

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2020/2022 - ASSISTÊNCIAS**SUMÁRIO DA NORMA**

1	OBJETIVO,5
2	DEFINIÇÕES,5
3	NORMAS,7
3.1	INTERNAÇÃO,7
3.1.1	INTERNAÇÃO HOSPITALAR,7
3.1.2	INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA,8
3.1.3	INTERNAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO,8
3.2	ASSISTÊNCIA MÉDICA,8
3.2.1	LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA,8
3.2.2	TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA,9
3.2.2.1	GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA,9
3.2.2.2	COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA,9
3.2.2.3	COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO POR VIA ENDOSCÓPICA PARA OBESIDADE MÓRBIDA,10
3.2.3	CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA,10
3.2.3.5	CIRURGIA PLÁSTICA E REPARADORA DE MAMA,11
3.2.3.6	PLÁSTICA REPARADORA DE ABDÔMEN,12
3.2.3.7	PLÁSTICA REPARADORA DE CICATRIZ,12
3.2.3.8	PLÁSTICA REPARADORA DE MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA,12
3.2.3.9	PLÁSTICA REPARADORA DE NARIZ,12
3.3	ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA,13
3.4	MEDICAMENTOS,14
3.4.8	MEDICAMENTOS COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,16
3.4.9	MEDICAMENTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 30% E SEM IMPACTO NO TETO DE COPARTICIPAÇÃO,17
3.4.10	MEDICAMENTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 30% E COM IMPACTO NO TETO DE COPARTICIPAÇÃO,17
3.4.11	MEDICAMENTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 50% - REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO E DOMICILIAR,18
3.4.12	MEDICAMENTOS ISENTOS DE COPARTICIPAÇÃO E SEM IMPACTO NO TETO DE COPARTICIPAÇÃO,18
3.5	PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO,18
3.6	MATERIAIS,19
3.6.1	MATERIAL NÃO ENQUADRADO COMO OPME,19
3.6.2	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME,19
3.6.2.2	ÓRTESE EXTERNA OU NÃO IMPLANTÁVEL,20
3.6.2.3	ÓRTESE INTERNA OU IMPLANTÁVEL,21
3.6.2.4	PRÓTESE,22
3.6.2.5	MATERIAL ESPECIAL,22
3.7	PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR,23
3.7.2	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR,23
3.7.2.4	SERVIÇO DE CUIDADOR DOMICILIAR,24
3.7.2.5	SERVIÇO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR,24
3.7.2.6	NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR,24
3.7.3	INTERNAÇÃO DOMICILIAR,25
3.8	ASSISTÊNCIA GERIÁTRICA,26
3.9	CUSTEIO EXCLUSIVO PELA MODALIDADE DE REEMBOLSO,26

- 3.9.14 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO CUSTEIO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EXCLUSIVOS PELA MODALIDADE DE REEMBOLSO,28
- 3.10 *CHECK UP*,29
- 3.11 REMOÇÃO,30
- 3.12 ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA,30
- 3.13 ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL,31
- 3.13.5 ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA,32
- 3.13.5.11 PSICODIAGNÓSTICO,33
- 3.13.5.12 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO,33
- 3.13.5.13 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA,33
- 3.13.6 ASSISTÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL,34
- 3.13.7 ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA,34
- 3.13.8 TERAPIA OCUPACIONAL,35
- 3.13.9 ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA,35
- 3.13.10 ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA,37
- 3.14 ASSISTÊNCIA EM PRONTO SOCORRO OU PRONTOATENDIMENTO,37
- 3.15 ASSISTÊNCIA PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO – ISENÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO,37
- 3.16 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA,38
- 3.16.1 CONSENSO PRÉVIO À FORMAÇÃO DE JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA,38
- 3.16.2 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – MODALIDADES E COMPOSIÇÃO,38
- 3.16.5 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA À DISTÂNCIA,39
- 3.16.6 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA PRESENCIAL,39
- 3.16.7 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – FORMALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO,39
- 3.16.8 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – CONCLUSÃO,40
- 3.16.9 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – DADOS E DOCUMENTOS,41
- 3.16.10 VEDAÇÕES PARA INSTITUIÇÃO DE JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA,41
- 3.17 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,42
- 4 PROCEDIMENTOS,43
- 4.1 SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO,43
- 4.1.1 BENEFICIÁRIO,43
- 4.1.2 GIPES,44
- 4.2 SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO PRM OU NO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO,45
- 4.2.1 BENEFICIÁRIO,45
- 4.2.2 GIPES,46
- 4.3 SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO,46
- 4.3.1 BENEFICIÁRIO,46
- 4.4 GIPES,46
- 4.5 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA,47
- 4.5.1 BENEFICIÁRIO,47
- 4.5.2 GIPES,47
- 5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS,48
- 6 ANEXOS,53
- 6.1 ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR,54
- 6.2 ANEXO II – TERMO DE DECLARAÇÃO E COMPROMISSO – LAQUEADURA E VASECTOMIA,55
- 6.3 ANEXO III – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS – PRM,56
- 6.4 ANEXO IV – LAUDO TÉCNICO – DEFICIÊNCIA AUDITIVA,57
- 6.5 ANEXO V – PARÂMETROS PARA ANÁLISE DE SOLICITAÇÃO DE CUSTEIO DE CPAP,58
- 6.6 ANEXO VI – TERMO DE COMPROMISSO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (CONSENTIMENTO INFORMADO),59
- 6.7 ANEXO VII – TERMO DE DESIGNAÇÃO DO CUIDADOR,61
- 6.8 ANEXO VIII – RELATÓRIO TÉCNICO PARA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL E ORTOGNÁTICA,62

PREFÁCIO**TÍTULO****PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2020/2022 - ASSISTÊNCIAS****UNIDADE GESTORA****GESAP – GN ASSISTENCIA A SAUDE****UNIDADE(S) CORRESPONSÁVEL(IS)**

Não se aplica

CLASSIFICAÇÃO

Normativo Geral

PÚBLICO ALVO

Todas as Unidades da Caixa

ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR**Alteração:**

- Alterada em toda a Norma a menção ao ACT 2018/2020 para ACT 2020/2022;
- Alterada em toda Norma a menção à coparticipação do Titular de 20% para 30%, em conformidade com o ACT 2020/2022;
- Excluída em toda a Norma a menção a “grupo familiar” para adequação ao ACT 2018/2020 para ACT 2020/2022;
- Alterada em toda Norma a expressão “teto anual de coparticipação” por “teto de coparticipação”;
- Alterada em toda Norma a expressão “coparticipação do Titular” por “coparticipação”;
- Título do normativo alterado para ajuste ao ACT 2020/2022;
- Item [2](#) – trata das definições. Incluída a definição de “coparticipação” e de “teto de coparticipação”, para dar clareza. Excluídas as definições de siglas de Unidades da CAIXA. Alterada a definição de “home care”, que passou a fazer menção à definição de “internação domiciliar”;
- Item [3.1.1](#) – trata sobre a assistência em caso de internação hospitalar. Incluído o subitem [3.1.1.4](#) para regular a isenção de coparticipação em regime de internação hospitalar, conforme ACT 2020/2022;
- Item [3.1.2](#) – trata sobre a assistência em caso de internação psiquiátrica. Incluído os subitens [3.1.2.3](#) e [3.1.2.3.1](#), para regular a isenção de coparticipação em internação psiquiátrica, conforme ACT 2020/2022;
- Item [3.1.3](#) – trata sobre a assistência em caso de internação do dependente químico. Incluído os subitens [3.1.3.4](#) e [3.1.3.4.1](#), para regular a isenção de coparticipação em internação psiquiátrica, conforme ACT 2020/2022;
- Item [3.4.8](#) – trata sobre medicamentos com necessidade de autorização prévia. Excluído a expressão “observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS” do último marcador do subitem [3.4.8.1](#), para garantir benefício que era concedido por meio do RH045 (revogado);
- Item [3.4.12](#) – trata sobre medicamentos isentos de coparticipação e sem impacto no teto de coparticipação. Deixou de listar as situações de medicamentos com isenção de coparticipação e passou a direcionar para os subitens [3.15.1](#) e [3.15.3](#), que contemplam a relação dos medicamentos isentos, para adequação ao ACT 2020/2022;
- Item [3.6.2.2](#) – trata sobre o custeio de órtese externa ou não implantável. Incluídos os subitens [3.6.2.2.1.1.1](#) e [3.6.2.2.1.1.2](#), para adequação à legislação prevista pela ANS;
- Item [3.7.3](#) – trata sobre a assistência em caso de internação domiciliar. Incluído os subitens [3.7.3.9](#), para regular a isenção de coparticipação em internação domiciliar, conforme ACT 2020/2022;
- Item [3.11](#) – trata sobre o custeio de remoção. Alterada a formatação das alíneas “g” e “h”, do subitem [3.11.1](#), para o formato M2, tendo em vista que são critérios estabelecidos para o custeio da remoção na situação prevista na alínea “f”;

- Item [5](#) – alteração no quadro de arquivamento de acordo com o com Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020.

Inclusão:

- Item [3.14](#) – trata sobre a assistência em pronto socorro ou prontoatendimento. Item incluído para adequação ao ACT 2020/20222;
- Item [3.15](#) – trata sobre a assistência para tratamento oncológico. Item incluído para adequação ao ACT 2020/20222.

RELAÇÃO COM OUTROS NORMATIVOS

[RH222 Plano de Assistência à Saúde - Saúde CAIXA - para Empregados Admitidos até 31/08/2018 - ACT 2018/2020 - Condições Gerais](#)

REGULAMENTAÇÃO UTILIZADA

Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Lei nº 9.263 de 12/01/1996.

Lei nº 9.656, de 03/06/1998.

Portaria do MS nº 424, de 19/03/2013.

Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001.

Resolução da ANS nº 424, de 26/06/2017.

Resolução da ANS nº 428, de 07/11/2017.

Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA nº11, de 26/01/2006.

Resolução do CFM nº 1.668, de 03/06/2003.

Resolução do CFM nº 1.766, de 11/07/2005.

Resolução do CFM nº 1.821, de 23/11/2007.

Resolução do CFM nº 1.942, de 12/02/2010.

Resolução do CFM nº 1.956, de 25/10/2010.

Resolução do CFM nº 1.958, de 15/12/2010.

Resolução do CFO nº 115, de 03/04/2012.

DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA

Não se aplica

ROTEIRO PADRÃO

26111

NORMATIVOS REVOGADOS

Não se aplica

ATENDIMENTO DE DÚVIDAS

[GESAP – GN ASSISTENCIA A SAUDE](#)

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - ACT 2020/2022 - ASSISTÊNCIAS**1 OBJETIVO**

1.1 Prestar coberturas específicas aos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde – Saúde CAIXA – nas assistências médica, cirúrgica, hospitalar, psiquiátrica, geriátrica, fisioterápica, nutricional, apoio paramédico domiciliar, internação domiciliar e odontológica, desde que cumpridas as condições a seguir:

- enquadramento no ROL ANS e/ou na Tabela TUSSCAIXA;
- atendimento às DUT ANS e/ou DUT Saúde CAIXA;
- atendimento às regras previstas nos normativos do Saúde CAIXA;
- solicitação do profissional de saúde assistente, com vigência de, no máximo, 30 dias a contar da data da emissão.

2 DEFINIÇÕES

- ABEMID – Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar;
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Atendimento de Urgência – é o atendimento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- Atendimento de Emergência – são os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados em declaração do médico assistente;
- Atividades da Vida Diária – tarefas do dia-a-dia, estruturadas em suas rotinas e realizadas com adequação e independência, tais como: tomar banho, alimentar, andar e cuidados higiênicos pessoais;
- AutoSC – Sistema de autoatendimento do Saúde CAIXA. Endereço para acesso <https://autosoc.caixa.gov.br/autosoc>;
- Autorização Prévia – autorização fornecida pela CAIXA ou empresa de auditoria contratada. Precede a realização do procedimento. Trata-se, ainda, de mecanismo de regulação assistencial da CAIXA, para gerenciar a utilização dos serviços assistenciais pelo beneficiário;
- Beneficiário – Titular do Saúde CAIXA ou dependente de um Titular;
- BRASÍNDICE – guia farmacêutico indicador de pesquisa de preços de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares;
- CAGETECS – Câmara de Gestão em Tecnologia de Saúde, da UNIDAS;
- Central de Atendimento Saúde CAIXA – empresa contratada pela CAIXA para atendimento aos beneficiários e prestadores credenciados ao Saúde CAIXA;
- CFM – Conselho Federal de Medicina;
- CFO – Conselho Federal de Odontologia;
- CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde;
- CM – Circunferência Mamária;
- CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;
- CPAP – aparelho de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas;
- CPF – Cadastro de Pessoa Física;
- CT – Circunferência Torácica;
- Coparticipação – participação correspondente a 30% do valor das despesas assistenciais realizadas pelo titular e seus dependentes diretos e indiretos, [RH222](#);
- Cuidador – pessoa contratada pelo beneficiário ou responsável para auxiliar o beneficiário nas tarefas relacionadas ao atendimento das necessidades de alimentação, administração de medicamentos via oral, mobilidade, higiene e outras atividades da vida diária;
- Desempatador – o terceiro membro da junta médica ou odontológica, cuja opinião clínica decidirá a divergência técnico-assistencial, podendo ser profissional médico ou cirurgião-dentista ou os respectivos conselhos profissionais;
- Desmame – redução gradual da estrutura disponibilizada para a assistência domiciliar, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta;

- DI – Distância Intermamilar;
- DMU – Distância dos Mamilos à linha Umbilical;
- DOM – Distância do Ombro ao Mamilo;
- DUT - Regras e normas que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de procedimento de saúde;
- Enfermagem Domiciliar – assistência prestada ao beneficiário do Saúde CAIXA, em residência, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade indispensável de serviço de enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Empresa de auditoria médica ou odontológica – empresa contratada pela CAIXA para prestação de serviços de digitação de guias, auditoria das faturas apresentadas para cobrança pelos credenciados, emissão de parecer técnico em processos de assistência à saúde e de autorização prévia, visitas a beneficiários internados, vistas a instalação de credenciados. Os endereços das empresas auditorias estão disponíveis no portal do Saúde CAIXA www.saude.caixa.gov.br/portal;
- EPI – Equipamento de proteção individual - todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho;
- Escolha Dirigida – assistência prestada ao beneficiário, por profissional ou entidade credenciada pela CAIXA;
- Gigantomastia – caracterizada por mamas desproporcionais em relação ao biótipo da beneficiária, o que causa alterações de pele e vícios de postura;
- Ginecomastia – desenvolvimento da glândula mamária masculina;
- *Home care* (Internação domiciliar) – vide definição de internação domiciliar;
- Internação domiciliar (*home care*) – assistência prestada ao beneficiário enfermo, em condições mais graves, no seu domicílio e no convívio familiar, abrangendo procedimentos simples ou de maior complexidade, quando o beneficiário não é capaz de se locomover, de fazer sua própria higiene pessoal ou necessitando de respiração artificial, terapia nutricional e acompanhamento integral por profissionais treinados;
- IMC – Índice de Massa Corporal;
- Junta médica ou odontológica – junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a indicação clínica que foi objeto de divergência técnico-assistencial entre o profissional auditor e o profissional assistente;
- Livre Escolha – assistência prestada ao beneficiário por profissional ou entidade de sua preferência, não credenciada pela CAIXA;
- Medicamento importado não nacionalizado – medicamento produzido fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar;
- OPME – Órtese, Prótese e Material Especial;
- PAD – Plano de Atenção Domiciliar;
- PEG – Protocolo de Entrega de Guias do SIAGS;
- PRM – Programa de Reembolso de Medicamentos;
- Profissional auditor – médico ou dentista da CAIXA ou profissional de saúde auditor da empresa de auditoria contratada pela CAIXA;
- Profissional assistente – profissional de saúde que solicitou/indicou o procedimento e/ou evento em saúde e/ou produto de saúde a ser coberto pelo Saúde CAIXA. Pode ser, ainda, o profissional de saúde que será o responsável pela execução do procedimento/evento;
- Ptose mamária – mama caída;
- QUALISS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar;
- ROL ANS – Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999;
- Saúde CAIXA – Plano de Assistência à Saúde, instituído pela CAIXA, em conformidade com o ACT 2020/2022, administrado pela CAIXA, sob a modalidade de autogestão, realizado por rede de profissionais e entidades credenciados, com abrangência nacional naquelas localidades onde exista pelo menos uma unidade CAIXA;
- SIAGS – Sistema de Autogestão em Saúde;
- SIMPRO – Guia indicador de pesquisa de preços de medicamentos e produtos para a saúde;

- SUS – Sistema Único de Saúde;
- Teto de coparticipação – teto anual de coparticipação do Titular previsto no [RH222](#);
- TUSSCAIXA – rol de procedimentos das assistências previstas no Saúde CAIXA;
- UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde é uma entidade associativa sem fins lucrativos, representante, no Brasil, do segmento das operadoras de planos de saúde de autogestão;
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

3 NORMAS

3.1 INTERNAÇÃO

3.1.1 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

3.1.1.1 A internação é efetuada mediante autorização prévia da empresa de auditoria contratada, após análise da solicitação emitida pelo profissional assistente.

3.1.1.1.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.1.1.1.1.1 No atendimento de urgência ou emergência, declarado por médico ou dentista, é dispensada a necessidade de solicitação de autorização prévia para a internação hospitalar, sendo a pertinência técnica do atendimento avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta.

3.1.1.1.1.1.1 Para a auditoria da conta decorrente de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:

- relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo as informações a seguir:
- justificativas técnicas para caracterização da internação como atendimento de urgência ou emergência;
- justificativas técnicas para utilização do OPME utilizado, no caso de utilização de OPME no atendimento de urgência ou emergência.
- relatório da internação;
- relatório cirúrgico, caso tenha ocorrido procedimento cirúrgico em regime de urgência ou emergência;
- exames de imagem, com laudo quando houver.

3.1.1.2 Somente é custeada internação em acomodação de padrão superior ao previsto no Termo de Credenciamento de Prestação de Serviços nos casos de inexistência de vagas.

3.1.1.2.1 Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro credenciado, é facultado à CAIXA remover o beneficiário, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente, sendo responsabilidade do Saúde CAIXA o ônus da remoção.

3.1.1.3 É custeada a refeição de acompanhante em caso de internação de beneficiário nas situações a seguir:

- acompanhante de beneficiário com idade até 18 anos ou superior a 60 anos;
- acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias quando indicado pelo médico assistente;
- acompanhante de dependente portador de necessidades especiais.

3.1.1.3.1 Não há previsão de custeio de leito para acompanhante de beneficiário internado em UTI.

3.1.1.4 Todos os eventos realizados em regime de internação hospitalar possuem isenção de coparticipação do Titular, nas despesas referentes aos procedimentos/produtos/serviços relacionados a seguir:

- honorários do(s) profissional(is) assistente(s);
- serviços de diagnose;
- serviços de terapia
- materiais;
- medicamentos,
- OPME,
- diárias;

- taxas de equipamentos e serviços hospitalares.

3.1.2 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

3.1.2.1 A internação psiquiátrica inclui a aplicação de técnicas e métodos de investigação clínica e ajuda especializada, por psiquiatra, com a utilização ou não de medicamentos.

3.1.2.2 Para a internação psiquiátrica é necessária a autorização prévia.

3.1.2.2.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.1.3 INTERNAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO

3.1.3.1 A internação do dependente químico é o atendimento prestado ao usuário de álcool e/ou substâncias psicoativas, em clínica especializada.

3.1.3.2 O atendimento ao dependente químico inclui tratamento médico-hospitalar, psiquiátrico, psicológico e/ou serviço social, visando à desintoxicação dos agentes que causam dependência.

3.1.3.3 O tratamento do dependente químico ocorre por meio da utilização de métodos e técnicas como as relacionadas a seguir:

- reeducação psicossocial;
- psicoterapia;
- grupos de atenção;
- controle medicamentoso do comportamento;
- orientação aos pais.

3.1.3.4 Para a internação de dependente químico é necessária a autorização prévia.

3.1.3.4.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.2 ASSISTÊNCIA MÉDICA

3.2.1 LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

3.2.1.1 A laqueadura tubária tem cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- autorização prévia;
- mulheres com capacidade civil plena;
- maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- 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;
- consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado, no caso de casais;

3.2.1.1.1 É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- 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;
- em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

3.2.1.2 A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios a seguir:

- autorização prévia;
- homens com capacidade civil plena;
- maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- cumprimento do prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- apresentação de 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;
- consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado, no caso de casais;
- apresentação da avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.

3.2.1.2.1 É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos:

- durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
- em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

3.2.1.3 Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do SUS, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la.

3.2.1.4 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.2.2 TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

3.2.2.1 GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

3.2.2.1.1 É custeada para o beneficiário com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido, pelo menos, um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

a) Grupo I:

- IMC entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

b) Grupo II:

- pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

3.2.2.1.2 Para beneficiário com idade acima de 65 anos, o custeio/reembolso do tratamento cirúrgico é condicionado à apresentação de laudo de avaliação individual por equipe multiprofissional que contenha avaliação do risco - benefício, risco cirúrgico, presença de co-morbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

3.2.2.1.3 Para beneficiário com idade a partir de 16 anos e menor de 18 anos, o custeio/reembolso da cirurgia é condicionado à apresentação do escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade e de avaliação clínica, incluindo a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área.

3.2.2.1.4 O custeio de gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica ocorre somente mediante emissão de autorização prévia para realização do procedimento.

3.2.2.1.4.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.2.2.2 COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

3.2.2.2.1 A colocação de banda gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica é custeada para beneficiários com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido, pelo menos, um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

a) Grupo I:

- IMC entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

b) Grupo II:

- pacientes com IMC superior a 50 kg/m²;
- pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- hábito excessivo de comer doces.

3.2.2.2.2 O custeio de colocação de banda gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica ocorre somente mediante emissão de autorização prévia para realização do procedimento.

3.2.2.2.2.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.2.2.3 COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO POR VIA ENDOSCÓPICA PARA OBESIDADE MÓRBIDA

3.2.2.3.1 A colocação de balão intragástrico por via endoscópica para obesidade mórbida, com cerca de 500 ml de líquido, trata-se de método provisório, que possui os objetivos a seguir:

- diminuir a capacidade gástrica do paciente;
- provocar a saciedade;
- diminuir o volume residual disponível para os alimentos.

3.2.2.3.2 O balão é retirado no prazo recomendado pelo fabricante.

3.2.2.3.3 A colocação de balão intragástrico por via endoscópica para obesidade mórbida é indicada quando cumpridos os requisitos a seguir:

- indicação da colocação do balão intragástrico como adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²);
- paciente com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

3.2.2.3.4 O custeio de colocação de balão intragástrico por via endoscópica para obesidade mórbida é realizado somente mediante emissão autorização prévia para realização do procedimento.

3.2.2.3.4.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.2.2.3.5 É vedado o custeio de colocação de balão intragástrico por via endoscópica para obesidade mórbida, em beneficiário que apresente um dos critérios a seguir:

- esofagite de refluxo;
- hérnia hiatal;
- estenose ou divertículo de esôfago;
- lesões potencialmente hemorrágicas, como varizes e angiodisplasias;
- cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção;
- doença inflamatória intestinal;
- uso de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas;
- transtornos psíquicos.

3.2.3 CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

3.2.3.1 A plástica não estética é o procedimento cirúrgico que visa à reparação de perdas de substâncias do organismo, congênitas ou adquiridas, e ao aprimoramento da função orgânica de um determinado órgão ou sistema.

3.2.3.2 O custeio de cirurgia plástica reparadora ocorre somente mediante emissão autorização prévia para realização do procedimento.

3.2.3.2.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.2.3.3 A cirurgia plástica decorrente de gastroplastia para obesidade mórbida é objeto de custeio quando o excesso de flacidez da pele prejudicar a execução dos movimentos e/ou ocasionar dermatites de difícil controle terapêutico.

3.2.3.4 É vedado o custeio de cirurgia plástica embelezadora ou estética.

3.2.3.5 CIRURGIA PLÁSTICA E REPARADORA DE MAMA

3.2.3.5.1 Custeia-se a cirurgia plástica de mama nas situações a seguir:

- a) hipertrofias mamárias que se enquadrem em pelo menos 3 medidas graves, sendo 1 delas a circunferência mamária, conforme quadro e legenda a seguir:

Medidas	LEVE	MODERADA	GRAVE
DI	Até 30 cm	De 30,1 cm a 35 cm	Maior que 35 cm
DMU	Maior que 30 cm	De 25,1 cm a 30 cm	Menor que 25 cm
CM	Até 50 cm	De 50,1 cm a 55 cm	Maior que 55 cm
CT	Até 100 cm	De 100,1 cm a 110 cm	Maior que 110 cm
DOM	Até 25 cm	De 25,1 cm a 30 cm	Maior que 30 cm

- DI – Distância Intermamilar;
- DMU – Distância dos Mamilos à linha Umbilical;
- CM – Circunferência Mamária;
- CT–Circunferência Torácica;
- DOM – Distância do Ombro ao Mamilo.

- b) ginecomastia, nas situações a seguir:

- beneficiário com avaliação do endocrinologista, justificando a indicação cirúrgica e recomendando o procedimento cirúrgico;
- resultados de exames de imagem comprovando presença de glândulas mamárias e fotografias, quando necessário.

3.2.3.5.1.1 É vedado o custeio de cirurgia plástica de mama para beneficiário enquadrado em qualquer das situações a seguir:

- menor de 18 anos de idade;
- com hipertrofia concomitante com obesidade;
- com hipertrofia leve ou moderada, proporcional ao peso e altura.

3.2.3.5.2 Custeia-se a cirurgia reparadora de mama nas situações a seguir:

- a) Mastectomia subdérmica realizada em biópsia de nódulo único, com anatomopatológico positivo para malignidade, sem comprometimento ganglionar.
- b) Mastectomia bilateral preventiva, quando houver indicação do médico assistente, em razão de exame genético indicando probabilidade de desenvolvimento de neoplasia maligna de mama.
- c) Mastectomia bilateral preventiva, quando houver diagnóstico de neoplasia maligna em uma das mamas e for indicado pelo médico assistente a mastectomia contralateral.
- d) Reconstrução de mama, conforme casos a seguir:
- pós-mastectomia total ou parcial, oriunda de neoplasia maligna de mama e patologias hiperplásicas, devidamente comprovadas por meio de exame anatomopatológico;
 - em mama oposta após reconstrução da contralateral em casos de lesões traumáticas e tumores;
 - pós-mastectomia autorizada em decorrência dos motivos previstos nas alíneas b e c do item [3.2.3.5.2](#)

- em mamas hiperplásicas caracterizadas por hiperplasia atingindo todo o tecido mamário, bilateralmente, com história de cirurgias anteriores para retirada de nódulos isolados, sem resposta à terapêutica clínica.

3.2.3.5.2.1 É vedado o custeio de cirurgia reparadora de mama para beneficiário enquadrado em qualquer das situações a seguir:

- flacidez e estrias mamárias;
- ptose mamária, sem hipertrofia ou com hipertrofia leve ou moderada;
- mastectomia subdérmica por nódulo benigno isolado, como medida preventiva;
- mastectomia bilateral preventiva e sua reconstrução.

3.2.3.5.3 É autorizada a substituição de prótese mamária das marcas PIP ou ROPIL face às diretrizes definidas pela ANS, desde que devidamente comprovado que a marca da prótese a ser substituída é uma das citadas e de acordo com parecer favorável emitido pela GIPES de atendimento da beneficiária.

3.2.3.5.4 Está previsto o custeio de procedimentos para retirada de prótese mamária, independente da marca, no caso de ruptura da prótese, após emissão de autorização prévia, mediante apresentação dos documentos a seguir:

- laudo médico e de exames, comprovando a ruptura da prótese;
- parecer favorável da GIPES.

3.2.3.5.4.1 O custeio de nova prótese é devido quando a prótese rompida originou-se das situações previstas no subitem [3.2.3.5.2](#).

3.2.3.6 PLÁSTICA REPARADORA DE ABDÔMEN

3.2.3.6.1 Custeia-se a cirurgia plástica reparadora de abdômen em beneficiário com abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresente uma ou mais das seguintes complicações:

- dermatite;
- candidíase de repetição;
- infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito;
- odor fétido;
- hérnias.

3.2.3.7 PLÁSTICA REPARADORA DE CICATRIZ

3.2.3.7.1 A cirurgia plástica reparadora de cicatriz é autorizada nas situações que apresentam:

- prejuízo funcional efetivo ao beneficiário ou;
- patologia decorrente de cicatriz ou;
- queloides com mais de 0,5cm de espessura, 5cm de extensão e com sintomatologia dolorosa ou;
- retração de pele, com aderência em planos profundos e sintomatologia dolorosa ou;
- presença de corpo estranho.

3.2.3.8 PLÁSTICA REPARADORA DE MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA

3.2.3.8.1 A cirurgia plástica reparadora de má formação congênita é autorizada quando:

- constituir prejuízo funcional efetivo ao beneficiário;
- tratar-se de lesão com potencial pré-maligno.

3.2.3.9 PLÁSTICA REPARADORA DE NARIZ

3.2.3.9.1 A cirurgia plástica reparadora de nariz é autorizada em qualquer das situações a seguir:

- traumatismo, com fratura comprovada radiologicamente;
- comprometimento da função respiratória que não responda a tratamentos clínicos prévios, comprovada por médico especialista;
- mutilação extensa causada por tratamento cirúrgico por exérese de tumoração.

3.3 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

3.3.1 A Assistência Odontológica é concedida ao Titular e seus dependentes diretos e indiretos, prestada por cirurgião-dentista no regime de Escolha Dirigida ou Livre Escolha conforme [RH222](#) e de acordo com a tabela do Saúde CAIXA nas especialidades a seguir:

- cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- dentística restauradora;
- endodontia;
- odontologia preventiva e social;
- odontopediatria;
- patologia bucal;
- periodontia;
- radiologia.

3.3.2 Não é custeado o procedimento odontológico nas situações previstas nos normativos do Saúde CAIXA e nas situações a seguir:

- no caso de dente passível de restauração direta;
- tratamento odontológico indicado por motivos estéticos, cosméticos ou embelezadores;
- reabilitação estético funcional por motivo de erosão dental, desgaste patológico (bruxismo), diastema, dimensão vertical.

3.3.3 O atendimento para tratamento odontológico em regime hospitalar, sob anestesia geral, ocorre em uma das situações a seguir:

- paciente com necessidades especiais, comprovadas em laudo médico;
- paciente que apresenta patologias sistêmicas graves e com manifestações orais, comprovadas em laudo odontológico;
- paciente que apresenta patologias sistêmicas graves, comprovadas em laudo médico;
- paciente que apresenta patologias psiquiátricas ou comportamento disfuncional, comprovado em laudo médico ou psicológico, respectivamente.

3.3.4 O atendimento para tratamento odontológico em ambiente domiciliar ocorre em uma das situações a seguir:

- paciente em internação domiciliar;
- paciente impossibilitado de se locomover, comprovada em laudo médico.

3.3.5 Os atendimentos em regime hospitalar e em regime domiciliar necessitam de Autorização Prévia e o seu valor é acrescido de até 120%, de acordo com o cálculo a seguir:

- 100% = despesas com transporte do instrumental
- 20% = remuneração devida ao auxiliar odontológico/Técnico de Higiene Dental - THD, quando houver.

3.3.6 O atendimento ambulatorial de beneficiário em situação especial necessita de Autorização Prévia para todos os procedimentos e recebe um acréscimo de 100%.

3.3.6.1 É considerada situação especial o atendimento odontológico não convencional em beneficiário, que apresente uma ou mais limitações (temporárias ou permanentes), de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, e que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional, em uma das condições a seguir:

- beneficiário portador de Síndrome de Down;
- beneficiário portador de paralisia cerebral;
- beneficiário portador de deficiência mental;
- beneficiário internado por longo período (exemplo: em estado de coma);
- beneficiário em quimioterapia ou radioterapia, etc.

3.3.7 Os procedimentos de cirurgia-buco-maxilo-facial maior ou ortognática necessitam de Autorização Prévia e são remunerados de acordo com a tabela de eventos médicos.

3.3.7.1 Os pacotes de eventos são restritos à utilização de profissional ou clínica pertencente à rede referenciada em cirurgia buco-maxilo facial (Maior).

3.3.8 A cirurgia odontológica com aplicação de aloenxerto e o enxerto com osso autógeno da linha oblíqua tem cobertura do honorário profissional, e contempla todas as fases cirúrgicas, instrumentais cirúrgicos, implantáveis ou não implantáveis, independente do ambiente (ambulatorial ou hospitalar) a ser realizado.

3.3.8.1 O material exógeno utilizado é de responsabilidade absoluta do paciente, sendo cobrado diretamente pelo profissional assistente ao paciente.

3.3.8.2 Não é custeado para cirurgias de instalação de implantes imediatamente após exodontias.

3.3.9 A indicação da elevação do seio maxilar com enxerto e implante são analisados em duas etapas, ou seja, solicitação de autorização prévia para a elevação do seio maxilar e, após comprovada maturação do enxerto, solicitação de implante, fase cirúrgica.

3.3.10 Não é custeada a exodontia de remanescente dentário com possibilidade de tratamento protético.

3.3.11 O atendimento ambulatorial para tratamento odontológico com sedação consciente necessita de Autorização Prévia e é custeado em uma das situações a seguir:

- odontopediatria quando esgotadas as tentativas de tratamento eletivo normal, mediante a apresentação de relatório detalhado emitido pelo odontopediatra assistente;
- paciente cuja situação especial é caracterizada por limitação que impede o atendimento odontológico ambulatorial convencional, sendo comprovada em laudo médico;
- paciente cuja patologia psiquiátrica ou comportamento disfuncional é impeditiva ao atendimento odontológico ambulatorial convencional, sendo comprovada em laudo médico ou psicológico, respectivamente.

3.3.11.1 O atendimento odontológico ambulatorial não convencional, realizado sob sedação consciente não possui o acréscimo de 100%, exceto os casos previstos nos normativos do Saúde CAIXA.

3.3.12 Nos casos de procedimentos odontológicos com necessidade de autorização prévia, para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.4 MEDICAMENTOS

3.4.1 São custeados medicamentos da cobertura obrigatória prevista pela ANS, nos casos a seguir:

- durante internação hospitalar, conforme prescrição do profissional assistente;
- em ambiente ambulatorial, quando vinculados à execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol Saúde CAIXA;
- durante ato cirúrgico de cobertura prevista;
- nos procedimentos diagnósticos em decorrência de atendimento de urgência ou emergência em pronto-socorro;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar e que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob a intervenção ou a supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar;
- controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Artrite Reumatóide, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Artrite Psoriásica, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Doença de Crohn, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Espondilite Anquilosante, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Esclerose Múltipla, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- durante internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.

3.4.2 O Saúde CAIXA custeia e amplia a cobertura de medicamentos para os casos a seguir:

- ferroterapia em regime ambulatorial;

- antibioticoterapia em regime ambulatorial para administração de antibiótico restrito hospitalar, quando possibilitar a desospitalização ou evitar a internação hospitalar;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA/AIDS;
- imunossuppressores de uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para evitar a rejeição do órgão transplantado;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para doença de Alzheimer;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Anemia Falciforme com crise;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Aplasia Medular;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Cirrose Biliar;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Diabetes Mellitus insulino-dependente, em conformidade com o item [3.5](#);
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Diabetes Mellitus não insulino-dependente, em conformidade com o item [3.5](#);
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para doença de Crohn;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para doença do Nerônio Motor;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para doença Mieloproliferativa Crônica (DMPC);
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Epilepsia;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Esclerose Múltipla;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Espondilite Anquilosante;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Esquizofrenia;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Fibromialgia;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Hepatopatia Crônica;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Hipertireoidismo;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Insuficiência Renal Crônica;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Miastenia Gravis;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Osteoporose;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Síndrome Antifosfolípide (SAF);
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para doença de Parkinson;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Retocolite Ulcerativa;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Transtorno Bipolar.

3.4.3 Em todos os casos previstos, o medicamento, para ser objeto de custeio pelo Saúde CAIXA, está condicionado ao cumprimento dos requisitos a seguir:

- Registro vigente e regularização na ANVISA;
- prescrição válida, contemplando o princípio ativo do fármaco, emitida pelo profissional assistente;
- indicação de uso do medicamento de acordo com a bula vigente registrada na ANVISA, sendo vedada a indicação *off label*;
- autorização prévia, quando prevista.

3.4.3.1 Exclusivamente para medicamento de uso contínuo domiciliar, o custeio pelo Saúde CAIXA está condicionado, ainda, ao cumprimento dos requisitos a seguir:

- constar da Tabela de Reembolso de Medicamentos do Saúde CAIXA, existente no AutoSC, link Reembolso/ Tabela de Reembolso Medicamentos;
- inscrição prévia no [AutoSC](#);
- inscrição no programa é realizada por patologia;
- apresentação da receita médica.

3.4.3.1.1 Considera-se válida a receita médica apresentada dentro do período de tratamento prescrito pelo profissional assistente, limitado a 12 meses, conforme os prazos a seguir:

- período de tratamento inferior a 12 meses - é válida a receita apresentada até o último dia do tratamento prescrito pelo profissional assistente, contado da data da emissão;
- período de tratamento maior ou igual a 12 meses - é válida a receita apresentada em até 12 meses da sua emissão.

3.4.3.1.2 O custeio de medicamento domiciliar, quando autorizado, é exclusivo pela modalidade de Livre Escolha.

3.4.3.1.2.1 Está previsto o custeio de medicamento de uso contínuo domiciliar pela modalidade de Escolha Dirigida somente na situação de internação domiciliar, mediante autorização prévia.

3.4.4 É permitido o custeio de medicamento fornecido pelo SUS, na ocorrência, devidamente comprovada, de falta temporária ou falha na distribuição do produto pelo referido órgão, desde que conste no rol do Saúde CAIXA.

3.4.5 É previsto o custeio de medicamento importado, exclusivamente via reembolso, mediante autorização prévia, quando cumpridas, cumulativamente, as condições a seguir:

- inexistência de produto similar ou genérico no Brasil;
- registro vigente e regularização na ANVISA;
- comprovante de aquisição, no caso de medicamentos adquiridos fora do território nacional, reconhecido pela Receita Federal.

3.4.5.1 É vedado o custeio de medicamentos importados não nacionalizados.

3.4.6 Somente são custeados medicamentos para efeitos colaterais vinculados ao tratamento de neoplasias, desde que em conformidade com a DUT ANS.

3.4.7 A cobertura de medicamentos pelo Saúde CAIXA ocorre mediante a participação do Titular nas despesas e autorização prévia para as situações previstas.

3.4.8 MEDICAMENTOS COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

3.4.8.1 É obrigatória a solicitação de autorização prévia nas situações a seguir:

- ferroterapia em regime ambulatorial;
- antibioticoterapia em regime ambulatorial para administração de antibiótico restrito hospitalar, quando possibilitar a desospitalização ou evitar a internação hospitalar;
- uso contínuo ambulatorial específico para síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA/AIDS;
- imunossupressores de uso contínuo e ambulatorial específico para evitar a rejeição do órgão transplantado;
- uso contínuo ambulatorial específico para Insuficiência Renal Crônica;
- uso contínuo ambulatorial específico para Hepatopatia Crônica;
- uso contínuo ambulatorial específico para Esclerose Múltipla;
- medicamentos cuja patologia possui diretriz de utilização pela ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Artrite Reumatoide, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Artrite Psoriásica, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Doença de Crohn, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Espondilite Anquilosante, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de Esclerose Múltipla, observadas as condições estipuladas na Diretriz de Utilização da ANS;
- terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer;
- controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso.

3.4.8.2 É obrigatória, também, a solicitação de autorização prévia quando a soma do valor do medicamento, no período de administração prescrito pelo profissional de saúde, ultrapassar o valor de R\$ 1.000,00, nas situações a seguir:

- ambulatorial;

- sessão de quimioterapia;
- pronto-socorro;
- internação eletiva específica para administração de medicamento.

3.4.8.3 É dispensada a solicitação de autorização prévia para utilização de medicamentos, ainda que nas situações previstas no item [3.4.8.2](#), quando cumpridas, cumulativamente, as exigências a seguir:

- enquadramento como medicamento indispensável à realização de procedimento previsto na tabela TUSSCAIXA;
- existência de negociação prévia de valor do medicamento entre a CAIXA e o credenciado;
- No atendimento de urgência ou emergência declarada por médico ou dentista.

3.4.8.3.1 A pertinência técnica do atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta, pela empresa de auditoria, por meio da análise dos documentos apresentados pelo beneficiário ou prestador, conforme discriminado a seguir:

- a) Relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo as informações a seguir:
 - justificativas técnicas para caracterização da situação como de urgência ou emergência;
 - justificativas técnicas para o(s) medicamento(s) utilizado(s);
 - relatório de evolução do paciente;
- b) Exames de imagem, com laudo quando houver.

3.4.9 MEDICAMENTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 30% E SEM IMPACTO NO TETO DE COPARTICIPAÇÃO

3.4.9.1 É objeto de custeio, mediante a coparticipação normal de 30% e sem impacto no teto de coparticipação, o medicamento que se enquadra nos casos a seguir:

- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Cirrose Biliar;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Esclerose Múltipla;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Hepatopatia Crônica;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para Insuficiência Renal Crônica;
- imunossuppressores de uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para evitar a rejeição do órgão transplantado;
- uso contínuo domiciliar e ambulatorial específico para síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA/AIDS.

3.4.9.2 A aplicação do medicamento sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro do estabelecimento de saúde, restringe-se ao custeio de taxas, diárias, utilização de equipamentos e/ou honorários profissionais, com coparticipação normal.

3.4.9.3 Na aquisição do medicamento na modalidade de Livre Escolha, o valor do reembolso é o menor entre aquele pago pelo beneficiário e o constante na coluna PMC – Preço Máximo ao Consumidor 17% ICMS do BRASÍNDICE, descontada a coparticipação do Titular.

3.4.9.3.1 Na inexistência do medicamento no BRASÍNDICE é obrigatória a apresentação de 03 orçamentos, de fornecedores e de marcas diferentes, sempre que houver.

3.4.9.4 Para reembolso é obrigatória a inscrição prévia, via [AutoSC](#).

3.4.10 MEDICAMENTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 30% E COM IMPACTO NO TETO DE COPARTICIPAÇÃO

3.4.10.1 É objeto de custeio, mediante a coparticipação normal de 30% e com impacto no teto de coparticipação, o medicamento que se enquadra nos casos a seguir:

- durante internação hospitalar, conforme prescrição do profissional assistente;
- em ambiente ambulatorial, quando vinculados à execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol Saúde CAIXA;
- durante ato cirúrgico de cobertura prevista no Saúde CAIXA;
- nos procedimentos diagnósticos em decorrência de atendimento de urgência ou emergência em pronto-socorro.

3.4.11 MEDICAMENTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 50% - REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO E DOMICILIAR

3.4.11.1.1 É objeto de custeio pelo regime de Livre Escolha, mediante a coparticipação de 50%, o medicamento de uso contínuo e domiciliar, constante no rol de cobertura do Saúde CAIXA, existente no [AutoSC](#), *link* Reembolso/ Tabela de Reembolso Medicamentos, e específicos para as patologias a seguir:

- doença de Alzheimer;
- Anemia Falciforme com crise;
- Aplasia Medular;
- Diabetes Mellitus insulino-dependente;
- Diabetes Mellitus não insulino-dependente;
- doença de Crohn;
- doença do Nerônio Motor;
- doença Mieloproliferativa Crônica (DMPC);
- Epilepsia;
- Esquizofrenia;
- Espondilite Anquilosante;
- Fibromialgia;
- Hipertireoidismo;
- Miastenia Gravis;
- Osteoporose;
- Síndrome Antifosfolípide (SAF);
- doença de Parkinson;
- Retocolite Ulcerativa;
- Transtorno Bipolar.

3.4.11.2 O reembolso é de 50% do menor valor entre aquele pago pelo beneficiário e o constante na coluna PMC – Preço Máximo ao Consumidor 17% ICMS do BRASÍNDICE.

3.4.11.2.1 Na inexistência do medicamento no BRASÍNDICE é obrigatória a apresentação de 03 orçamentos, de fornecedores e de marcas diferentes, sempre que houver.

3.4.11.3 Os medicamentos com custeio de 50% possuem limite máximo anual de R\$ 4.800,00, por beneficiário.

3.4.11.4 O valor reembolsado não é computado no teto anual de coparticipação.

3.4.11.5 Para reembolso é obrigatória a inscrição prévia, via [AutoSC](#), efetuada pelo Titular.

3.4.12 MEDICAMENTOS ISENTOS DE COPARTICIPAÇÃO E SEM IMPACTO NO TETO DE COPARTICIPAÇÃO

3.4.12.1 É objeto de custeio sem coparticipação e sem impacto no teto de coparticipação, exclusivamente o medicamento que se enquadra nos casos previstos nos subitens [3.15.1](#) e [3.15.3](#).

3.4.12.2 O valor do reembolso é o menor entre aquele pago pelo beneficiário e o constante na coluna PMC – Preço Máximo ao Consumidor 17% ICMS do BRASÍNDICE.

3.5 PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO

3.5.1 O Programa de Atenção ao Diabético tem como objetivo possibilitar ao beneficiário com diagnóstico de Diabetes Mellitus o controle glicêmico, evitando o avanço das comorbidades associadas à patologia.

3.5.2 Os produtos custeados pelo Programa de Atenção ao Diabético não impactam no teto de coparticipação.

3.5.3 O Programa prevê o custeio de insulinas, medicamentos e aquisição de bomba de infusão de insulina, pela modalidade de Livre Escolha.

3.5.3.1 O custeio de insulinas e medicamentos segue as regras previstas para custeio de medicamento de uso contínuo domiciliar, conforme disposto nos subitens [3.4.3.1](#) e [3.4.3.1.1](#).

3.5.3.1.1 A inscrição para o reembolso dos medicamentos é efetivada para a patologia Diabetes.

3.5.4 Custeia-se a bomba de infusão de insulina nas situações em que beneficiário for diagnosticado com Diabetes Mellitus “tipo 1”, em tratamento intensivo com análogos de insulina de ação prolongada e ultra-rápida, num período de pelo menos três meses, independentemente da idade, e que apresente, pelo menos, um dos critérios a seguir:

- Hipoglicemias graves – pelo menos um episódio com o tratamento anterior, com perda de consciência e/ou crise convulsiva;
- Hipoglicemias despercebidas (disautonomia), ou seja, situação clínica em que o paciente não percebe os sintomas de hipoglicemia pela ausência de resposta neuroadrenérgica;
- Controle metabólico instável, com oscilações glicêmicas extremas de difícil compreensão, preferencialmente confirmadas pelo sensor de glicose subcutâneo contínuo;
- Início de complicações crônicas (microalbuminúria, retinopatia);
- Gestação com Diabetes Mellitus “tipo 1” (idealmente no período da concepção).

3.5.4.1 Para custeio da bomba de infusão de insulina é obrigatória a autorização prévia, mediante solicitação do Titular com apresentação da documentação prevista para solicitação de autorização de órtese, no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.5.4.2 O custeio da bomba de infusão de insulina está limitado a 80% do menor valor entre o valor pago pelo Titular e os valores de, no mínimo, mais 2 orçamentos apresentados.

3.5.4.2.1 Na solicitação de bomba de infusão de insulina, compete ao profissional assistente as indicações a seguir:

- tipo, matéria-prima e/ou dimensões do produto, mediante justificativa técnico-clínica da indicação;
- no mínimo, 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas com registro vigente e regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.5.5 É vedado o custeio dos serviços/produtos a seguir:

- manutenção do aparelho;
- insumos necessários para a aferição da glicose;
- novo custeio da bomba de infusão de insulina antes de decorridos 5 anos do último reembolso concedido;
- aparelho sem registro vigente de autorização da ANVISA, vigente, para comercialização do produto.

3.6 MATERIAIS

3.6.1 MATERIAL NÃO ENQUADRADO COMO OPME

3.6.1.1 São custeados os materiais utilizados em internação, sala de cirurgia, ambulatório e pronto-socorro, conforme prescrição do profissional assistente.

3.6.1.1.1 O custeio dos materiais é efetuado com base no Brasíndice, SIMPRO ou tabela própria negociada com o credenciado.

3.6.1.1.1.1 Na inexistência do material no Brasíndice, SIMPRO ou tabela própria negociada com o credenciado, o preço do produto é comprovado por meio de cópia da nota fiscal ou outro documento fiscal hábil.

3.6.1.1.2 Não são custeados materiais considerados EPI.

3.6.2 ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME

3.6.2.1.1 O custeio de OPME é realizado pelo menor valor entre aquele apresentado pelo beneficiário ou prestador e, no mínimo, mais dois orçamentos cotados pela empresa de auditoria.

3.6.2.1.1.1 É dispensada a apresentação de 3 orçamentos para custeio de OPME, quando apresentada comprovação de solicitação de cotação sem resposta (com confirmação de leitura) e, ainda, pelo menos, uma das justificativas a seguir:

- formalização pelo fornecedor de indisponibilidade de material;
- declaração do fornecedor informando a exclusividade.

3.6.2.1.1.2 No caso de dispensa de apresentação de 3 orçamentos, subitem **3.6.2.1.1.1**, é obrigatória a realização de pesquisa, com o objetivo de composição do valor a ser autorizado, devendo ser utilizada, no mínimo, uma das fontes a seguir:

- Portal da CAGETECS, disponível no sítio <https://www.unidas.org.br/>;

- valores de materiais já autorizados em outros procedimentos, no mesmo Estado, pelo período de 01 ano (caso o período seja superior a 1 ano, pode ser aplicado o INPC).

3.6.2.1.1.3 Compete ao gerente da GIPES referendar a justificativa para dispensa da apresentação de 3 orçamentos e a composição do valor autorizado.

3.6.2.1.1.4 A CAIXA custeia somente até o valor do OPME autorizado no caso de opção do beneficiário ou profissional assistente por material de valor superior ao autorizado.

3.6.2.2 ÓRTESE EXTERNA OU NÃO IMPLANTÁVEL

3.6.2.2.1 O custeio para aquisição ou aluguel de órtese externa ou não implantável é condicionado ao cumprimento das exigências a seguir:

- autorização prévia;
- enquadramento da órtese como indispensável o seu uso pelo beneficiário, com justificativa(s) técnicas dos riscos para o beneficiário caso não faça uso da órtese indicada, mediante relatório do médico assistente mediante apresentação de relatório do profissional assistente, exames complementares e parecer detalhado emitido pelo profissional auditor indicado pela CAIXA ou de auditor indicado pela CAIXA;
- existência de registro vigente de autorização da ANVISA, vigente, para comercialização do produto;
- indicação do produto de acordo com a indicação de uso constante na autorização da ANVISA para comercialização, sendo vedada a indicação *off label* para custeio de órtese externa ou não implantável pelo Saúde CAIXA;
- aprovação da câmara técnica do CFM, no caso de nova tecnologia;
- autorização prévia concedida pela GIPES de atendimento, após avaliação da documentação apresentada;
- enquadramento da indicação do produto de acordo com a DUT ANS, em caso de órtese externa ou não implantável com previsão de DUT pela ANS, para cobertura pelas operadoras de planos de saúde;
- enquadramento da indicação do produto de acordo com a DUT da tabela TUSSCAIXA, em caso de órtese externa ou não implantável com previsão DUT na tabela TUSSCAIXA, para cobertura pelo Saúde CAIXA.

3.6.2.2.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.6.2.2.1.1.1 No atendimento de urgência ou emergência declarada por médico ou dentista, é dispensada a necessidade de solicitação de autorização prévia no atendimento que demande a utilização de órtese interna ou implantável, sendo a pertinência técnica do atendimento avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta.

3.6.2.2.1.1.2 Para a auditoria da conta decorrente de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:

- a) Relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo as informações a seguir:
 - justificativas técnicas para caracterização da situação como de urgência ou emergência;
 - justificativas técnicas para utilização da órtese utilizada.
- b) Relatório da internação, no caso de atendimento em regime de internação.
- c) Relatório cirúrgico.
- d) Exames de imagem, com laudo quando houver.

3.6.2.2.1.2 A decisão pela aquisição ou aluguel da órtese considera a opção de menor custo para o plano de saúde.

3.6.2.2.1.3 Na situação em que o beneficiário optar por órtese cujo valor seja superior ao que foi autorizado, o Saúde CAIXA custeará somente até o valor autorizado da órtese.

3.6.2.2.2 Na solicitação de órtese externa ou não implantável, compete ao profissional assistente as indicações a seguir:

- tipo, matéria-prima e/ou dimensões do produto, mediante justificativa técnico-clínica da indicação;
- no mínimo, 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.6.2.2.3 É devido o custeio de bomba de infusão quando preenchidos os critérios a seguir:

- cumprimento das regras previstas no Programa de Atenção ao Diabético, subitem [3.5.3](#);
- realização de implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos (inclui medicamento);

- enquadramento da condição de saúde do beneficiário nas diretrizes de utilização definidas pela ANS.

3.6.2.2.3.1 Para o enquadramento referido no subitem acima, é obrigatória a emissão de relatório pela empresa de auditoria médica, contendo parecer abrangente sobre a condição de saúde do beneficiário, a necessidade de utilização da bomba de infusão dentro das diretrizes de utilização e os benefícios esperados com o custeio.

3.6.2.2.4 O beneficiário é responsável pela manutenção da órtese e dos acessórios complementares, se for o caso.

3.6.2.2.4.1 Constatado o uso indevido, com dano à órtese custeada, são aplicadas as penalidades a seguir:

- débito integral do Titular ou pensionista do valor custeado;
- impossibilidade de custeio para aquisição ou aluguel da mesma órtese ainda que de modelo diferente.

3.6.2.2.5 É vedado o custeio da substituição da órtese ou da reposição de peças por qualquer motivo, inclusive por motivo de existência de modelos mais modernos no mercado.

3.6.2.2.6 O custeio da aquisição ou aluguel de CPAP depende de autorização prévia, mediante solicitação do Titular com apresentação da documentação prevista para solicitação de autorização de CPAP no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.6.2.2.6.1 Cabe à GIPES a decisão da solicitação de autorização prévia para custeio de CPAP, mediante análise de parecer do médico auditor.

3.6.2.2.6.2 As diretrizes para avaliação técnica na solicitação de custeio de CPAP estão definidas no [Anexo V](#).

3.6.2.2.6.3 Novo custeio de CPAP pode ser efetuado após 5 anos da data da concessão inicial, observadas as disposições constantes neste normativo.

3.6.2.2.7 É custeado aparelho intra-oral para tratamento da Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono, mediante autorização prévia da GIPES, nos casos de SAHOS leve e/ou moderada, devidamente comprovada por meio de relatórios médicos e exames complementares.

3.6.2.3 ÓRTESE INTERNA OU IMPLANTÁVEL

3.6.2.3.1 O custeio de órtese é condicionado ao cumprimento das exigências a seguir:

- autorização prévia;
- enquadramento do produto como dispositivo permanente ou transitório, interno ou implantado, implantado total ou parcial por ato cirúrgico ou percutâneo;
- avaliação por profissional indicado pela CAIXA, com emissão de parecer;
- existência de registro vigente de autorização da ANVISA, vigente, para comercialização do produto;
- indicação do produto de acordo com a indicação de uso constante na autorização da ANVISA para comercialização, sendo vedada a indicação *off label* para custeio de órtese interna ou implantável pelo Saúde CAIXA;
- aprovação do Conselho de Classe, no caso de nova tecnologia;
- enquadramento da indicação do produto de acordo com a DUT ANS, em caso de órtese interna ou implantável com previsão de DUT pela ANS, para cobertura pelas operadoras de planos de saúde;
- enquadramento da indicação do produto de acordo com a DUT da tabela TUSSCAIXA, em caso de órtese interna ou implantável com previsão DUT na tabela TUSSCAIXA, para cobertura pelo Saúde CAIXA.

3.6.2.3.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.6.2.3.1.2 No atendimento de urgência ou emergência declarada por médico ou dentista, é dispensada a necessidade de solicitação de autorização prévia no atendimento que demande a utilização de órtese interna ou implantável, sendo a pertinência técnica do atendimento avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta.

3.6.2.3.1.2.1 Para a auditoria da conta decorrente de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:

- a) Relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo as informações a seguir:
 - justificativas técnicas para caracterização da situação como de urgência ou emergência;
 - justificativas técnicas para utilização da órtese utilizada.
- b) Relatório da internação, no caso de atendimento em regime de internação.
- c) Relatório cirúrgico.

d) Exames de imagem, com laudo quando houver.

3.6.2.3.2 Na solicitação de órtese interna ou implantável, compete ao profissional assistente as indicações a seguir:

- tipo, matéria-prima e/ou dimensões do produto, mediante justificativa técnico-clínica da indicação;
- no mínimo, 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas com registro vigente e regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.6.2.4 PRÓTESE

3.6.2.4.1 O custeio de prótese é condicionado ao cumprimento das exigências a seguir:

- autorização prévia;
- enquadramento do produto como dispositivo permanente ou transitório, implantável ou não, que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;
- avaliação por profissional indicado pela CAIXA, com emissão de parecer;
- existência de registro vigente de autorização da ANVISA, vigente, para comercialização do produto;
- indicação do produto de acordo com a indicação de uso constante na autorização da ANVISA para comercialização, sendo vedada a indicação *off label* para custeio de prótese pelo Saúde CAIXA;
- aprovação do Conselho de Classe, no caso de nova tecnologia.

3.6.2.4.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.6.2.4.1.2 No atendimento de urgência ou emergência declarada por médico ou dentista, é dispensada a necessidade de solicitação de autorização prévia no atendimento que demande a utilização de prótese, sendo a pertinência técnica do atendimento avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta.

3.6.2.4.1.2.1 Para a auditoria da conta decorrente de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:

- a) Relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo as informações a seguir:
 - justificativas técnicas para caracterização da situação como de urgência ou emergência;
 - justificativas técnicas para utilização da prótese utilizada.
- b) Relatório da internação, no caso de atendimento em regime de internação.
- c) Relatório cirúrgico.
- d) Exames de imagem, com laudo quando houver.

3.6.2.4.2 A aquisição de lente intraocular possui cobertura obrigatória quando utilizada no tratamento de catarata e seu custeio se submete aos critérios exigidos nos itens [3.6.2.3.1](#) e [3.6.2.3.2](#).

3.6.2.4.3 É de responsabilidade do beneficiário a manutenção e conservação da prótese externa ou não implantada e dos acessórios complementares.

3.6.2.4.4 Na solicitação de prótese, compete ao profissional assistente as indicações a seguir:

- tipo, matéria-prima e/ou dimensões do produto, mediante justificativa técnico-clínica da indicação;
- no mínimo, 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas com registro vigente e regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.6.2.5 MATERIAL ESPECIAL

3.6.2.5.1 O custeio de material especial é condicionado ao cumprimento das exigências a seguir:

- autorização prévia;
- enquadramento do produto como instrumento não implantável, descartável ou não, indispensável à realização dos atos cirúrgicos ou diagnósticos invasivos;
- produto não caracterizado como EPI;
- produto não caracterizado como aparelho ou equipamento cirúrgico ou diagnóstico;
- produto não caracterizado como material de consumo ou de rotina;
- produto nacional;
- avaliação e emissão de parecer por profissional indicado pela CAIXA;

- existência de registro vigente de autorização da ANVISA, vigente, para comercialização do produto;
- indicação do produto de acordo com a indicação de uso constante na autorização da ANVISA para comercialização, sendo vedada a indicação *off label* para custeio de material pelo Saúde CAIXA;
- aprovação do Conselho de Classe, no caso de nova tecnologia;
- enquadramento da indicação do produto de acordo com a DUT ANS, em caso de material especial com previsão de DUT pela ANS, para cobertura pelas operadoras de planos de saúde;
- enquadramento da indicação do produto de acordo com a DUT da tabela TUSSCAIXA, em caso de material especial com previsão DUT na tabela TUSSCAIXA, para cobertura pelo Saúde CAIXA.

3.6.2.5.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.6.2.5.1.2 No atendimento de urgência ou emergência declarada por médico ou dentista, é dispensada a necessidade de solicitação de autorização prévia no atendimento que demande a utilização de material especial, sendo a pertinência técnica do atendimento avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta.

3.6.2.5.1.2.1 Para a auditoria da conta decorrente de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:

- a) Relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo as informações a seguir:
 - justificativas técnicas para caracterização da situação como de urgência ou emergência;
 - justificativas técnicas para utilização do material especial utilizado.
- b) Relatório da internação, no caso de atendimento realizado em regime de internação.
- c) Relatório cirúrgico.
- d) Exames de imagem, com laudo quando houver.

3.6.2.5.1.3 O custeio de material especial importado é permitido no caso de inexistência de produto nacional igual ou similar no mercado.

3.6.2.5.1.4 É de responsabilidade do beneficiário a manutenção e conservação da prótese externa ou não implantada e dos acessórios complementares.

3.6.2.5.2 Na Assistência Odontológica é custeado enxerto ósseo autógeno com finalidade terapêutica.

3.6.2.5.3 Na solicitação de material especial, compete ao profissional assistente as indicações a seguir:

- tipo, matéria-prima e/ou dimensões do produto, mediante justificativa técnico-clínica da indicação;
- no mínimo, 3 marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas com registro vigente e regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

3.7 PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

3.7.1 O Programa de Atenção Domiciliar é caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio.

3.7.1.1 O Programa de Atenção Domiciliar está subdividido nas assistências a seguir:

- Assistência Domiciliar;
- Internação Domiciliar.

3.7.2 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

3.7.2.1 A assistência domiciliar é caracterizada por um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, que não exigem internação hospitalar ou domiciliar, a partir de indicação médica e avaliação técnica por meio do profissional auditor da empresa de auditoria.

3.7.2.2 Nessa modalidade, estão previstas as assistências individuais a seguir:

- fonoaudiologia;
- psicoterapia;
- terapia ocupacional;
- serviço de cuidador domiciliar, [3.7.2.3](#);
- serviço de enfermagem domiciliar, [3.7.2.4](#);

- nutrição enteral domiciliar, [3.7.2.5](#);
- Fisioterapia, [3.12](#).

3.7.2.3 O Titular ou responsável pela pensão compromete-se a contribuir com o desmame da assistência domiciliar prestado ao beneficiário, mediante justificativa técnica do médico auditor e concordância do profissional assistente.

3.7.2.4 SERVIÇO DE CUIDADOR DOMICILIAR

3.7.2.4.1 Tem por objetivo o auxílio financeiro, pelo Saúde CAIXA, para o custeio de serviço de cuidador.

3.7.2.4.2 O custeio do serviço de cuidador possui as características a seguir:

- a) Exclusivo para beneficiário impossibilitado de realizar, sem ajuda de terceiros, as atividades da vida diária, mediante prescrição médica.
- b) Exclusivo pela modalidade de Livre Escolha.
- c) Necessidade de autorização prévia para início da prestação do serviço.
- d) Previsão de apenas 1 cuidador por plantão de 12 horas.
- e) Valor de R\$ 25,00, por plantão de 12 horas.
- f) Coparticipação normal de 30%, debitada no ato do reembolso.
- g) Obrigatoriedade de revisão do custeio a cada período de 12 meses ou em menor tempo, em função da evolução clínica do beneficiário, mediante parecer da auditoria médica.
- h) Vedação de custeio para beneficiário enquadrado em qualquer das situações a seguir:
 - com necessidade, tecnicamente comprovada, de assistência de técnico/auxiliar de enfermagem ou de enfermeiro;
 - com vínculo familiar com o proposto cuidador;
 - em usufruto do auxílio para Escola Especializada ou Escola Normal Inclusiva;
 - em internação hospitalar.

3.7.2.4.2.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.7.2.4.3 É permitido custeio de visita do enfermeiro para realização de atos exclusivos de enfermagem conforme prescrição médica.

3.7.2.4.4 A prorrogação do custeio do serviço de cuidador domiciliar ocorre mediante autorização prévia com apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.7.2.5 SERVIÇO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

3.7.2.5.1 Destina-se aos beneficiários com necessidade de serviço contínuo prestado por técnico/auxiliar de enfermagem ou enfermeiro, mediante prescrição médica.

3.7.2.5.2 O custeio de serviço de enfermagem domiciliar ocorre somente mediante emissão autorização.

3.7.2.5.2.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.7.2.5.2.2 No custeio de serviço prestado por técnico/auxiliar de enfermagem é devido o custeio de 1 visita semanal para remuneração ao enfermeiro responsável técnico pelos serviços prestados.

3.7.2.5.3 É vedado o custeio do serviço de enfermagem domiciliar para beneficiário em qualquer das situações a seguir:

- com vínculo familiar com o proposto enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem;
- em internação hospitalar ou domiciliar.

3.7.2.5.4 O custeio do serviço é revisto a cada período de 12 meses ou em menor tempo, em função da evolução clínica do beneficiário, mediante parecer da auditoria médica.

3.7.2.5.5 A prorrogação do custeio do serviço de enfermagem domiciliar ocorre mediante autorização prévia com apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.7.2.6 NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

3.7.2.6.1 A nutrição enteral domiciliar possui as características a seguir:

- a) Exclusivo para beneficiários impossibilitados de ingestão oral adequada para prover as necessidades diárias nutricionais.
- b) Necessidade de autorização prévia, para início da prestação do serviço.
- c) Custeio efetuado por meio de uma das modalidades a seguir:
 - Escolha Dirigida, conforme tabela negociada entre a GIPES e o prestador credenciado;
 - Livre Escolha, somente no caso de inexistência de prestador credenciado, de acordo com o menor valor cotado, dentre 3 cotações efetuadas pela empresa de auditoria médica.

3.7.2.6.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.7.2.6.2 O custeio de nutrição enteral domiciliar é revisto a cada período de 12 meses ou em menor tempo, em função da evolução clínica do beneficiário, mediante parecer da auditoria médica.

3.7.2.6.3 A prorrogação do custeio de nutrição enteral domiciliar ocorre mediante autorização prévia com apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.7.3 INTERNAÇÃO DOMICILIAR

3.7.3.1 Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo parcial ou integral ao paciente com quadro clínico mais complexo.

3.7.3.2 A assistência em internação domiciliar é realizada por equipe multifuncional, mediante indicação médica e avaliação sob protocolo de auditoria médica, respeitado o Plano de Atenção Domiciliar – PAD.

3.7.3.3 São elegíveis, para a internação domiciliar, os beneficiários que:

- forem enquadrados como internação domiciliar nas tabelas [ABEMID](#) e [NEAD](#);
- possuam domicílio adequado para receber a estrutura necessária para a internação domiciliar;
- apresentem responsável pela internação domiciliar;
- apresentem cuidador maior de 18 anos e menor de 60 anos.

3.7.3.4 Para custeio de internação domiciliar é necessária autorização prévia, em qualquer das situações a seguir:

- implantação da internação domiciliar;
- alterações no Plano de Atenção Domiciliar – PAD, no caso de internação domiciliar em andamento;
- prorrogação da internação domiciliar.

3.7.3.4.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.7.3.5 Na região onde não exista rede credenciada o reembolso é autorizado pelo menor valor, mediante a cotação de três orçamentos, em conformidade com o Plano de Atenção Domiciliar – PAD.

3.7.3.6 É de responsabilidade do Titular os custos decorrentes de despesas com os produtos a seguir:

- objetos de uso pessoal;
- materiais de higiene;
- fraldas;
- materiais, vitaminas e medicamentos de uso contínuo que o beneficiário já utilizava antes da internação hospitalar.

3.7.3.7 O custeio do serviço é revisto a cada período de 12 meses ou em menor tempo, em função da evolução clínica do beneficiário, mediante parecer da auditoria médica.

3.7.3.8 O assistente social credenciado deve realizar acompanhamento da família, visando a orientação e preparação para o desmame da Internação domiciliar.

3.7.3.8.1 O Titular ou responsável pela pensão compromete-se a contribuir com o desmame da internação domiciliar do beneficiário, mediante justificativa técnica do médico auditor e concordância do profissional assistente.

3.7.3.9 Todos os eventos realizados em regime de internação domiciliar possuem isenção de coparticipação do Titular, nas despesas referentes aos procedimentos/produtos/serviços relacionados a seguir:

- honorários do(s) profissional(is) assistente(s);
- serviços de diagnose;

- serviços de terapia.
- materiais;
- medicamentos,
- OPME,
- Diárias;
- taxas de equipamentos e serviços.

3.8 ASSISTÊNCIA GERIÁTRICA

3.8.1 A assistência geriátrica possui as características a seguir:

- a) Autorização prévia para custeio da assistência.
- b) Auxílio para permanência do beneficiário em clínica especializada em geriatria.
- c) Exclusivo para beneficiário com idade a partir de 65 anos, portador de enfermidade incapacitante, impossibilitado de realizar, sem ajuda de terceiros, as atividades da vida diária.
- d) Valor do custeio mensal limitado a R\$ 1.900,00, por beneficiário.
- e) Custeio exclusivo pela modalidade de Livre Escolha.
- f) Coparticipação normal de 30%, debitada no ato do reembolso.
- g) Obrigatoriedade de revisão do custeio a cada período de 12 meses ou em menor tempo, em função da evolução clínica do beneficiário, mediante parecer da auditoria médica.
- h) Vedação de custeio da assistência geriátrica para beneficiário em qualquer das situações a seguir:
 - em assistência por serviço de cuidador domiciliar;
 - em assistência por serviço de enfermagem domiciliar;
 - em condições afetiva e psicológica com necessidade de convívio familiar;
 - integrante de família que, comprovadamente, tem condição afetiva de manter o idoso em casa;
 - em internação domiciliar ou hospitalar por período igual ou superior a 30 dias.

3.8.1.1 Para solicitação de autorização prévia é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.8.1.2 A prorrogação do custeio nutrição enteral domiciliar ocorre mediante autorização prévia com apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.9 CUSTEIO EXCLUSIVO PELA MODALIDADE DE REEMBOLSO

3.9.1 É previsto para os procedimentos e produtos de saúde listados a seguir:

- a) procedimentos odontológicos:
 - elemento em porcelana;
 - elemento em cerômero para dentes pré-molares e molares;
 - elemento metálico pântico;
 - prótese parcial removível;
 - prótese total;
 - ortodontia corretiva;
 - aparelho preventivo;
 - placa interoclusal;
 - prótese total imediata;
 - implante dentário – fase cirúrgica, limitado a 3 implantes por hemiarco;
 - implante dentário – fase protética.
- b) produtos de saúde:

- aparelho auditivo para beneficiário com perda auditiva enquadrada como moderada, severa ou profunda, mediante laudo de audiometria tonais assinado por fonoaudiólogo e Laudo Técnico – Deficiência Auditiva [Anexo IV](#) assinado pelo médico assistente;
- cadeira de rodas de utilização permanente.

3.9.1.1 O custeio de aparelho auditivo importado é permitido no caso de inexistência de produto nacional igual ou similar no mercado.

3.9.1.2 O custeio de reabilitação odontológica por meio de prótese dentária é restrito aos casos com presença de cárie, falhas na restauração ou perda de resistência do elemento dentário, quando não passíveis de reconstrução por meio direto.

3.9.1.3 Os aparelhos ortodônticos fixos (estéticos ou metálicos) são enquadrados como ortodontia corretiva.

3.9.1.4 Os demais aparelhos ortodônticos são enquadrados em aparelho preventivo, limitados a 3 aparelhos por vida.

3.9.1.5 As próteses abaixo listadas são custeadas por arcada:

- Protocolo Branemark para 4 implantes;
- Protocolo Branemark para 5 implantes;
- Overdenture barra clipe ou o'ring sobre 3 implantes.

3.9.2 Contempla, exclusivamente, os beneficiários inscritos no Saúde CAIXA, sendo vedado aos beneficiários a seguir:

- beneficiários inscritos no Saúde CAIXA na condição de Dependente Restritos;
- beneficiários inscritos no PAMS, sejam titulares ou dependentes inscritos em qualquer condição.

3.9.3 Possui o formato de custeio a seguir:

- custeio na modalidade de reembolso;
- coparticipação normal de 30%, debitada no ato do reembolso;
- coparticipação de 30% não impacta no teto de coparticipação.

3.9.4 Antes da realização do procedimento odontológico ou aquisição do produto de saúde é obrigatória a sua autorização pela CAIXA.

3.9.4.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.9.4.2 É vedado o reembolso para procedimento odontológico ou aquisição do produto de saúde sem a concessão da autorização pela CAIXA.

3.9.5 O custeio é limitado ao menor dos valores entre o apresentado no documento fiscal e o valor da tabela de reembolso vigente na data do pedido de reembolso disponível no [AutoSC](#), Tabela de Procedimentos/consultar tabela.

3.9.6 Os procedimentos odontológicos previstos no subitem [3.9.1](#) são executados por profissional/entidade de livre escolha do beneficiário, sendo permitido o reembolso inclusive quando realizados por profissional/entidade credenciada.

3.9.6.1 A realização dos procedimentos odontológicos previstos no subitem [3.9.1](#) por profissional pertencente à rede credenciada não caracteriza a modalidade de Escolha Dirigida, uma vez que o custeio é exclusivo por meio de reembolso.

3.9.7 É vedado o custeio de:

- manutenção ortodôntica;
- manutenção do aparelho auditivo;
- manutenção da cadeira de rodas;
- cadeira de roda antes de decorridos 5 anos do último reembolso concedido;
- aparelho auditivo antes de decorridos 4 anos do último reembolso concedido;
- mesmo espaço protético e/ou elemento dental antes de decorridos 5 anos do último reembolso concedido, exceto quando se tratar de prótese total imediata;
- mais de 1 fase cirúrgica de implante dentário para o mesmo espaço protético;
- mais de 1 ortodontia corretiva para o mesmo beneficiário;

- procedimentos odontológicos restauradores por motivo estético, cosmético ou embelezadores;
- procedimento odontológico ou produto de saúde, ainda que decorrente de perda ou danificação, antes do prazo previsto para novo custeio;
- provisório da fase protética sobre implante dentário;
- provisório do espaço sem dentes nas pontes fixas;
- restaurações protéticas para correção de distúrbios oclusais e técnicos, sejam estéticos ou parafuncionais para alteração de dimensão vertical, correção de diastemas, de erosão dental e de desgaste patológico (bruxismo).

3.9.8 O beneficiário é obrigado a comparecer no local e data pré-estabelecidos, quando convocado pelo Dentista da CAIXA ou pela GIPES, para avaliação presencial, sob pena das sanções a seguir:

- indeferimento da solicitação de autorização;
- indeferimento do pedido de reembolso, ainda que concedida a autorização prévia;
- ressarcimento à CAIXA de valor já reembolsado.

3.9.8.1 É permitido ao dentista da CAIXA, à GIPES ou empresa de auditoria, a qualquer momento, solicitar documentação complementar.

3.9.9 O beneficiário ou seu representante legal é obrigado a encaminhar documentos, laudos e exames complementares quando solicitados pela GIPES, pelo Dentista da CAIXA ou pela auditoria contratada, sob pena de aplicação das sanções a seguir:

- indeferimento da solicitação de autorização;
- indeferimento da solicitação do reembolso, ainda que concedida a autorização prévia;
- ressarcimento à CAIXA de valor já reembolsado.

3.9.10 Na alteração do procedimento odontológico autorizado, o beneficiário ou seu representante legal é obrigado a comunicar à GIPES de atendimento a alteração do plano de tratamento proposto, antes da sua continuidade.

3.9.11 A qualquer tempo e quando identificada irregularidade, são adotadas as sanções a seguir:

- indeferimento da solicitação de autorização;
- indeferimento da solicitação do reembolso, ainda que concedida a autorização prévia;
- ressarcimento à CAIXA de valor já reembolsado.

3.9.12 É obrigatória a apresentação de 3 orçamentos para a análise da solicitação de custeio de aparelho auditivo, com as características a seguir:

- diferentes empresas fornecedoras de produtos de saúde para o mesmo modelo de aparelho;
- no caso de marca ou fabricante diferente, apresentar cotação de modelo com características similares.

3.9.13 A cotação de 3 orçamentos para aquisição de aparelho auditivo é de responsabilidade do Titular e ocorre antes da solicitação de autorização prévia.

3.9.14 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO CUSTEIO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EXCLUSIVOS PELA MODALIDADE DE REEMBOLSO

3.9.14.1 É obrigatória a apresentação da Declaração de Conclusão de Tratamento Odontológico ou Instalação em Ortodontia - Saúde CAIXA, [MO21082](#), assinada pelo dentista assistente e pelo beneficiário, para reembolso do procedimento.

3.9.14.2 O plano de tratamento proposto pelo dentista assistente deve conter informações necessárias ao enquadramento do procedimento, como nome do paciente, dente ou região, técnica e material.

3.9.14.2.1 Ao plano de tratamento devem ser anexados documentos e exames necessários para subsídio à análise técnica do processo, como radiografias de auxílio diagnóstico e documentação ortodôntica.

3.9.14.3 Para prótese fixa e elemento unitário deve ser informado o dente, especificando pilares e pânticos, o material utilizado e o valor individualizado.

3.9.14.4 Para prótese parcial removível, devem ser informados os dentes a serem substituídos e o valor por peça, constituída por armação metálica com suporte bilateral, independentemente do espaço protético, composto por grampos fundidos ou encaixe.

3.9.14.5 Para prótese total, deve ser informada a arcada e a característica da peça, se pós-cirúrgica ou definitiva, com valor discriminado por peça.

3.9.14.6 Para placa interoclusal, deve ser informado o diagnóstico e objetivos do tratamento com valor discriminado por peça.

3.9.14.7 O elemento em porcelana inclui:

- coroa *veneer* metalo-cerâmica;
- coroa metalo-cerâmica;
- coroa oca, faceta, *inlay*, *onlay* e *metal free* executados em porcelana.

3.9.14.8 O elemento em cerômero inclui:

- coroa metalo-plástica;
- coroa oca, faceta, *inlay* e *onlay*, executados em cerômero.

3.9.14.9 Para tratamento ortodôntico, deve ser informada a técnica a ser utilizada, o diagnóstico morfofuncional, acompanhado da documentação ortodôntica emitida em até 12 meses anteriores à solicitação de autorização prévia, radiografia panorâmica realizada em até 6 meses antes da solicitação de autorização, o valor total e o tipo de aparelho.

3.9.14.9.1 Nos casos de ortodontia, é considerada a instalação da aparatologia como data de conclusão do tratamento.

3.9.14.9.2 O pedido de aparelho mantenedor de espaço deve estar acompanhado de laudo odontológico, justificando a indicação.

3.9.14.10 Para implante dentário osseointegrado de titânio, deve ser informada a técnica a ser utilizada, o sistema de implante osseointegrado adotado, bem como a indicação dos elementos a serem substituídos, o plano de tratamento discriminado por fase com os respectivos valores, acompanhado de radiografias e tomografias de diagnóstico.

3.9.14.10.1 É vedada a remoção de dente ou remanescente e reabilitação imediata com implante dentário, sendo necessário o período de osseointegração, que é comprovado mediante a apresentação de radiografia de diagnóstico.

3.9.14.10.2 O reembolso do implante dentário osseointegrado de titânio é concedido em dois tempos diferenciados:

- fase cirúrgica;
- fase protética.

3.9.14.10.2.1 A fase protética ocorre após a osseointegração, que é comprovada mediante a apresentação de radiografia de diagnóstico.

3.9.14.11 Os valores dos procedimentos incluem independentemente da técnica utilizada:

- custos laboratoriais;
- honorários profissionais;
- aparelhagem necessária para correção ortodôntica, assim como a placa de contenção indicada;
- todos os materiais necessários à fase cirúrgica do implante osseointegrado, que compreende a cirurgia para instalação do implante de titânio, o tapa implante e a segunda cirurgia para instalação do cicatrizador;
- todos os materiais e consultas de revisão necessários à fase protética do implante osseointegrado.

3.9.14.11.1 No caso da fase protética do implante osseointegrado, referente a ponte fixa, o pântico deve ser enquadrado prótese parcial fixa implanto suportada.

3.10 CHECK UP

3.10.1 O *Check Up* é opcional e eletivo, realizado somente na modalidade de Escolha Dirigida e possui carência de 365 dias.

3.10.2 O *Check Up* está disponível para os titulares e seus dependentes, regularmente inscritos no Saúde CAIXA conforme discriminado a seguir:

- Titular, empregado ou aposentado, de qualquer idade;
- Dependente e pensionista, com idade a partir de 27 anos.

3.10.3 É vedado o custeio de deslocamento para realização do *CHECK UP*.

3.10.4 Encontram-se disponíveis no [AutoSC](#), *link CHECK UP*, informações sobre os procedimentos por Hospitais/Clínicas que oferecem o serviço.

3.10.5 A despesa decorrente de falta ao *CHECK UP* previamente agendado é repassada integralmente ao Titular.

3.10.6 Considera-se falta o não comparecimento, no horário agendado, sem aviso prévio de, no mínimo, 24 horas.

3.11 REMOÇÃO

3.11.1 A remoção de beneficiário é realizada por meio do Saúde CAIXA e é justificada na ocorrência de uma das situações a seguir:

- a) De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao SUS para hospital credenciado ao Saúde CAIXA.
- b) De hospital ou serviço de pronto-atendimento não credenciado ao plano de saúde para hospital credenciado.
- c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado ao plano de saúde para hospital credenciado, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem ou quando a entidade de origem estiver sendo descredenciada do Saúde CAIXA.
- d) De hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado para estabelecimento de saúde credenciado para realização de serviço/procedimento, com retorno ao credenciado de origem, quando da inexistência do serviço/procedimento no estabelecimento de origem.
- e) Para hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado ao plano de saúde, estabelecido em outro município somente nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador, conforme [RH222](#).
- f) Beneficiário em uso de Home Care - internação domiciliar, mediante apresentação de relatório médico, ratificado por parecer da auditoria, apontando que a remoção necessita do cumprimento dos critérios técnicos a seguir:
 - utilização de algum equipamento necessário para a manutenção da vida durante o transporte;
 - é indispensável transporte especializado.

3.11.2 Quando o beneficiário estiver internado em ambiente hospitalar em município diferente daquele em que reside ou trabalha por período igual ou superior a 30 dias, a remoção/transferência para a localidade de domicílio é custeada pelo Saúde CAIXA desde que haja previsão de continuidade da internação em outro hospital por mais 30 dias, devidamente justificada por relatório emitido pelo médico assistente, equipe médica ou diretor médico/técnico do hospital.

3.11.3 A remoção de beneficiários é realizada somente mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

3.11.4 A vaga no hospital de destino é providenciada pelo Titular, beneficiário ou responsável.

3.12 ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA

3.12.1 O custeio da assistência fisioterápica para a reabilitação do beneficiário do Saúde CAIXA é condicionado à apresentação de prescrição do médico assistente ou cirurgião dentista na sua área de atuação.

3.12.2 A sessão compreende todas as medidas necessárias ao tratamento das patologias apresentadas pelo beneficiário independente do quantitativo de membros ou regiões tratadas, incluindo utilização de equipamentos.

3.12.3 A consulta fisioterapêutica deve preceder o atendimento (sessão), para a construção do diagnóstico fisioterapêutico, podendo ser realizados no mesmo dia.

3.12.4 É permitida somente uma sessão de qualquer das fisioterapias ambulatoriais e/ou acupuntura por dia e no máximo 3 sessões semanais.

3.12.4.1 É vedado o custeio de realização de mais de uma sessão de fisioterapia no mesmo dia.

3.12.4.2 É vedado o custeio de realização de sessão de fisioterapia e acupuntura no mesmo dia.

3.12.5 De acordo com a patologia, as sessões de fisioterapia necessitam de justificativa de um dos profissionais de saúde a seguir:

- médico;
- cirurgião dentista.

3.12.6 As sessões de fisioterapia necessitam de autorização prévia da auditoria médica ou odontológica, conforme área de atuação, para realização em qualquer das situações a seguir:

- situações que extrapolam a quantidade prevista no subitem [3.12.4](#);
- fisioterapia domiciliar, quando o beneficiário está impossibilitado de se deslocar até a clínica;
- sessão de pilates.

3.12.6.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.12.6.2 É vedada a autorização de mais de 30 sessões de Pilates, 30 sessões por relatório.

3.12.6.2.1 Antes de findar as 30 sessões, caso seja evidenciada a necessidade de continuidade do tratamento com sessões de pilates, é obrigatória a solicitação de autorização com apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.12.6.3 O custeio do procedimento Pilates, pelo Saúde CAIXA, possui a DUT a seguir:

a) beneficiário apresenta uma das condições a seguir:

- prevenção de lesões musculares e articulares que comprometem o sistema muscular esquelético, para pacientes portadores de patologias preexistentes, diagnosticadas e já tratadas de alguma maneira por fisioterapia, acupuntura ou tratamento cirúrgico;
- combate à progressão das alterações posturais devidamente comprovadas;
- melhoria das funções motoras afetadas devidamente comprovadas, em pacientes idosos;
- fortalecimento dos músculos abdominais e pélvicos em pacientes gestantes.

b) vedação da realização do procedimento em beneficiário enquadrado em qualquer das situações a seguir:

- paciente em processo algíco e/ou processo inflamatório agudo;
- paciente em tratamento por meio de outro tipo de procedimento de fisioterapia.

3.13 ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL

3.13.1 É obrigatória a solicitação de autorização prévia nas situações a seguir:

- alteração do plano de tratamento, anteriormente autorizado pela GIPES de atendimento, quando necessária;
- casos que, extraordinariamente e por período circunscrito, requeiram quantidade de sessões, por semana, maior que a quantidade prevista neste normativo;
- atendimentos hospitalares e domiciliares;
- acompanhamento terapêutico;
- assistência à pessoa com deficiência;
- avaliação neuropsicológica;
- Psicodiagnóstico.

3.13.1.1 Para solicitação de autorização prévia, nas situações previstas no subitem [3.13.1](#), é obrigatória a apresentação dos documentos previstos no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.13.2 O limite de sessões é estabelecido por procedimento e por beneficiário do Saúde CAIXA, independente do profissional que realiza o atendimento.

3.13.3 O limite de sessões semanais e/ou anuais é estabelecido em cada tipo de assistência, conforme previsto neste normativo.

3.13.4 Acima do limite definido em cada tipo de assistência, a participação do Titular é de 100% do valor da Tabela TUSCAIXA.

3.13.4.1.1 Está prevista a solicitação do Titular ou do responsável pela pensão para extrapolação do limite de sessões com a coparticipação de 30%, mediante solicitação de autorização com apresentação de relatório médico, consubstanciado, justificando a necessidade de exceder o limite previsto para o procedimento.

3.13.4.1.2 Compete à GIPES avaliar a solicitação de extrapolação de quantidade por prazo intervalar, mediante análise dos relatórios a seguir:

- relatório emitido pelo profissional assistente;
- relatório emitido pelo profissional auditor.

3.13.4.1.3 Havendo autorização para extrapolação do limite de sessões, cabe ao Titular a coparticipação normal para o limite extrapolado e autorizado previamente.

3.13.4.2 O atendimento emergencial ocorrido fora do consultório, não enquadrado como hospitalar ou domiciliar, tem um acréscimo de 100% sobre os valores da Tabela TUSCAIXA, desde que cumpridas, cumulativamente, as condições a seguir:

- apresentação de relatório do psicólogo assistente contendo justificativa técnica para enquadramento como atendimento emergencial;
- avaliação técnica que ateste tecnicamente a necessidade do atendimento em caráter emergencial, mediante parecer técnico emitido pela empresa de auditoria;
- análise da GIPES de atendimento, mediante parecer assinado pelo Gerente de Filial, manifestando-se, administrativamente, favoravelmente ao atendimento em caráter emergencial.

3.13.4.3 Os procedimentos para atendimento em regime ambulatorial sofrem acréscimo de 50% sobre os seus valores, quando realizados em dos regimes de atendimento a seguir:

- hospitalar;
- domiciliar.

3.13.4.3.1 O acréscimo previsto no subitem [3.13.4.3](#) não se aplica ao procedimento de acompanhamento terapêutico.

3.13.4.4 O não comparecimento do beneficiário à consulta ou sessão, no horário agendado, sem aviso prévio de, no mínimo, 24 horas implica cobrança pela CAIXA, de 100% do valor de falta, do Titular ou responsável pensão.

3.13.5 ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA

3.13.5.1 A Assistência Psicológica é realizada por psicólogo, mediante aplicação de métodos e técnicas de ajuda especializada, objetivando o bem-estar emocional e a harmonia dos relacionamentos do beneficiário do Saúde CAIXA.

3.13.5.2 São utilizadas as modalidades de assistência psicológica a seguir:

- Consulta com psicólogo;
- Psicoterapia individual;
- Psicoterapia de grupo;
- Psicoterapia familiar;
- Psicoterapia de casal;
- Psicomotricidade;
- Psicodiagnóstico;
- Acompanhamento Terapêutico;
- Avaliação Neuropsicológica.

3.13.5.3 O psiquiatra também pode atuar como terapeuta individual, de grupo, familiar e de casal, desde possua cumulativamente, as condições a seguir:

- formação específica para atuação;
- credenciamento, nessas áreas de atuação, para atendimento aos beneficiários do Saúde CAIXA.

3.13.5.4 Está previsto o credenciamento de terapeuta ocupacional e de fisioterapeuta para a realização de psicomotricidade com foco em área motora.

3.13.5.5 O número de sessões indicado para psicoterapia individual e psicomotricidade é de, no máximo, 2 sessões por semana.

3.13.5.6 O custeio de psicoterapia de grupo, de casal e familiar é limitado à realização de 1 sessão por semana.

3.13.5.7 O custeio da psicoterapia de grupo é por beneficiário do Saúde CAIXA participante do grupo, a cada sessão realizada.

3.13.5.8 Na terapia de casal ou familiar, o pagamento é por sessão, independentemente do número de pessoas da família participantes do atendimento.

3.13.5.9 Na assistência psicológica, o limite anual estabelecido por beneficiário do Saúde CAIXA é:

- 104 sessões de psicoterapia individual;
- 52 sessões de psicoterapia de grupo;
- 52 sessões de psicoterapia de casal e/ou familiar;
- 52 sessões de acompanhamento terapêutico.

3.13.5.10 A realização de assistência psicológica em ambiente domiciliar, em regime de internação ou não, ocorre mediante autorização prévia.

3.13.5.10.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.13.5.11 PSICODIAGNÓSTICO

3.13.5.11.1 O Psicodiagnóstico é realizado por psicólogo e possui as características a seguir:

- tem como objetivo a descrição da situação psicológica do beneficiário;
- obtido por meio da aplicação de um conjunto de procedimentos especializados de pesquisa e análise;
- expresso por meio de laudo circunstanciado, por escrito, e dirigido ao profissional de saúde que o tenha solicitado.

3.13.5.11.2 A realização do psicodiagnóstico ocorre mediante aplicação dos instrumentos a seguir:

- entrevistas com o paciente e, se necessário, com familiares;
- anamnese;
- aplicação de testes psicológicos;
- Outros instrumentos de investigação e avaliação.

3.13.5.11.3 O psicodiagnóstico é realizado em, no máximo, 6 sessões cobradas nos códigos a seguir:

- 76.01.011-2 Psicodiagnóstico – 1ª sessão;
- 76.01.012-0 Psicodiagnóstico – 2ª sessão;
- 76.01.013-9 Psicodiagnóstico – 3ª sessão;
- 76.01.014-7 Psicodiagnóstico – 4ª sessão;
- 76.01.015-5 Psicodiagnóstico – 5ª sessão;
- 76.01.016-3 Psicodiagnóstico – 6ª sessão.

3.13.5.11.4 A realização de psicodiagnóstico ocorre mediante autorização prévia.

3.13.5.11.4.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.13.5.12 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

3.13.5.12.1 O Acompanhamento Terapêutico é realizado por psicólogo ou terapeuta ocupacional, com aplicação de método e técnicas, e tem como objetivo a reinserção no contexto social do beneficiário que demande trabalho mais intensivo de acompanhamento em situações externas.

3.13.5.12.2 A realização do acompanhamento terapêutico é necessária a autorização prévia.

3.13.5.12.3 O custeio de acompanhamento terapêutico é limitado à realização de 1 sessão a cada 5 dias.

3.13.5.12.3.1 Para a solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.13.5.13 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

3.13.5.13.1 A Avaliação Neuropsicológica é realizada por psicólogo, com aplicação de instrumentos especificamente padronizados para avaliação das funções neuropsicológicas, envolvendo principalmente habilidades de atenção, percepção, linguagem, raciocínio, abstração, memória, aprendizagem, processamento da informação, afeto, funções motoras e executivas.

3.13.5.13.2 Para realização da avaliação neuropsicológica são aplicados os instrumentos a seguir:

- entrevistas com o paciente e, se necessário, com familiares;
- anamnese;
- aplicação de bateria de testes específicos para investigação neuropsicológica;
- outros instrumentos de investigação e avaliação.

3.13.5.13.3 A avaliação neuropsicológica é realizada em, no máximo, 6 sessões, que são cobradas nos códigos abaixo:

- 76.01.017-1- Avaliação Neuropsicológica – 1ª sessão;
- 76.01.018-0- Avaliação Neuropsicológica – 2ª sessão;
- 76.01.019-8- Avaliação Neuropsicológica – 3ª sessão;
- 76.01.020-1- Avaliação Neuropsicológica – 4ª sessão
- 76.01.021-0- Avaliação Neuropsicológica – 5ª sessão;
- 76.01.022-8- Avaliação Neuropsicológica – 6ª sessão.

3.13.5.13.3.1 Na avaliação neuropsicológica já estão inclusos os instrumentos aplicados ao beneficiário, subitem [3.13.5.13.2](#).

3.13.5.13.4 A realização de avaliação neuropsicológica é ocorre mediante autorização prévia.

3.13.5.13.4.1 Para solicitação de autorização prévia, é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.13.5.13.5 A periodicidade mínima para realização de nova avaliação neuropsicológica é 2 anos, a contar da realização da última sessão da avaliação anterior.

3.13.6 ASSISTÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL

3.13.6.1 A Assistência em Serviço Social é realizada por assistente social, com aplicação de técnicas e métodos de análise, aconselhamento e orientação, focado no relacionamento da(s) pessoa(s) com o meio em que vive(m), visando o reequilíbrio social.

3.13.6.2 São utilizadas as modalidades de assistência em serviço social:

- terapia individual;
- terapia de grupo;
- terapia familiar.

3.13.6.3 Na assistência em Serviço Social, o limite anual estabelecido por beneficiário é:

- 104 sessões de terapia individual;
- 52 sessões de terapia de grupo;
- 52 sessões de terapia familiar.

3.13.6.4 O número de sessões para a terapia individual é de, no máximo, 2 por semana.

3.13.6.5 O número de sessões para a terapia de grupo, de casal e familiar é de 1 sessão por semana.

3.13.6.6 O custeio da terapia de grupo é por beneficiário do Saúde CAIXA participante do grupo, a cada sessão realizada.

3.13.6.7 Na terapia de casal ou familiar o pagamento é por sessão, independentemente do número de pessoas da família participantes do atendimento.

3.13.7 ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA

3.13.7.1 A assistência fonoaudiológica é realizada por fonoaudiólogo, com aplicação de métodos e técnicas, para a reabilitação e correção dos sistemas orofaciais, auditivos e fono-articulatórios.

3.13.7.2 Estão previstas as modalidades de assistência fonoaudiológica a seguir:

- avaliação fonoaudiológica;
- terapia fonoaudiológica.

3.13.7.3 A assistência fonoaudiológica é realizada em ambiente ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, dependendo das condições do paciente e da indicação clínica.

3.13.7.4 A assistência fonoaudiológica é indicada, conforme área de atuação, por um dos profissionais de saúde a seguir:

- fonoaudiólogo;
- médico;
- psicólogo;
- dentista.

3.13.7.5 O número de sessões para a terapia fonoaudiológica é de, no máximo, 2 sessões por semana, por beneficiário.

3.13.7.6 A assistência fonoaudiológica é limitada a 104 sessões anuais por beneficiário.

3.13.7.7 A realização de nova avaliação fonoaudiológica necessita de autorização prévia.

3.13.7.8 A avaliação fonoaudiológica é realizada em 3 sessões.

3.13.7.9 A realização de assistência fonoaudiológica em ambiente domiciliar, em regime de internação ou não, ocorre mediante autorização prévia.

3.13.7.9.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.13.8 TERAPIA OCUPACIONAL

3.13.8.1 A Terapia Ocupacional é realizada pelo terapeuta ocupacional, com aplicação de métodos e técnicas para desenvolver, conservar ou recuperar capacidades físicas e/ou mentais, por meio da promoção e estímulo de atividades relacionadas ao autocuidado e atividades da vida diária.

3.13.8.2 Estão previstas as modalidades de terapia ocupacional a seguir:

- terapia ocupacional individual;
- terapia ocupacional de grupo;
- fisioterapia para distúrbios psicomotores;
- psicomotricidade;
- avaliação em terapia ocupacional;
- hidroterapia;
- acompanhamento terapêutico, em conformidade com o item [3.13.5.12](#).

3.13.8.3 O número de sessões para a terapia ocupacional individual e fisioterapia para distúrbios psicomotores é de, no máximo, 2 por semana.

3.13.8.4 O número de sessões para a terapia ocupacional em grupo é de 1 sessão por semana.

3.13.8.5 O custeio da terapia de grupo é por beneficiário do Saúde Caixa participante do grupo, a cada sessão realizada.

3.13.8.6 Na assistência terapêutica ocupacional o limite anual estabelecido por beneficiário do Saúde CAIXA é:

- 104 sessões de terapia ocupacional individual;
- 52 sessões de terapia de grupo.

3.13.8.7 A avaliação em Terapia Ocupacional é realizada em 4 sessões.

3.13.8.8 A realização de nova avaliação necessita de autorização prévia.

3.13.8.8.1 A realização de terapia ocupacional em ambiente domiciliar, em regime de internação ou não, ocorre mediante autorização prévia.

3.13.8.8.1.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.13.9 ASSISTÊNCIA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.13.9.1 A assistência à pessoa com deficiência é oferecida ao beneficiário do Saúde CAIXA portador de patologia congênita ou adquirida, de natureza psíquica e/ou orgânica, que o torne dependente de terceiros para o desempenho das atividades diárias.

3.13.9.1.1 O beneficiário, para fazer jus à assistência à pessoa com deficiência física, enquadra-se em, pelo menos, uma das categorias a seguir:

- Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de atividades;
- Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (db) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 3000 Hz;

- Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho;
- Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências primárias (mental/ visual/ auditiva/ física), com comprometimentos que acarretem atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

3.13.9.2 O enquadramento de beneficiário como pessoa com deficiência não implica o enquadramento do beneficiário como pessoa permanentemente incapaz para o trabalho.

3.13.9.3 Para enquadramento do beneficiário do Saúde CAIXA como pessoa com deficiência é necessária a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.

3.13.9.3.1 A documentação apresentada é submetida à análise técnica de médico auditor, para avaliação e emissão de parecer, para enquadramento do tipo de deficiência apresentada pelo beneficiário.

3.13.9.3.2 É obrigatória a perícia clínica, quando a análise técnica da documentação não for conclusiva para o enquadramento do beneficiário como pessoa com deficiência.

3.13.9.3.2.1 A falta, não justificada com antecedência mínima de 48 horas, à perícia clínica implica a desistência da solicitação de enquadramento do beneficiário como pessoa com deficiência.

3.13.9.3.2.2 A justificativa para falta à perícia clínica é encaminhada à CEPES – Central Saúde CAIXA por meio de um dos canais a seguir:

- 0800 095 60 94;
- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/atendimentoonline/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.

3.13.9.3.3 Está prevista a solicitação de documentação complementar, pela CEPES – Central Saúde CAIXA, para subsidiar a decisão administrativa pelo deferimento ou indeferimento do beneficiário como pessoa com deficiência.

3.13.9.3.4 A ausência de um dos documentos obrigatórios ou solicitados pela CEPES – Central Saúde CAIXA, implica a desistência da solicitação para enquadramento do beneficiário como pessoa com deficiência.

3.13.9.4 A documentação é arquivada na GIPES de atendimento em forma de processo, para fins de acompanhamento.

3.13.9.5 A assistência à pessoa com deficiência inclui as assistências a seguir:

- Assistência Psicológica;
- Assistência Fonoaudiológica;
- Assistência em Terapia Ocupacional;
- Assistência em Serviço Social;
- Escola especializada ou escola normal includente;
- Psicopedagogia;
- Orientação aos pais ou à família se for o caso;
- Assistência Fisioterápica.

3.13.9.5.1 São excludentes entre si as assistências a seguir:

- psicopedagogia;
- escola especializada ou escola normal includente.

3.13.9.6 A recuperação total do beneficiário do Saúde CAIXA, no decorrer do tratamento, implica na descaracterização do enquadramento como pessoa com deficiência para esta assistência.

3.13.9.7 A recuperação parcial do beneficiário do Saúde CAIXA implica na alteração do plano de tratamento ou na descaracterização do enquadramento como pessoa com deficiência para esta assistência.

3.13.9.7.1 Está prevista a ajuda de custo, limitada ao valor mensal de R\$ 280,93, ao beneficiário enquadrado como Pessoa com Deficiência, matriculado em escola especializada ou escola normal includente que apresente um programa psicopedagógico específico.

3.13.9.7.2 A ajuda de custo para escola especializada ou escola normal includente necessita de autorização prévia.

3.13.9.7.2.1 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.13.10 ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA

3.13.11 A orientação à família é o atendimento com função orientadora à família de beneficiário do Saúde CAIXA, submetido a:

- Psicoterapia;
- Psicodiagnóstico;
- Assistência psiquiátrica;
- Assistência fonoaudiológica;
- Assistência à pessoa com deficiência;
- Terapia ocupacional;
- Psicomotricidade;
- Tratamento para dependência química.

3.13.12 A orientação à família é limitada a 52 sessões anuais por beneficiário do Saúde CAIXA.

3.13.13 A utilização da orientação à família é limitada a 2 sessões mensais.

3.13.14 Quando a orientação aos pais é realizada na mesma clínica, é dada por apenas 1 dos profissionais que presta atendimento ao paciente exceto para a realização de entrevista devolutiva pelo profissional de cada especialidade.

3.13.15 A realização de orientação à família em ambiente domiciliar, em regime de internação ou não, ocorre mediante autorização prévia.

3.13.16 Para solicitação de autorização prévia é obrigatória a apresentação da documentação prevista no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.14 ASSISTÊNCIA EM PRONTO SOCORRO OU PRONTOATENDIMENTO

3.14.1 Durante o período em que o beneficiário se encontra em atendimento em serviço de pronto socorro ou de pronto atendimento, o Titular arca com a coparticipação fixa no valor de R\$ 75,00, sobre o montante das despesas, independente do total calculado, quando relacionadas aos itens a seguir:

- consultas;
- honorários médicos;
- SADT;
- materiais;
- Medicamentos;
- OPME;
- Diárias;
- Taxas hospitalares.

3.14.1.1 A coparticipação fixa de R\$ 75,00, subitem [3.14.1](#), impacta no teto de coparticipação.

3.14.1.2 Tem coparticipação normal de 30%, com impacto no teto de coparticipação, ainda que no caso previsto no subitem [3.14.1](#), as despesas decorrentes de procedimentos ou eventos realizados em outro estabelecimento de saúde diferente do que o beneficiário deu entrada no pronto socorro/pronto atendimento.

3.14.1.3 O beneficiário que dá entrada em um serviço de pronto socorro/pronto atendimento, e é removido para serviço de pronto socorro/pronto atendimento em outro estabelecimento de saúde, gera nova coparticipação fixa de R\$ 75,00, referente ao serviço de pronto socorro/pronto atendimento a efetuado no novo estabelecimento de saúde.

3.15 ASSISTÊNCIA PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO – ISENÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO

3.15.1 Nas sessões de quimioterapia e de radioterapia ambulatoriais, hospitalares ou domiciliares, são isentas de coparticipação as despesas decorrentes dos serviços/produtos descritos a seguir:

- honorários médicos;
- medicamentos oncológicos;
- medicamentos para controle de efeitos adversos, relacionados ao tratamento antineoplásico;
- medicamentos adjuvantes, relacionados ao tratamento antineoplásico;
- materiais utilizados na sessão de quimioterapia ou radioterapia;
- OPME utilizados na sessão de quimioterapia ou radioterapia;
- taxas de sala, de equipamentos e de serviços referentes à sessão de quimioterapia ou de radioterapia.

3.15.1.1 Nas sessões de quimioterapia e de radioterapia, subitem [3.15.1](#), têm coparticipação do Titular as despesas decorrentes dos serviços/produtos descritos a seguir:

- consultas médicas;
- procedimentos e sessões da assistência fisioterápica, inclusive consulta fisioterápica;
- procedimentos realizados para diagnóstico.

3.15.2 A isenção de coparticipação para tratamento oncológico, inclusive procedimento cirúrgico, em regime de internação hospitalar segue o disposto no subitem [3.1.1.4](#).

3.15.3 Em caso de terapia medicamentosa antineoplásica oral, são isentos de coparticipação os medicamentos a seguir:

- medicamentos oncológicos;
- medicamentos para controle de efeitos adversos, relacionados ao tratamento antineoplásico oral;
- medicamentos adjuvantes, relacionados ao tratamento antineoplásico oral.

3.16 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

3.16.1 CONSENSO PRÉVIO À FORMAÇÃO DE JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

3.16.1.1 Em caso de divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e o profissional auditor, é obrigatória a formalização, pelo profissional auditor, de tentativa de consenso com o profissional assistente, com o objetivo dirimir o conflito entre as partes.

3.16.1.2 Estabelecido o consenso técnico-assistencial formal, entre o profissional auditor e o profissional assistente, prevalece a decisão acordada entre as partes.

3.16.1.3 A tentativa de consenso entre o profissional auditor e o profissional assistente é prioritária à formação de junta médica ou odontológica.

3.16.1.4 Para o estabelecimento do consenso entre o profissional auditor e o profissional assistente são observados os prazos de garantia de atendimento.

3.16.2 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – MODALIDADES E COMPOSIÇÃO

3.16.3 A junta médica ou odontológica é realizada por meio de uma das modalidades a seguir:

- junta médica ou odontológica presencial;
- junta médica ou odontológica à distância.

3.16.4 A junta médica ou odontológica é formada pelos participantes a seguir:

- profissional assistente,
- profissional auditor;
- desempatador.

3.16.4.1 A junta médica é composta somente por médicos e a junta odontológica é composta somente por cirurgiões-dentistas.

3.16.4.1.1 Em caso de comum acordo entre o profissional assistente e o profissional auditor, está previsto o convite, como desempatador, de profissional para opinar em assuntos de sua competência profissional, um dos profissionais a seguir:

- o cirurgião-dentista na junta médica;
- o médico na junta odontológica.

3.16.4.2 A convocação de desempatador tem como pré-requisito a habilitação do profissional em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do CFM, no caso de junta médica, ou do CFO, no caso de junta odontológica.

3.16.4.3 O desempatador é escolhido pelo profissional assistente dentre 4 profissionais indicados pela empresa médica de auditoria contratada.

3.16.4.3.1 No caso de manutenção da indicação clínica pelo profissional assistente, cabe à empresa contratada de auditoria acatar a nomeação do profissional assistente de um dos profissionais dentre os 4 sugeridos pelo profissional auditor para composição da junta médica ou odontológica.

3.16.4.3.2 Compete à empresa de auditoria a escolha de um profissional dentre os 4 sugeridos pelo profissional auditor, caso, da parte do profissional assistente, ocorra uma das situações a seguir:

- recusa de todos os profissionais sugeridos pelo profissional auditor;
- intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta.

3.16.4.4 É facultado às GIPES firmar acordos com CRM e o CRO para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, nas suas áreas de competência, hipótese que exclui a indicação prevista no subitem [3.15.4.3](#).

3.16.5 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA À DISTÂNCIA

3.16.5.1 A junta médica ou odontológica à distância consiste da análise de exames e de demais documentos pelo desempatador.

3.16.5.1.1 Em caso de necessidade de junta médica ou odontológica à distância, mediante discussão em conjunto entre o desempatador, o profissional assistente e o profissional auditor, está prevista a realização de junta, por meio de vídeo conferência.

3.16.6 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA PRESENCIAL

3.16.6.1 A junta médica ou odontológica presencial consiste da avaliação clínica do beneficiário pelo desempatador.

3.16.6.2 A junta médica ou odontológica presencial ocorre somente na hipótese de procedimentos ou eventos que, de imediato, constate-se a necessidade de avaliação clínica do beneficiário para desempate da divergência técnico-assistencial.

3.16.6.3 Para a ocorrência de junta médica ou odontológica presencial é obrigatória a presença dos participantes a seguir:

- beneficiário;
- desempatador.

3.16.6.4 É devida a oferta, ao beneficiário, pela CAIXA, de 3 datas distintas para realização da junta, no caso de junta médica ou odontológica presencial.

3.16.6.5 A junta médica ou odontológica presencial acontece num dos municípios a seguir:

- a) município onde está localizado o beneficiário, obrigatoriamente, no caso de beneficiário impossibilitado de se deslocar, por imperativo clínico declarado pelo profissional assistente;
- b) município de residência do beneficiário, prioritariamente;
- c) município diferente do município de residência do beneficiário, na inexistência de profissional desempatador no município de residência do beneficiário.

3.16.7 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – FORMALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

3.16.7.1 No caso de tentativa de consenso prévio entre profissional auditor e profissional assistente, item [3.15.1](#), sem acordo entre as partes, está prevista a formalização de junta médica ou odontológica, pela empresa contratada e de auditoria, quando constatada qualquer das situações a seguir:

- existência de divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e o profissional auditor, de qualquer natureza;
- recusa do profissional assistente em indicar as 3 marcas distintas e o profissional auditor discordar da(s) marca(s) indicadas, no caso de OPME;

3.16.7.1.1 Constituída a junta médica ou odontológica, são de competências da CAIXA a adoção das medidas a seguir:

- a) Pagamento dos honorários do desempatador, inclusive despesas de passagem e estadia, quando necessário.
- b) Pagamento das despesas do profissional assistente, no caso de sua participação em junta médica ou odontológica presencial realizada em outro município.
- c) Pagamento das despesas com hospedagem e estadia do beneficiário de junta presencial em outro município da demanda, inclusive com as despesas do acompanhante no caso de beneficiário enquadrado numa das situações a seguir:
 - idade até 18 anos ou superior a 60 anos;
 - portador de necessidades especiais
- d) Garantia de profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta, no caso de recusa do profissional assistente à realização do procedimento e/ou utilização de produto conforme parecer técnico conclusivo da junta médica ou odontológica.
- e) Garantia de realização do procedimento dentro prazo previsto para a garantia de atendimento, no caso de conclusão da junta médica ou odontológica com parecer técnico indicativo pela realização do procedimento.

3.16.7.2 O documento de formalização de junta médica ou odontológica é composto, no mínimo das informações a seguir:

- a) Identificação do profissional auditor responsável pela avaliação do caso.
- b) Os motivos da divergência técnico-assistencial.
- c) Indicação, pela CAIXA, de 4 profissionais para a formação da junta, constando as qualificações, conforme previsto no QUALISS, ou currículo profissional.
- d) Previsão de prazo de 2 dias úteis para a manifestação do profissional assistente, para formalizar um dos posicionamentos a seguir:
 - manutenção de sua indicação clínica inicial;
 - acolhimento dos motivos da divergência técnico-assistencial da operadora, como acatamento da indicação efetuada pelo profissional auditor;
- e) Notificação de que na recusa, intempetividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, a CAIXA escolhe, dentre os indicados, o médico ou cirurgião-dentista desempatador.
- f) Informação de que o beneficiário ou o médico assistente responsabilizam-se pela apresentação dos documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento.
- g) Informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, em caso de junta presencial, desobrigará a operadora a cobrir o procedimento solicitado.

3.16.7.3 E facultada ao desempatador a solicitação, mediante justificativa técnica, de exames complementares previstos no ROL ANS e/ou Tabela TUSSCAIXA, com vistas à elucidação da divergência técnico-assistencial, que deu causa à instituição da junta médica ou odontológica.

3.16.7.3.1 A solicitação de exames complementares pelo desempatador é facultada em junta médica ou odontológica presencial ou à distância.

3.16.7.3.1.1 É dispensada a obrigatoriedade de solicitação de autorização prévia, no caso de procedimento requerido pelo desempatador, mesmo quando se tratar de procedimento com exigência de autorização prévia.

3.16.8 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – CONCLUSÃO

3.16.8.1 Prevalece a manifestação do profissional auditor, caracterizada qualquer das situações a seguir:

- ausência não comunicada do beneficiário, à junta presencial, no caso de decisão, pela CAIXA, por junta médica ou odontológica presencial;
- não realização, pelo beneficiário, dos procedimentos complementares requeridos pelo desempatador, subitem [3.16.7.3](#).

3.16.8.1.1 Na ocorrência de qualquer das situações caracterizadas no subitem [3.16.8.1](#), é facultado ao beneficiário reiniciar o procedimento de solicitação de autorização, mediante protocolo de nova solicitação.

3.16.8.2 Comunicada a ausência do beneficiário à junta presencial, é agendada nova data para a realização da junta presencial, caso em que será suspenso o prazo da garantia de atendimento.

3.16.8.3 A conclusão do parecer técnico do desempatador é acatada para fins de cobertura ou de negativa do procedimento/evento e/ou produto de saúde solicitado.

3.16.8.4 A junta médica ou odontológica é concluída, quando da entrega do parecer técnico, devidamente fundamentado, emitido pelo desempatador,

3.16.8.4.1 Conforme conclusão do parecer técnico do desempatador está prevista uma das decisões a seguir:

- autorização total do procedimento/evento e/ou produto solicitado;
- autorização parcial do procedimento/evento e/ou produto solicitado;
- negativa total do procedimento/evento e/ou produto solicitado;
- autorização parcial do procedimento/evento e/ou produto solicitado.

3.16.8.4.2 A realização de procedimento e/ou utilização de produto de saúde em desconformidade com a decisão emitida no parecer da junta médica ou odontológica acarreta custeio do serviço de acordo com a conclusão da junta, sendo vedado o reembolso de qualquer diferença de valor ao Titular.

3.16.9 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – DADOS E DOCUMENTOS

3.16.9.1 Conclusa a junta médica ou odontológica, as informações e documentos, relativos à junta médica ou odontológica realizada, são arquivados, devendo conter, no mínimo, os dados a seguir:

- do beneficiário;
- do procedimento e/ou evento solicitado;
- do medicamento solicitado, se for o caso;
- do OPME, solicitado, se for o caso;
- do profissional assistente;
- do profissional da auditor;
- do desempatador;
- do resultado da junta.

3.16.9.2 Os documentos, físicos e/ou digitais, relativos às juntas médicas ou odontológicas são arquivados e disponibilizados à ANS sempre que requisitados, respeitado o sigilo médico acerca das informações de saúde do beneficiário, de acordo com legislação específica.

3.16.9.3 Os dados da junta médica ou odontológica são disponibilizados pela empresa de auditoria, à GIPES, em conformidade com o Anexo II da Resolução Normativa da ANS nº 424, de 26/06/2017.

3.16.10 VEDAÇÕES PARA INSTITUIÇÃO DE JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

3.16.10.1 É vedada a instituição de junta médica ou odontológica quando verificadas as situações a seguir:

- a) Consenso prévio estabelecido entre o profissional auditor e o profissional assistente, com finalização da divergência técnico-assistencial verificada inicialmente.
- b) Evento não constante do ROL ANS e nem na Tabela TUSSCAIXA.
- c) Material ou medicamento *off-label*, isto é, aquele cuja indicação efetuada pelo profissional assistente diverge daquela do registro efetuado pela Anvisa, exceto nas situações a seguir:
 - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido;
 - ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.
- d) Material ou medicamento sem registro na ANVISA, exceto nas situações a seguir:
 - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
 - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.
- e) Situações caracterizadas como de urgência ou emergência, mediante relatório emitido pelo profissional assistente.

- f) OPME utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo ROL ANS e nem pela Tabela TUSSCAIXA.
- g) A solicitação de evento, procedimento, material ou medicamento não está em conformidade com a DUT ANS.
- h) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que se enquadra em uma das situações a seguir:
 - utilização de medicamentos e/ou produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - realização de tratamento considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO;
 - prescrição indicada pelo profissional assistente não está descrita na bula/manual registrado na Anvisa (uso *off-label*).
- i) Negativa para internação decorrente de situações, clínicas e/ou cirúrgicas, de interesse comum à medicina e à odontologia, quando solicitada pelo cirurgião-dentista, sem que a equipe cirúrgica seja chefiada por médico.
- j) Negativa de procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados como tratamento de complicações, mas como parte integrante do procedimento inicial, não existindo nestes casos um novo evento, com código específico na CID-10.
- k) No caso de solicitação de procedimento, a ser realizado por técnica não especificado no ROL ANS.

3.16.10.1.1 Procedimentos cobertos pelo ROL ANS ou pela Tabela TUSSCAIXA, com previsão de realização por técnica não prevista no ROL ANS e nem na Tabela TUSSCAIXA, são autorizados pela técnica convencional ou pela técnica prevista no ROL ANS ou na Tabela TUSSCAIXA.

3.16.10.1.1.1 Na situação descrita no subitem [3.16.10.1.1](#), os materiais (inclusive OPME), as taxas de equipamentos e as taxas de sala são autorizados de acordo com a técnica prevista no ROL ANS ou na Tabela TUSSCAIXA.

3.16.10.2 A CAIXA, como operadora de plano de Saúde, está desobrigada de efetuar o custeio de procedimentos, eventos e/ou produtos enquadrados nas situações previstas no subitem [3.16.10.1](#).

3.17 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

3.17.1 Além das coberturas com previsão de necessidade de autorização prévia neste normativo, os demais procedimentos que dependem de autorização prévia estão previstos no [RH222](#).

3.17.1.1 Todos os procedimentos com necessidade de autorização prévia podem ser consultados, ainda, por meio da Central de Atendimento do Saúde CAIXA, nos canais a seguir:

- 0800 095 60 94;
- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/atendimentoonline/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.

3.17.2 Nas situações em que é requerida autorização prévia, a autorização é solicitada antes do início do tratamento, respeitado o disposto nos subitens [3.17.6.1](#) e [3.17.6.1.1](#).

3.17.3 No caso de procedimentos seriados, quando necessária a solicitação de autorização prévia, a autorização para prorrogação de continuidade do tratamento é requerida em até, no mínimo, 5 dias úteis antes da realização da última sessão autorizada.

3.17.3.1 Os atendimentos realizados sem a autorização para prorrogação do tratamento são pagos integralmente pelo Titular.

3.17.4 A solicitação de Autorização, para procedimentos que necessitam de autorização prévia, é efetuada pelo prestador credenciado, no caso de procedimento com realização prevista pela Escolha Dirigida, exceto nas situações a seguir:

- laqueadura tubária;
- vasectomia;
- tratamento da obesidade mórbida;
- cirurgia plástica reparadora.

3.17.5 A solicitação de autorização é efetuada obrigatoriamente pelo beneficiário, nas situações a seguir:

- procedimentos e ou custeio de produtos de saúde em regime de Livre Escolha;

- laqueadura tubária, ainda que em regime de Escolha Dirigida;
- vasectomia, ainda que em regime de Escolha Dirigida;
- tratamento da obesidade mórbida, ainda que em regime de Escolha Dirigida;
- cirurgia plástica reparadora, ainda que em regime de Escolha Dirigida.

3.17.6 Os documentos necessários para solicitação de autorização prévia encontram-se consolidados, de forma resumida, no arquivo apensado "Documentação Mínima Obrigatória".

3.17.6.1 No atendimento de urgência ou emergência declarada por médico ou dentista, é dispensada a necessidade de solicitação de autorização prévia no atendimento que demande a realização de procedimento com previsão de autorização prévia, sendo a pertinência técnica do atendimento avaliada por meio de auditoria técnica na cobrança da conta.

3.17.6.1.1 Para a auditoria da conta decorrente de atendimento caracterizado como de urgência ou emergência, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:

- a) Relatório técnico detalhado emitido pelo médico ou dentista assistente, contendo, no mínimo, as informações a seguir:
 - justificativas técnicas para caracterização da situação como de urgência ou emergência;
 - justificativas técnicas para o OPME utilizado, no caso de atendimento que demande a utilização de OPME, subitens [3.6.2.2.1.1.2](#), [3.6.2.3.1.2.1](#) e [3.6.2.4.1.2.1](#);
 - justificativas técnicas para medicamento utilizado, no caso de atendimento que demanda a utilização de medicamento que necessite de autorização prévia, subitem [3.4.8.1](#).
- b) Relatório da internação, emitido por médico ou dentista, no caso de atendimento em regime de internação.
- c) Exames de imagem, com laudo quando houver.
- d) Outros exames de diagnóstico.

3.17.7 É obrigatória a perícia clínica, quando a análise técnica da documentação não for conclusiva para emissão de parecer da solicitação de autorização prévia para realização de procedimentos.

3.17.7.1 A falta, não justificada com antecedência mínima de 48 horas, à perícia clínica implica a desistência da solicitação de enquadramento do beneficiário como pessoa com deficiência.

3.17.7.2 A justificativa para falta à perícia clínica é encaminhada à CEPES – Central Saúde CAIXA por meio de um dos canais a seguir:

- 0800 095 60 94;
- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/atendimentoonline/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.

3.17.8 Está prevista a solicitação de documentação complementar, pela CAIXA, para subsidiar a decisão administrativa pelo deferimento ou indeferimento da solicitação de autorização prévia.

3.17.9 A ausência de um dos documentos obrigatórios ou solicitados pela CAIXA para análise de solicitação de autorização prévia, implica o cancelamento da solicitação de autorização prévia.

4 PROCEDIMENTOS

4.1 SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

4.1.1 BENEFICIÁRIO

4.1.1.1 No caso de procedimento/tratamento que necessita de autorização prévia, solicita autorização, nas situações a seguir:

- procedimentos e ou custeio de produtos de saúde em regime de Livre Escolha;
- laqueadura tubária, ainda que em regime de Escolha Dirigida;
- vasectomia, ainda que em regime de Escolha Dirigida;
- tratamento da obesidade mórbida, ainda que em regime de Escolha Dirigida;
- cirurgia plástica reparadora, ainda que em regime de Escolha Dirigida.

4.1.1.2 No caso de atendimento em prestador credenciado, adota as providências a seguir:

- solicita ao prestador que requeira a solicitação de autorização por meio do Autorizador Saúde CAIXA, <https://saude.caixa.gov.br/AutorizadorPRD/login.aspx>;
- caso prestador esteja cadastrado para solicitação de autorização por meio do Autorizador Saúde CAIXA, adota a rotina para solicitação de autorização prevista a partir do subitem [4.1.1.5](#);
- caso prestador não esteja cadastrado para solicitação de autorização por meio do Autorizador Saúde CAIXA, adota a rotina para solicitação de autorização prevista a partir do subitem [4.1.1.4](#).

4.1.1.3 No caso de atendimento em prestador não credenciado, com necessidade de autorização prévia, cumpre a rotina para solicitação de autorização prevista a partir do subitem [4.1.1.4](#).

4.1.1.4 Para solicitação de autorização, acessa o [AutoSC](#), link “Autorização Prévia / Solicita autorização previa”, e, na linha do beneficiário para quem é requerida a autorização, clica no ícone “Solicitar Autorização” e cumpre as ações a seguir:

- a) Preenche os dados requeridos pelo sistema e aguarda o recebimento, por e-mail, da chave eletrônica para anexação dos documentos necessários à conclusão da solicitação da autorização prévia.
- b) Recebe e-mail com a chave eletrônica para anexação dos documentos e adota as providências a seguir:
 - Acessa o link informado no e-mail recebido e segue as orientações requeridas pelo sistema;
 - Anexa os documentos previstos no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”, conforme o procedimento/tratamento a ser realizado;
- c) Acompanha a solicitação da autorização prévia no [AutoSC](#).

4.1.1.5 Comparece à perícia clínica, quando convocado pela CAIXA.

4.1.1.6 No caso de concessão da autorização prévia para realização do procedimento/tratamento,

- a) Agenda procedimento com o prestador assistente, ou adquire o produto para tratamento de saúde, conforme autorização concedida;
- b) Solicita reembolso conforme item [4.3.1](#).

4.1.1.7 Em caso de dúvidas, quanto à solicitação de autorização ou de autorização concedida, contata a Central de Atendimento do Saúde CAIXA, por meio de um dos canais a seguir:

- 0800 095 60 94;
- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/atendimentoonline/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.

4.1.2 GIPES

4.1.2.1 Orienta o prestador credenciado a solicitar autorização prévia por meio do Autorizador Saúde CAIXA, <https://saude.caixa.gov.br/AutorizadorPRD/login.aspx>, no caso de procedimentos que necessitam de autorização prévia, devendo ser incluídos, os documentos previstos no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”, conforme o procedimento/tratamento a ser realizado.

4.1.2.2 Recebe da empresa de auditoria médica o parecer do médico auditor e analisa a possibilidade do custeio, nas situações a seguir:

- Laqueadura tubária;
- Vasectomia;
- Tratamento da obesidade mórbida;
- Cirurgia plástica reparadora;
- Custeio de medicamentos não previstos PRM;
- Programa de atenção ao diabético;
- Órtese, prótese e materiais especiais;
- Assistência domiciliar;
- Internação domiciliar;
- Assistência geriátrica;

- Assistência fisioterápica;
- Cirurgia buco-maxilo-facial maior e ortognática;
- Produtos de saúde custeados exclusivamente pela modalidade de Livre Escolha;
- Remoção.

4.1.2.2.1 No caso de Internação Domiciliar, recebe, da empresa de auditoria médica, o processo formalizado contendo os documentos a seguir:

- tabelas [ABEMID](#) e [NEAD](#), com enquadramento da situação do beneficiário;
- Plano de Atenção Domiciliar – PAD;
- parecer do médico auditor;
- três orçamentos cotados, no caso de Internação Domiciliar por reembolso.

4.1.2.2.1.1 Analisa e emite parecer da solicitação de autorização para Internação Domiciliar e comunica posicionamento da GIPES à empresa de auditoria para finalização do processo.

4.1.2.2.2 No caso de produtos de saúde custeados exclusivamente pela modalidade de Livre Escolha, adota as providências a seguir:

- a) Emite parecer administrativo, à luz do parecer técnico da empresa de auditoria contratada, e efetua a inclusão do parecer administrativo no SIAGS
- b) Defere ou indefere a solicitação de autorização no SIAGS.
- c) Comunica ao beneficiário o deferimento ou indeferimento da solicitação de autorização prévia.
- d) Analisa a documentação apresentada pelo beneficiário na solicitação de reembolso.
- e) Inclui o PEG de reembolso no SIAGS.
- f) Efetua o tratamento e mudanças de fases do PEG no SIAGS.
- g) Acompanha o crédito do reembolso.
- h) Presta informações aos beneficiários sobre o custeio exclusivo pela modalidade reembolso.
- i) Atende requisição dos beneficiários sobre o andamento das solicitações de autorizações prévias e de reembolso.

4.2 SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO PRM OU NO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO

4.2.1 BENEFICIÁRIO

4.2.1.1 Para inscrição no PRM ou no Programa de Atenção ao Diabético acessa [AutoSC](#) e adota as ações a seguir:

- a) Clica no link Reembolso.
- b) Seleciona “Inscrever-se no programa de medicamentos especiais”.
- c) Seleciona, no campo “Ação”, o beneficiário a ser atendido pelo Programa.
- d) Na tela seguinte, preenche os campos a seguir:
 - “Patologia”;
 - “Medicamento”;
 - “Observações”;
 - “Telefone”;
 - Conhecimento e aceite das normas que regem o Saúde CAIXA;
- e) Clica no botão “Enviar solicitação”.
- f) na tela seguinte, anexa os documentos previstos no arquivo apensado “Documentação Mínima Obrigatória”.
- g) aguarda análise da solicitação da inscrição.

4.2.1.2 Deferida a inscrição no Programa de Medicamentos ou no Programa de Atenção ao Diabético, acessa o [AutoSC](#) para inclusão da solicitação de reembolso, em conformidade com o [RH222](#).

4.2.1.3 Em caso de dúvidas, quanto à solicitação de inscrição no PRM ou no Programa de Atenção ao Diabético, contata a Central de Atendimento do Saúde CAIXA, por meio de um dos canais a seguir:

- 0800 095 60 94;
- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/atendimentoonline/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.

4.2.2 GIPES

4.2.2.1 Orienta a empresa de auditoria médica quanto à avaliação da inscrição do beneficiário no programa de reembolso de medicamento.

4.2.2.2 Orienta a auditoria médica quanto à análise dos pedidos de reembolso solicitados por meio do [AutoSC](#), conforme autorizado na inscrição.

4.2.2.3 No caso de custeio de bomba de infusão de insulina, adota as providências a seguir:

- a) recebe da empresa de auditoria médica o parecer do médico auditor e analisa a possibilidade do custeio.
- b) emite parecer administrativo, à luz do parecer técnico da empresa de auditoria contratada, e efetua a inclusão do parecer administrativo no SIAGS.
- c) Defere ou indefere a solicitação de autorização no SIAGS.
- d) Comunica o beneficiário do deferimento ou indeferimento da solicitação de autorização prévia.

4.3 SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

4.3.1 BENEFICIÁRIO

4.3.1.1 Para solicitação de reembolso, acessa o [AutoSC](#), link “Reembolso / Pedido”, e, na linha do beneficiário para quem é requerido o reembolso, cumpre as ações a seguir:

- a) Seleciona o tipo de reembolso no campo “Tipo”;
- b) clica no ícone “Solicitar Reembolso”;
- c) preenche os campos requeridos na tela seguinte;
- d) recebe e-mail com a chave eletrônica para anexação dos documentos;
- e) acessa o link informado no e-mail recebido, segue as orientações requeridas pelo sistema, e anexa os documentos a seguir:
 - documentos previstos no [RH222](#) para reembolso de procedimento/tratamento;
 - cópia da autorização prévia concedida, no caso de procedimento que necessitada de autorização prévia, exceto no caso de procedimento realizado em caráter de urgência/emergência;
 - no caso de tratamento odontológico realizado exclusivamente pela modalidade de Livre Escolha, Declaração de Conclusão do Tratamento Odontológico ou Instalação em Ortodontia - Saúde CAIXA, [MO21082](#), assinada pelo profissional assistente e pelo beneficiário.
- f) acompanha o andamento da solicitação de reembolso no [AutoSC](#);
- g) deferida a concessão do reembolso, acompanha o crédito em conta de depósito.

4.3.1.2 Em caso de dúvidas, quanto à solicitação de reembolso, contata a Central de Atendimento do Saúde CAIXA, por meio de um dos canais a seguir:

- 0800 095 60 94;
- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/atendimentoonline/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.

4.4 GIPES

4.4.1.1.1 No caso de produtos de saúde custeados exclusivamente pela modalidade de Livre Escolha e de custeio de bomba de infusão de insulina, adota as providências a seguir:

- a) Analisa a documentação apresentada pelo beneficiário na solicitação de reembolso;
- b) Inclui o PEG de reembolso no SIAGS;

- c) Efetua o tratamento e mudanças de fases do PEG no SIAGS;
- d) Acompanha o crédito do reembolso.

4.5 JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

4.5.1 BENEFICIÁRIO

4.5.1.1 No caso de divergência técnico-assistencial entre o profissional auditor e o profissional assistente, adota as providências a seguir:

- a) no caso de junta médica ou odontológica presencial, escolhe 1 dentre 3 datas sugeridas pela auditoria médica contratada para a data de realização da junta presencial, e comparece ao local do agendamento para a perícia.
- b) realiza exame(s) complementar(es), para elucidação da divergência técnico-assistencial, quando solicitado(s) pelo desempatador;
- c) comunica à empresa de auditoria médica contratada, mediante justificativa, da impossibilidade de comparecimento à junta presencial.

4.5.2 GIPES

4.5.2.1 No caso de divergência técnico-assistencial entre o profissional auditor e o profissional assistente, adota as providências a seguir:

- a) acompanha o cumprimento dos prazos de garantia de atendimento previstos pela ANS;
- b) acompanha o andamento da junta médica ou odontológica instituída para dirimir a divergência técnico-assistencial;
- c) garante, ao beneficiário, profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta, no caso de recusa do profissional assistente à realização do procedimento e/ou utilização de produto conforme parecer técnico conclusivo da junta médica ou odontológica.

4.5.2.2 No caso de procedimentos, eventos e/ou produtos enquadrados nas situações previstas no subitem [3.15.10.1](#), adota as providências a seguir:

- a) recebe relatório circunstanciado, emitido pelo profissional auditor da empresa de auditoria contratada;
- b) analisa o relatório recebido da empresa de auditoria;
- c) solicita esclarecimentos à empresa de auditoria, no caso de parecer emitido pelo profissional auditor sem a consubstanciação necessária à análise, com vistas à emissão de negativa ao beneficiário/profissional assistente;
- d) emite parecer administrativo e inclui no SIAGS e no VCRM;
- e) comunica ao beneficiário/profissional assistente sobre a negativa de custeio no caso de procedimento/tratamento solicitado, quando confirmado o enquadramento nas situações previstas no subitem [3.15.10.1](#), devendo especificar de forma clara, no parecer administrativo, a justificativa para a negativa do procedimento/tratamento.

5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
				UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Declaração de Conclusão de Tratamento Odontológico ou Instalação em Ortodontia - Saúde CAIXA	MO21082	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	

*ou até a apresentação do Relatório de Gestão
 ** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
				CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUORTE	UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
solicitação de internação domiciliar	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	<p>Anexo I</p> <p>*ou até a apresentação do Relatório de Gestão</p> <p>** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão</p>
Termo de declaração e compromisso – laqueadura e vasectomia	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	<p>Anexo II</p> <p>*ou até a apresentação do Relatório de Gestão</p> <p>** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão</p>

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
				CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUORTE	UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Prescrição médica para inscrição no programa de reembolso de medicamentos – PRM	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	Anexo III *ou até a apresentação do Relatório de Gestão ** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão
Laudo técnico – deficiência auditiva	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	Anexo IV *ou até a apresentação do Relatório de Gestão ** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
				CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Termo de compromisso de atenção domiciliar (consentimento informado)	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	Anexo VI *ou até a apresentação do Relatório de Gestão ** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão
Termo de designação do cuidador	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	Anexo VII *ou até a apresentação do Relatório de Gestão ** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
				UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Relatório técnico para cirurgia buco-maxilo-facial e ortognática	Não se aplica	SISMN	Digital	GIPES	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020	Anexo VIII *ou até a apresentação do Relatório de Gestão ** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES
				CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL	
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUORTE	UNIDADE	PRAZO	PRAZO		
Documentos digitalizados e incluídos no AutoSC, para solicitação de autorização prévia	Não se aplica	AutoSC	Digital	Não se aplica	Até a aprovação das contas pelo Tribunal de Contas*	5 anos a contar da data de aprovação das contas**	Eliminação	<p>Classificação 023.73, do Código de Classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos relativos às atividades-meio do Poder Executivo Federal, conforme Portaria MJSP/CONARQ 47/2020</p> <p>Pedido do profissional de saúde assistente; relatórios dos profissionais de saúde; parecer do profissional auditor; relatório do profissional desempassador; resultados de procedimentos diagnósticos.</p> <p>*ou até a apresentação do Relatório de Gestão</p> <p>** ou 10 anos a contar da apresentação do Relatório de Gestão</p>

6 ANEXOS

Páginas subsequentes.

6.1 ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Tendo conhecido e compreendido o conceito do custeio de Internação Domiciliar do Saúde CAIXA por meio do Manual Normativo [RH223](#) e da Cartilha do Programa de Atenção Domiciliar, venho manifestar minha concordância com os termos e condições nele descritas, bem como solicitar, por indicação do médico assistente, DR.(a) _____, que custeie as despesas com a internação domiciliar do (a) beneficiário Sr.(a) _____conforme plano terapêutico anexo, elaborado pelo referido médico.

Autorizo a visita de médicos auditores e assistentes sociais do Saúde CAIXA ou por ela indicados ao local, para que estes possam elaborar relatórios de acompanhamento, enquanto durar o regime solicitado.

Local e data: _____

Assinatura do beneficiário ou do responsável

Nome legível do responsável pelo acompanhamento da assistência (se for o caso):

Grau de parentesco: _____

Telefones de contato, com DDD: _____

e-mail: _____

6.2 ANEXO II – TERMO DE DECLARAÇÃO E COMPROMISSO – LAQUEADURA E VASECTOMIA

Eu, _____, portador (a) da RG n.º _____ órgão /UF _____, voluntariamente desejo submeter-me a contracepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido(a) estando em conformidade com a Lei 9.263 que rege a esterilização voluntária.

Assumo total responsabilidade presente e futura e estou ciente que deve ser observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

() salpingectomia bilateral ou laqueadura tubária.

() vasectomia

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientações de que:

1 – Existem, e estão disponíveis, métodos anticoncepcionais temporários os quais me foram oferecidos;

2 – Existem riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

3 – A reversão da cirurgia não é passível de custeio pelo Saúde CAIXA.

4 – Ocasionalmente, este método pode falhar.

___/___/___

Data

Assinatura do (a) Cliente

___/___/___

Data

Assinatura do (a) Esposo (a) Companheiro (a)

A ser preenchido pelo médico assistente:

Em conformidade com a Lei 9.263 que trata do planejamento familiar a (o) beneficiário: _____, deseja submeter-se á esterilização voluntária que se enquadra na lei por ter _____ filho(s) vivo(s) e contar atualmente, com _____ anos de idade ao que somos favoráveis à realização do ato cirúrgico solicitado.

Assinatura do Médico Responsável

6.3 ANEXO III – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS – PRM**1. Dados do Beneficiário:**

Nome: _____
Nº Cartão Saúde CAIXA: _____

2. Condição de Saúde do Beneficiário:**3. O(A) paciente, acima, apresenta a(s) seguinte(s) patologia(s):**

Patologia(s)	CID 10

4. Prescrevo tratamento com utilização do(s) seguinte(s) medicamento(s):

Nome comercial: _____
Princípio Ativo: _____ Período Tratamento: _____
Classe: _____ Apresentação: _____
Via de administração: _____ Posologia: _____

Nome comercial: _____
Princípio Ativo: _____ Período Tratamento: _____
Classe: _____ Apresentação: _____
Via de administração: _____ Posologia: _____

5. Dados do Médico Assistente:

Nome: _____ CRM: _____
CPF: _____ Cidade: _____ Data: ____/____/____.
Assinatura do Médico Assistente: _____

6.4 ANEXO IV – LAUDO TÉCNICO – DEFICIÊNCIA AUDITIVA**1. Dados do Beneficiário**

Nome : _____ Nº. Carteira Saúde CAIXA: _____

2. Justificativa para indicação de aparelho auditivo:

Patologia: _____ Indicação clínica: _____

3. Exames realizados

- EOA PEATE Audiometria tonal Limiar Imitnaciometria
 Outro:

4. Perda auditiva do beneficiário**a) tipo de perda auditiva**

- Conduativa Neurosensorial Mista Central

b) Grau da perda auditiva (escala de Lloyd e Kaplan):

- c) Quanto à lateralidade:** Bilateral Unilateral

5. Considerações sobre o diagnóstico: _____

6. Tipo de aparelho auditivo indicado para o beneficiário:

- Minicanal Intra-canal Meia concha Intra-Auricular Retro auricular
 Adaptação Aberta Receptor no canal Outro:

Especificações complementares (faixa de frequência, indicador de bateria, microfone e digital):

7. Qual o número mínimo de programas? _____

8. Qual o número mínimo de canais? _____

9. É necessário redutor de ruídos? _____

10. É necessário cancelamento de Feedback? _____

11. Dados do profissional assistente:

Nome do profissional:

Nº do Conselho: _____ CPF: _____ Fone: _____

Cidade: _____ Data: ____/____/____.

Carimbo/Assinatura do profissional:

6.5 ANEXO V – PARÂMETROS PARA ANÁLISE DE SOLICITAÇÃO DE CUSTEIO DE CPAP

Idade	IMC	Soma de eventos de apneia e hipopneia	Critério 2	Decisão
Qualquer idade	Qualquer IMC	Até 5 eventos	Nenhum	Não custear aquisição de CPAP
Menor que 40 anos	Até 30	Entre 6 e 15 eventos	Nenhum	Não custear CPAP, mas orientar a perda de peso e higiene do sono, para avaliação após, no mínimo, 180 dias.
Menor que 40 anos	Até 30	Entre 6 e 15 eventos, submetido ao período de 180 dias com vistas a perda de peso e higiene do sono.	Refratário aos tratamentos efetuados para perda de peso e higiene do sono	<p>1 – Custear aluguel do CPAP por período de 60 dias, mediante relatório médico, que ateste, no mínimo, as informações a seguir:</p> <p>a) Que o beneficiário submeteu-se ao tratamento de reeducação alimentar, acompanhamento psicológico e nutricional, higiene do sono e atividade física, por, no mínimo, 180 dias;</p> <p>b) Motivos pelos quais o beneficiário não conseguiu melhoria na qualidade do sono;</p> <p>c) Estudo comparativo das polissonografias no intervalo de 180 dias após início do tratamento previsto no item anterior.</p> <p>2 – Custear aquisição do CPAP após 60 dias do custeio do aluguel, mediante apresentação de relatório do médico assistente, atestando a adaptação do beneficiário ao uso do equipamento.</p>
Menor que 40 anos	Até 30	Maior que 15 eventos	Nenhum	Custear aquisição de CPAP
A partir de 40 anos	Até 30	Entre 6 e 30 eventos	Nenhum	Custear aquisição de CPAP
Qualquer idade	Maior que 30	Maior que 30 eventos	Nenhum	Custear aquisição de CPAP
Qualquer idade	Qualquer IMC	Maior que 35 eventos	Nenhum	Custear aquisição de CPAP

6.6 ANEXO VI – TERMO DE COMPROMISSO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (CONSENTIMENTO INFORMADO)

Beneficiário: N° do cartão do Saúde CAIXA:

Data de Nascimento: / / Titular:

Endereço do Paciente (onde se prestará a assistência)

▪ SIGLAS:

PAD – Programa de Atenção Domiciliar;

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar.

I.O PAD destina-se àqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão, previstos no [RH223](#) e na Cartilha de Atenção Domiciliar, dentre os quais:

- 1.que as condições clínicas do paciente permitam seu cuidado em domicílio;
2. que a prestação dos serviços em regime domiciliar tenha sido indicada pelo médico assistente do paciente hospitalizado;
- 3.que o paciente seja assistido por responsável, em tempo integral, durante o tratamento domiciliar;
- 4.que haja corresponsabilidade dos familiares e do paciente nos cuidados e cumprimento do PAD estabelecido;
- 5.que o domicílio disponha de espaço suficiente e de infraestrutura que permita a prestação da Atenção Domiciliar indicada pelo médico assistente do paciente e autorizada pela CAIXA;
6. que o responsável, os familiares e o paciente sigam, criteriosamente, as orientações dos profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar;
- 7.que o responsável indicado e o cuidador (quando autorizado cuidador) comprometam-se em comunicar com a devida urgência, ao médico assistente ou à CAIXA, possíveis alterações no estado de saúde do paciente.

II.Para que o paciente utilize da melhor maneira os serviços de Atenção Domiciliar, deverão ser observadas as orientações a seguir:

- 1.Ao paciente incluído no PAD, será disponibilizado um Prontuário Único de Atenção Domiciliar, fornecido pela empresa autorizada a prestar o SAD;
- 2.O Prontuário deverá ser mantido no domicílio do paciente e será utilizado para registro dos seguintes serviços:
 - Anotação das visitas e/ou consultas realizadas pelos profissionais de saúde, conforme previsto no PAD;
 - Evolução do quadro clínico do paciente;
 - Anotação de medicamentos e dietas administrados ao paciente;
 - Anotação dos demais serviços prestados ao paciente;
 - Leitura e avaliação pelos profissionais de saúde que atuarão no atendimento ao paciente.
- 3.O responsável ou cuidador deverá adotar as providências para guarda e preservação do Prontuário, bem como deverá devolvê-lo à empresa autorizada para prestação do SAD, quando da cessação dos serviços contratados no PAD.
- 4.O Responsável ou Cuidador, obrigatoriamente, deve estar presente durante todo o período da diária estabelecida no PAD, conforme definição a seguir:
 - a) 24 horas, no caso de internação 24 horas;
 - b) 12 horas, no caso de internação 12 horas;
 - c) 6 horas, no caso de internação 6 horas.
- 4.1Na hipótese de autorização para cuidador, a CAIXA remunera 1 cuidador para cada período de 12 horas;
- 5.Para garantir o atendimento continuado, o paciente receberá visitas dos profissionais de saúde, periodicamente, conforme autorizado pela CAIXA no PAD;
- 6.Qualquer visita de profissional de saúde além do previsto no PAD somente ocorrerá mediante autorização prévia concedida pela CAIXA, mediante justificativa médica;

7.Desmame – é o nome dado à redução gradual da estrutura disponibilizada para a assistência domiciliar, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta, devendo ser observados os quesitos a seguir:

- terá início a partir da solicitação do médico assistente da empresa prestadora do SAD, mediante relatório consubstanciado, que justifique o pedido de início do processo de desmame;
- poderá ser solicitado pelo responsável ou cuidador;
- poderá ter início a partir da revisão do PAD inicial, por meio da emissão de parecer técnico favorável ao auditor;
- a solicitação do médico assistente e/ou do responsável/cuidador deverá ser submetida à avaliação do médico auditor contratado pela CAIXA. O médico auditor emitirá relatório técnico justificando o início ou não do processo de desmame;
- na discordância técnica entre o médico auditor e o médico assistente da empresa de prestadora do SAD, será emitido parecer de terceira opinião para decisão final, a ser acatada pelos envolvidos no processo de desmame;
- caso o parecer do auditor seja favorável ao desmame, novo PAD será assinado entre a CAIXA e a empresa prestadora do SAD.

III.Como Responsável pelo SAD, ora contratado, comprometo-me a cumprir as seguintes ações:

- 1.Disponibilizar forma de contato com a empresa de internação domiciliar,
- 2.Comunicar intercorrência e/ou repassar informações necessárias ao atendimento do paciente;
- 3.Providenciar as adaptações necessárias na residência adequando o ambiente para a internação domiciliar;
- 4.Providenciar a realização de exames solicitados pela equipe de internação domiciliar;
- 5.Providenciar um responsável (familiar ou não) ou cuidador (quando autorizado pela CAIXA), para o início do atendimento.
- 6.Providenciar equipamentos não contemplados na diária necessários ao atendimento do paciente e mediante autorização concedida pela CAIXA;
- 7.Providenciar, sob minhas expensas, aquisição de medicamentos prescritos e não contemplados na autorização;
- 8.Fornecer alimentação ao técnico de enfermagem e/ou cuidador de plantão na residência;
- 9.Cooperar com o processo de desmame do beneficiário assistido;
- 10.Na cessação do serviço prestado, devolver à empresa prestadora do SAD, os equipamentos e acessórios instalados para prestação do serviço contratado no PAD.
11. Zelar pelo cumprimento de todos os itens que compõem este Termo e o SAD contratado no PAD.

_____, em ____ de _____ de _____

(Assinatura do(a) Titular ou Responsável)

Nome:

CPF:

Grau de Parentesco:

1ª Via (original): **CAIXA**

2ª Via (cópia): **Titular**

3ª Via (cópia): **Prestador**

6.7 ANEXO VII – TERMO DE DESIGNAÇÃO DO CUIDADOR

Eu, _____,
responsável pelo paciente _____,
designo por meio deste Termo _____,
CPF nº. _____-_____, CI-RG nº. _____, Órgão Emissor _____,
como cuidador(a) do(a) paciente acima.

Estou ciente de que cuidador(a) é pessoa apta a ser capacitada para cuidar do(a) paciente, auxiliá-lo(a) em suas necessidades e atividades da vida diária e atuar como canal de comunicação com a empresa responsável pela internação domiciliar.

Indico o(a) cuidador(a) substituto(a) _____
em caso de ausência, folga, etc/ do cuidador diurno e noturno.

Declaro ser minha responsabilidade, caso haja alteração, atualizar, perante a CAIXA, os dados do(a) cuidador(a).

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO(A) CUIDADOR(A)

DADOS PESSOAIS

Beneficiário: _____

nº do cartão do Saúde CAIXA: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

DADOS DA CIRURGIA SOLICITADA

Cirurgião: _____ CRO: _____

 rede credenciada livre escolha

Hospital: _____ Data programada: ____ / ____ / ____

Quantidade de diárias: _____ Previsão de UTI: Não Sim Quantidade de dias: _____**TIPO DE CIRURGIA** **Ortognática:** Maxila Osteotomia Le Fort I Segmentação Maxilar uma, região de: _____ duas, região de: _____ três, região de: _____ Movimento Vertical para cima para baixo Mandíbula Segmentação mento sub-apical sagital mediana outros Osteotomia sagital – direita esquerda vertical – direita esquerda

Movimento sub-mento

sem enxerto

com enxerto

Enxerto Ósseo

Autógeno - Especificar região doadora: _____

Alógeno - Justificativa:

Trauma:

ATM:

Outra:

TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Em andamento, tempo: _____

Concluído, tempo: _____

Liberado para cirurgia - Profissional responsável: _____ CRO: _____

Não realizado

Justificativa: _____

ANESTESISTA

() próprio do hospital

() membro da equipe – particular, com honorários acordados com o beneficiário

Nome: _____ CRM: _____

OBSERVAÇÕES

Data e assinatura, sob carimbo do profissional assistente