

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	<p>A operadora do plano pode exigir um período máximo de carência para atendê-lo, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24 horas para casos de urgência e emergência. - 300 dias para partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações. - 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias. <p>Confirmar em seu contrato os prazos estabelecidos em sua contratação.</p>	<p>Coletivo Empresarial:</p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carências, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias de celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes</p> <p>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração</p>	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p>

		<p>Com menos de 30 participantes</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou agravo, independente do número de participantes.</p>
Mecanismo de regulamentação		<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver</p>
Reajuste		<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contato e atendendo a RN nº 63/2003.</p> <p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, assim nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato o índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajustes que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
Alteração na rede assistencial do plano		<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>

Vigência	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
Regras de rescisão e/ou suspensão	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuênciia da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do planos de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo de benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pela beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal, grupo de municípios.

Área de atuação

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal, grupo de municípios.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pela site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro

Disque-ANS 0800701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Guia de Leitura Contratual

Contratação	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é caracterizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.
Padrão de Acomodação	Define o padrão de acomodação para leito de internação nos planos hospitalares, pode ser coletiva ou individual.
Área geográfica de abrangência e atuação	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.
Coberturas e procedimentos garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação da saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas assistencial do plano contratado.
Exclusão de Coberturas	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.
Doenças e lesões preexistentes (DLP)	Doenças e lesões preexistente - DLP são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.
Carência	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano, quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.
Mecanismo de Regulação	São os mecanismos financeiro (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.
Recisão/Suspensão	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.

Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
Continuidade no plano coletivo empresarial (Art: 30 e 31 da lei nº 9.656/1998)	A existência da contribuição de empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pela site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da
Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro

Disque-ANS 0800701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRADO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

AMBULATÓRIO: Estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado ao atendimento de urgência/emergência ou cirúrgico de pequeno porte, quando não caracterizada a necessidade de hospitalização.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: Atendimento que se limita aos serviços exequíveis em Consultório ou Ambulatório, definidos neste contrato, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que embora prescindam de internação, demandam o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 horas, ou serviços de recuperação pós-anestésica, UTI, etc. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandam observações, até o limite de 12 horas, período após o qual o tratamento será entendido como internação.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas

consequências.

ATENDIMENTO / INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros definidos neste contrato, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação, exceto o referenciado neste Contrato. Também são atendidos como atendimento hospitalar aqueles caracterizados como urgência/emergência, em regime de internação.

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP): Avaliação realizada pelo médico cooperado, com o objetivo de verificar as condições físicas do usuário, e detectar possíveis doenças ou lesões preexistentes, podendo ser realizados exames, para uma avaliação mais exata da pré-existência

BENEFÍCIO: Cobertura assistencial oferecida aos usuários, na condição expressa do Contrato.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica, quando for o caso de planos Odontológicos.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento, no caso de contratação Individual/Familiar e para contratação Coletiva deverá ser paga pelo usuário através da CONTRATANTE a operadora.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: Questionário fornecido pela UNIMED, devendo ser preenchido pelo CONTRATANTE (USUÁRIO TITULAR e DEPENDENTES), destinado à declaração da existência de doenças ou lesões preexistentes.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EVENTO: Conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário ou de seus dependentes usuários, em decorrência de acidente ou doenças, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

HOSPITAL DE ALTO CUSTO: são hospitais que possuem pagamento diferenciado de honorários médicos e SADT, praticam múltiplos da tabela referência no Intercâmbio Nacional. Não aceitam as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos.

HOSPITAL-DIA: é aquele próprio para realização de qualquer procedimento médico que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto a uma diária convencional, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e, tão somente neles, aplicar-se-á o estabelecimento para internações comuns.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: É aquele que utiliza lista própria de preços e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MÉDICO CREDENCIADO: médico pertencente à lista de profissionais credenciados pela Operadora.

MÉDICO COOPERADO: médico sócio a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

MORTE ACIDENTAL: falecimento decorrente de evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário e violento.

MORTE NATURAL: falecimento espontâneo, de forma lenta, não violenta e sem a participação de agente externo.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).

TABELA REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

URGÊNCIA: Evento decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

USUÁRIO: Todas as pessoas incluídas no Contrato Coletivo que poderão usufruir da cobertura assistencial pactuada.

USUÁRIO DEPENDENTE: pessoa que, na forma e condições prescritas no Contrato Coletivo, esteja inscrita como tal, pelo USUÁRIO TITULAR.

USUÁRIO TITULAR: pessoa que assina Contrato Coletivo junto à Operadora na qualidade de usuário, ou pessoa indicada pelo representante legal, assumindo as responsabilidades pactuadas nas Cláusulas contratuais e com direito aos respectivos benefícios e cobertura assistencial.

Cláusula 108^a - São considerados os seguintes procedimentos de DIAGNÓSTICO E TERAPIA:

I - BÁSICOS:

a) análises clínicas; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) endoscopia diagnóstica; f) exames radiológicos simples sem contraste; g) exames e testes alergológicos; h) exames e testes oftalmológicos; i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia; j) inaloterapia; k) prova de função pulmonar; l) teste ergométrico; m) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

II - ESPECIAIS:

a) angiografia; b) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; c) ultrasonografia; d) tomografia computadorizada; e) ressonância nuclear magnética; f) medicina nuclear; g) desitometria óssea; h) laparoscopia diagnóstica; i) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; j) eletrocardiografia dinâmica (holter); k) monitorização ambulatorial de pressão arterial; l) litotripsia; m) radiologia com contraste; n) videolaringoestroboscopia computadorizada; o) videolaparoscopia diagnóstica; p) eletromiografia; e q) eletroneuromiografia.

III - TERAPÊUTICOS ESPECIAIS:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) quimioterapia; c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia etc.); d) hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias oftalmológicas; f) fisioterapia; g) nutrição parenteral ou enteral; h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; i) embolizações e radiologia intervencionista; j) oxigenoterapia hiperbárica.

Cláusula 109^a - Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(as) usuários(as), aos(as) filhos(as), aos(as) menores, etc.