIA
31303358	HISTERECTOMIA TOTAL - VIA VAGINAL
31303102	HISTERECTOMIA TOTAL (QUALQUER VIA)
31303129	HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL
31303218	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA
31303234	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL
30602386	ADENOMASTECTOMIA / MASTECTOMIA PRESERVADORA DE PELE, AREOLA E PAPILA
30602394	ADENOMASTECTOMIA COM REDUCAO DE EXCESSO DE PELE
30602157	MASTECTOMIA SIMPLES
31206158	NEOFALOPLASTIA - POR ESTÁGIO
31206166	NEOFALOPLASTIA COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO COM RECONSTRUCAO URETRAL – POR ESTÁGIO
31305032	OOFORECTOMIA LAPAROSCOPICA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL
31305016	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL
31304044	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL
31304087	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL LAPAROSCOPICA

30206308	TIROPLASTIA TIPO 1 COM ROTACAO DE ARITENOIDE
30206316	TIROPLASTIA TIPO 1 SIMPLES
30206324	TIROPLASTIA TIPO 2 OU 3
30602351	MAMOPLASTIA
30602165	MASTECTOMIA SUBCUTANEA E INCLUSAO DA PROTESE
30602173	MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUCAO DA CONTRALATERAL
30602262	RECONSTRUCAO DA MAMA COM PROTESE E/OU EXPANSOR
30602238	RECONSTRUCAO MAMARIA COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO – UNILATERAL
30602246	RECONSTRUCAO MAMARIA COM RETALHOS CUTANEOS REGIONAIS
30602459	RETIRADA DE PROTESE DE MAMA -UNILATERAL
30602327	SUBSTITUICAO DE PROTESE
31202055	PLASTICA ESCROTAL