

SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****1.0 - OBJETIVO**

Esta Norma tem por objetivo disciplinar a administração e utilização do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica da COMPESA, constituindo-se instrumento de explicitação e complemento ao Regulamento aprovado pela Secretaria da Previdência Complementar-SPC do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS.

**2.0 - CONCEITUAÇÃO**

Os conceitos gerais desta Norma, assim como as definições técnicas específicas compõem o Glossário, objeto do ANEXO I.

**3.0 - DENOMINAÇÃO, FINALIDADE E ÂMBITO DE ABRANGÊNCIA DO PLANO.****3.1 - Denominação**

O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica da COMPESA passa, doravante, a denominar-se, simplificadamente "PLANO DE SAÚDE", para efeitos desta Norma, de outros instrumentos disciplinadores que venham a ser instituídos, bem como de documentos e veículos de comunicação, com vistas à facilitação dos processos e práticas administrativas.

**3.2 - Finalidade**

O Plano de Saúde é um modelo de autogestão participativo, e tem como finalidade assegurar aos seus associados (participantes) os benefícios, da assistência médica, hospitalar e odontológica, através de rede credenciada com qualidade, regularidade e uniformidade, observados os limites de cobertura, condições e procedimentos previstos no Regulamento, nesta Norma e em outros instrumentos que venham a ser baixados.

**3.3 - Âmbito de Abrangência**

3.3.1 - O Plano de Saúde ora normatizado tem como âmbito de abrangência a cobertura dos serviços médicos, hospitalares e odontológicos, preferencialmente em todo o Estado de Pernambuco e eventualmente em todo o território nacional.

3.3.2 - A COMPREV firmará convênios com gestores de planos de saúde noutros estados da Federação, de modo a garantir a assistência médica, hospitalar e odontológica aos associados deste Plano de Saúde em todo o território nacional.

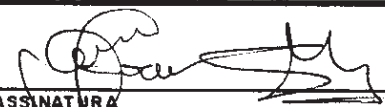
DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

**NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86**

ASSINATURA



#### 4.0 - MODALIDADES

O Plano de Saúde para efeito de cobertura dos serviços, apresenta duas modalidades, denominadas Plano I e Plano II descritos nos subitens 4.1 e 4.2, ambos com o mesmo nível de atendimento.

##### 4.1 - PLANO I

Esta modalidade considera a faixa de remuneração fixa do Participante Principal e o tamanho e faixa etária da sua família ou grupo, com subsídios da ordem de 35 a 90% (trinta e cinco a noventa por cento), permitindo um comprometimento bem menor da sua remuneração fixa nos custos dos serviços, contudo o atendimento, não obstante preserve a mesma qualidade, tem, em alguns casos, confortos menores do que o PLANO II.

4.1.1 - Para efeito de estabelecimento dos níveis de subsídio, será considerado o tamanho da família do Participante Principal, no ato de sua adesão ao Plano de Saúde, levando-se em conta apenas os dependentes legais.

4.1.2 - Os confortos menores antes citados, referem-se a utilização de enfermaria de até 4 leitos, quando do internamento hospitalar, além de outros limites constantes dos anexos desta Norma. Quando a internação corresponder a menores de 14 anos, maiores de 65 anos e inválidos, será permitida a acomodação em apartamento standard com direito a acompanhante, não estando cobertas as despesas com refeições do mesmo, exceto o café da manhã.

##### 4.2 - PLANO II

Nesta modalidade o nível de subsídio para o Participante Principal é bem menor - 35% (trinta e cinco por cento), independente da sua faixa salarial e do tamanho e da idade da sua família, portanto com maior comprometimento da sua remuneração fixa nos custos dos serviços, contudo, o Plano II assegura confortos adicionais como acomodação em apartamento standard, com direito a acompanhante, quando da internação hospitalar.

4.3 - Tanto no Plano I como no Plano II, os participantes, sempre que desejarem, poderão optar por profissionais e instituições não credenciados, pagando, no ato, os custos dos serviços, sendo reembolsados, posteriormente, de acordo com os limites estabelecidos no Regulamento e nesta Norma, para cada evento.

##### 4.4 - Extensão dos Subsídios

4.4.1- Independentemente de pertencerem ao Plano I ou Plano II, os participantes agregados não terão direito ao subsídio. Neste caso o Titular ao inscrevê-los estará assumindo o pagamento integral do custo dos serviços.

4.4.2 - Igualmente, o Participante Principal (aposentado ou pensionista) e seus dependentes sem direito ao PIA (Plano de Incentivo a Aposentadoria) e aqueles que vierem a perder os benefícios do mesmo, sócios autopatrocinados, empregados com contrato de trabalho suspenso ou cedido a outros órgãos sem ônus para a COMPESA, bem como os

SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

empregados da COMPREV, poderão participar do Plano de Saúde, contudo, terão que arcar, também, com a totalidade do custo dos serviços.

4.4.3 - É vedada a inclusão de dependentes/agregados em modalidade de plano diferente da modalidade do Participante Principal.

### 5.0 - CONDIÇÕES / PROCEDIMENTOS

Todas as condições, limites, concessões, proibições etc, bem como os procedimentos básicos necessários ao cumprimento do que determinam o Regulamento e esta Norma estão descritos em itens específicos, conforme segue. Havendo necessidade, objetivando o perfeito funcionamento do Plano de Saúde, deverão ser baixadas Instruções de Serviço com as orientações e os detalhamentos exigidos.

### 6.0 - PATROCÍNIO E GESTÃO DO PLANO

6.1 - O Plano de Saúde é patrocinado pela COMPESA, que passa a denominar-se PATROCINADORA, para efeito desta Norma, de outros instrumentos que venham a ser instituídos e dos documentos relativos a sua administração e funcionamento.

6.2 - A COMPESA, na qualidade de Patrocinadora, é a principal provedora do Plano de Saúde, cabendo-lhe integral responsabilidade sobre o equilíbrio financeiro, econômico e atuarial do mesmo.

6.3 - A gestão e administração do Plano de Saúde estão a cargo da COMPREV, que passa, para os efeitos citados no subitem 6.1, a denominar-se GESTORA e mandatária legal, conforme convênio firmado com a Patrocinadora, cabendo-lhe a responsabilidade quanto ao funcionamento dos serviços cobertos e a qualidade do atendimento aos participantes.

### 7.0 - ASSOCIADOS OU PARTICIPANTES

7.1 - São participantes, associados, segurados, ou beneficiários do Plano de Saúde os conjuntos de pessoas discriminadas nas alíneas a seguir, desde que, em qualquer época, associando-se ao mesmo paguem mensalmente as suas contribuições e cumpram as condições e determinações prescritas no Regulamento e nesta Norma:

#### a) Associados da COMPREV

a.1 - empregados do quadro ativo da COMPESA;


DATA:

21 / 05 / 98

SUBSTITUI:

**NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.**

ASSINATURA

**Milton Coelho da Silva Neto**  
Diretor de Gestão

a.2- aposentados com direito aos benefícios do PIA;

a.3 - aposentados sem direito aos benefícios do PIA;

a.4 - empregados da COMPESA com contrato de trabalho suspenso, enquanto durar esta condição, desde que continue associado à COMPREV;

a.5 - sócios autopatrocinados;

a.6 - pensionistas de pessoas constantes dos conjuntos descritos nas alíneas a1, a2, a3 e a5, desde que sejam dependentes legais dos mesmos.

**b) Não associados da COMPREV:**

b.1 - empregados do quadro ativo da COMPESA e da COMPREV;

b.2 - aposentados com direito ao PIA;

b.3 - aposentados sem direito ao PIA;

b.4 - empregados com contrato de trabalho suspenso, enquanto durar esta condição;

b.5 - servidores públicos ou empregados de outras entidades cedidos à COMPESA, enquanto durar essa cessão;

b.6 - pensionistas de pessoas constantes dos conjuntos descritos nas alíneas b.1, b.2 e b.3, desde que seja dependentes legais dos mesmos.

7.2 - Dentre os participantes distingue-se o Participante Principal que ora passa a denominar-se **TITULAR DO PLANO DE SAÚDE**.

7.2.1 - O Titular do Plano de Saúde é o responsável em relação à família ou grupo que representa, perante a Gestora (COMPREV) pelo ato de adesão, pela inclusão/exclusão de dependentes e agregados e pelos demais atos administrativos e financeiros necessários à cobertura dos benefícios.

7.2.2 - Considerando a sua situação em relação às alíneas do subitem 7.1, o Titular classifica-se em:

**a) - Titular Pleno**

a.1) - **Titular Pleno Associado COMPREV**- aquele contido nos conjuntos de pessoas descritos nas alíneas a.1, a.2, a.3, a.5 e a.6 do subitem 7.1.

a.2) - **Titular Pleno Não Associado COMPREV**- aquele contido nos conjuntos de pessoas descritos nas alíneas b.1, b.2, b.3 e b.6 do subitem 7.1.



SISTEMA:

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA:

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO:

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

**b) - Titular Temporário**

b.1) - **Titular Temporário Associado COMPREV**- aquele contido no conjunto de pessoas descritas na alínea a.4 do subitem 7.1.

b.2) - **Titular Temporário Não Associado COMPREV**- aquele contido no conjunto de pessoas descritos na alínea b.4 do subitem 7.1.

c) - **Titular Eventual** - aquele contido no conjunto de pessoas descritas na alínea b.5 do subitem 7.1

**7.3 - Dependentes/Agregados**

São também participantes do Plano de Saúde, os **dependentes e agregados** incluídos na família ou grupo de cada Titular.

7.3.1 - São considerados **dependentes**, para efeito de cobertura do Plano de Saúde, aqueles determinados pela Legislação da Previdência Social:

a) o cônjuge ou companheira(o);

b) filhos, enteados ou tutelados, menores de 21 (vinte e um) anos;

c) filhos, enteados ou tutelados maiores de 21 (vinte e um) anos inválidos;

d) pais ou irmão(s) inválido(s) de Titular solteiro, sem filhos.

7.3.2 - Os filhos do Titular, nascidos após sua aceitação no Plano de Saúde têm cobertura até o 30º (trigésimo) dia de vida, sendo necessária, a partir daí, a sua inscrição como dependente, para fins de continuidade dos benefícios, nos termos do subitem 9.1.3.

7.3.3 - Na eventualidade de falecimento do Titular, existindo pensionistas e dependentes, poderão estes permanecer no Plano de Saúde. Neste caso, a condição de Titular passa a ser do pensionista de maior idade, sendo facultada a ele a inscrição exclusiva de filho do titular falecido, nascido de gravidez existente na data do referido falecimento.

**7.4 - Agregados**

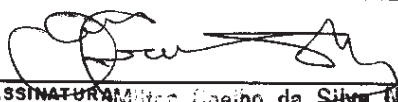
São considerados participantes agregados:

a) filhos, enteados ou tutelados que perderam a condição de dependentes

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.ASSINATURA   
Milton Cassino da Silva Neto

Diretor de Gestão

legais, e vivam sob a dependência econômica do Titular;

- b) pais do Titular e irmãos solteiros inválidos, mesmo que casado e com filhos;
- c) Tio(a) que, comprovadamente, viva sob a dependência econômica do Titular;
- d) sogro(a) do Titular;
- e) neto(a) do Titular, solteiro(a), menor de 21 (vinte e um) anos, que viva sob a dependência econômica do Titular.
- f) irmã solteira ou viúva sem pensão que viva sob a dependência econômica do titular.
- g) todos os designados cujos nomes constam da Carteira Profissional do Titular com registro anterior ao ano de 1991.

#### 7.5 - Adesão/Aceitação dos Participantes

- 7.5.1 - O Titular, por ocasião de sua adesão ao Plano de Saúde, através de Requerimento de Adesão ao Plano de Saúde (modelo no ANEXO II), dirigido à COMPREV, obrigar-se-á a prestar declaração de saúde sua e de seus dependentes/agregados indicados na sua proposta, bem como no ato da inclusão de novos dependentes e/ou agregados, excetuando-se dessa obrigação os participantes fundadores (aqueles que aderirem ao Plano de Saúde até 60 (sessenta) dias da data de sua implantação).
- 7.5.2 - A COMPREV, na qualidade de Gestora do Plano de Saúde, deverá exigir do Titular a comprovação da relação de dependência econômica e/ou jurídica, prevista no Regulamento e nesta Norma.
- 7.5.3 - A COMPREV também se reserva o direito de, a qualquer tempo, através de médico ou odontólogo de sua confiança, verificar as condições de saúde de titulares, dependentes e agregados, bem como acompanhar a realização de cirurgias e tratamentos pós-operatórios.
- 7.5.4 - Os limites de idade para aceitação de participantes do Plano de Saúde será:
  - a) sem limite de idade para participantes fundadores;
  - b) limitada a 65 (sessenta e cinco) anos completos a aceitação de **participantes agregados**, à exceção do pai ou da mãe do Titular-se viúvo(a) e se adquirirem a condição de viuvez após a vigência do Regulamento do Plano de Saúde. Neste caso o Titular terá um prazo de 30(trinta) dias para a referida inclusão.
- 7.5.5 - A aceitação do Titular e de seus dependentes/agregados se caracterizará pela aprovação do Requerimento (ANEXO II), no qual se manifesta positivamente quanto a:

SISTEMA :  
ADMINISTRATIVOSUBSISTEMA :  
RECURSOS HUMANOSASSUNTO :  
PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

- a) concordância com o Regulamento e com esta Norma;
- b) autorização para consignação mensal das contribuições em folha de pagamento, ou declaração de compromisso de recolhimento, mediante carnê ou recibo, no Banco indicado ou na Tesouraria da COMPREV, no caso de Titular sem vínculo em folha de pagamento.

7.5.6 - Havendo a aceitação da adesão ao Plano de Saúde, o Titular receberá da COMPREV, na ocasião:

- a) carteira(s) de Identificação Individualizada(CII), contendo:
  - a.1 - nome completo do participante e matrícula do TITULAR;
  - a.2 - classificação: TITULAR, DEPENDENTE ou AGREGADO;
  - a.3 - datas de vencimento das principais carências, se for o caso.
- b) livrete, contendo a listagem dos médicos, odontólogos, hospitais, ambulatorios, clínicas, laboratórios etc, pertencentes à rede credenciada;
- c) instruções sobre a forma correta de utilização dos benefícios do Plano de Saúde.

#### 7.6 - Exclusão de Participantes

7.6.1 - A exclusão de participantes do Plano de Saúde dar-se-á quando ocorrerem os fatos a seguir, cessando, automaticamente, as suas garantias de cobertura:

- a) se o Titular do Plano de Saúde solicitar a sua exclusão à COMPREV, através do Requerimento de Exclusão do Plano de Saúde (Modelo ANEXO III);
- b) se for comprovado fraude ou tentativa de fraude, conforme conceitos constantes do ANEXO I, praticadas pelo Titular, dependentes ou agregados;
- c) se houver inadimplência, no caso de mensalidade paga mediante recibo ou carnê.

7.6.2 - O requerimento de exclusão deverá ser entregue à COMPREV com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento da próxima contribuição

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.  
ASSINATURA: Milton Coelho da Silva Neto  
Diretor de Gestão

7.6.3 - A exclusão será providenciada pela COMPREV até 30 (trinta) dias após o recebimento do Requerimento de solicitação de exclusão, ou da notificação de inadimplência ou fraude, desde que não tenha havido ocorrência hospitalar nos últimos 12 (doze) meses

7.6.4 - Com a exclusão do Titular que é o Participante Principal, dar-se-á concomitantemente, a exclusão dos seus dependentes e/ou agregados.

7.6.5 - A exclusão de dependentes e agregados dar-se-á também com a perda dessa condição pelos mesmos.

7.6.6 - Com a exclusão dos participantes, o Titular terá a responsabilidade de devolver à COMPREV, no ato do referido cancelamento:

a) Todas as Carteiras de Identificação Individualizadas (do titular e dos dependentes/agregados);

b) Livretes com a listagem da rede credenciada.

## 8.0 - COBERTURA

As garantias de cobertura de assistência à saúde estão distribuídas em 2 (dois) grandes grupos:

- . coberturas principais;
- . coberturas acessórias.

### 8.1 - Coberturas Principais

As coberturas principais são as seguintes:

- a) diárias hospitalares;
- b) diárias de UTI;
- c) serviços auxiliares de hospital;
- d) atendimento ambulatorial (sem internação);
- e) ambulância;
- f) honorários cirúrgicos.

### 8.2 - Coberturas Acessórias

As coberturas acessórias são as seguintes:

- a) exames complementares para diagnósticos;
- b) consultas e/ou visitas médicas;
- c) fisioterapia;
- d) parto e pré-natal;
- e) fonoaudiologia e logopedia;
- f) tratamento de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS (Síndrome Imunológica da Deficiência Adquirida);
- g) doenças crônicas e preexistentes;
- h) eventos de natureza odontológica.

8.3 - Os Limites de Coberturas para os eventos médicos, odontológicos e hospitalares constam do ANEXO IV.





SISTEMA:

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA:

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO:

**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

8.4 - Para as doenças infecto-contagiosas e doenças crônicas e pré-existentes, a cobertura se restringe à rede credenciada, não sendo permitido o sistema de reembolso, e os eventos só estarão cobertos para as garantias de consultas exames e internação.

8.5- As **exclusões de cobertura** de despesas médicas, hospitalares e odontológicas constam do ANEXO V.

**9.0 - CARÊNCIA****9.1 - Isenção de Carência**

9.1.1 - Para os participantes fundadores não há qualquer tipo de carência, salvo se houver mudança do Plano I para o Plano II, após decorridos 60 (sessenta) dias da data da sua adesão.

9.1.2 - Também não haverá nenhum tipo de carência para novos empregados da Patrocinadora e para seus dependentes/agregados, desde que façam a sua adesão ao Plano de Saúde até 60 (sessenta) dias após a data de sua admissão.

9.1.3 - Igualmente estará isento de qualquer carência o(a) filho(a) de Titular (fundador ou não), nascido durante a vigência do Plano de Saúde e incluído no mesmo até o 30º (trigésimo) dia do seu nascimento.

**9.2 - Carências para Demais Participantes**

9.2.1 - Para os demais participantes não haverá carência para consultas e urgências médicas, consultas e urgências odontológicas e exames de laboratório (clínicos).


9.2.2 - As demais carências são as seguintes:

- a) 30 (trinta) dias para acidentes cobertos;
- b) 180 (cento e oitenta) dias para diárias hospitalares, serviços auxiliares de hospital, atendimento ambulatorial, ambulância e honorários médicos cirúrgicos, a partir do início do risco individual;
- c) 270 (duzentos e setenta) dias para a garantia acessória de parto, contados a partir do início do risco individual;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para AIDS, outras doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, e doenças pré-existentes

DATA:

21 / 05 / 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.  
ASSINATURA Milton Cosentino da Silva Neto  
Diretor de Saúde

e crônicas;

e) 30 (trinta) dias para eventos odontológicos, à exceção de consultas e urgências.

9.2.3 - Os participantes que migrarem do Plano I para o Plano II estarão sujeitos às mesmas carências estipuladas no subitem 9.2.2. Neste caso, enquanto cumprindo as carências referentes ao Plano II, o Titular e seus dependentes/agregados só terão direito às garantias estipuladas para o Plano I, anterior.

9.2.4 - Também o Titular que, de livre e espontânea vontade, tenha solicitado sua exclusão e de seus dependentes/agregados do Plano de Saúde terá que cumprir novos prazos de carência para reabilitação de sua garantias, caso requeira a sua reintegração.

9.2.5 - O participante que solicitar mudança do Plano I para o Plano II só poderá retornar ao Plano I, anterior, após 12 (doze) meses de permanência no Plano II. Se houver eventos hospitalares, esse período será contado a partir da data do último evento verificado.

9.2.6 - A alteração da modalidade de plano deverá ser solicitada à COMPREV, por escrito, pelo Titular, e somente poderá ser efetivada a partir do 1º (primeiro) dia útil do mês seguinte ao pagamento da contribuição mensal, observando-se ainda o que dispõe o subitem 9.2.5.

9.2.7 - O participante terá garantia de prorrogação automática de um período de cobertura equivalente à carência fixada, desde que cumpridas, validamente, suas obrigações contratuais.

## **10.0 - UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

### **10.1 - Utilização da Rede Credenciada**

10.1.1 - A rede credenciada poderá ser utilizada por todos os participantes, independentemente da modalidade de plano escolhida (Plano I ou Plano II).

10.1.2 - Não obstante a facilidade na utilização da rede credenciada, cada participante deverá estar atento para as condições e procedimentos explicitados nesta Norma e no Regulamento, a fim de que o Plano de Saúde funcione efetivamente.

### **10.2 - Utilização do Sistema de Reembolso**

10.2.1 - O Sistema de reembolso é uma comodidade extensiva a todos os participantes, independente da modalidade de plano escolhida, contudo, neste tipo de atendimento, há maiores exigências com relação aos cuidados na utilização dos serviços e a responsabilidade com a documentação a ser apresentada à COMPREV.

SISTEMA :  
ADMINISTRATIVOSUBSISTEMA :  
RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO :

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

10.2.2 - Os cuidados dos participantes na utilização dos serviços são os seguintes:

- a) não revelar as suas coberturas ao contatar o médico ou odontólogo para tratamento e/ou cirurgia;
- b) estabelecer, antecipadamente, com o profissional a ser contratado, o valor a ser pago a título de despesas e honorários, e, se possível, consultar outros profissionais;
- c) após a consulta, ou após a alta do tratamento ou cirurgia, adquirir de imediato os medicamentos receitados e/ou realizar os exames requisitados, de forma a obter os resultados necessários ao restabelecimento da saúde.

10.2.3 - A documentação exigida, para efeito de reembolso, é a seguinte:

**a) Tratamento Médico/Odontológico**

a.1 - Recibo de Consulta, constando discriminadamente:

- . nome completo do paciente;
- . data do atendimento;
- . valor da consulta;
- . CRM ou CRO, carimbo e assinatura do médico ou odontólogo.

a.2 - Requisição de exames, constando detalhamento:

- . nome completo do paciente;
- . cada exame solicitado e a que o mesmo se destina, com código de procedimento da Tabela da Associação Médica Brasileira - AMB/92;
- . CRM ou CRO, carimbo e assinatura do médico ou odontólogo.

a.3 - Recibo de exames, constando:

- . guia de autorização para exames especiais;
- . nome completo do paciente;
- . discriminação de cada exame realizado em conformidade com a requisição;
- . valor individual de cada exame e o valor total dos mesmos por extenso;
- . CRM ou CRO, carimbo e assinatura do médico ou odontólogo.

DATA:

21 / 05 / 98

SUBSTITUI :

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.ASSINATURA   
Milton Coelho da Silva Neto

Diretor de Saúde

**b) Internação Hospitalar**

. guia de internamento;

**b.1 - Recibo do Cirurgião, constando:**

- . nome completo do paciente;
- . tipo de cirurgia realizada;
- . código do procedimento conforme tabela AMB/92;
- . valor dos honorários médicos, por extenso;
- . carimbo, CRM/CRO e assinatura do cirurgião.

**b.2 - Recibo do Anestesista, constando:**

- . nomes completos do paciente e do médico anestesista;
- . tipo de cirurgia realizada e parte da anestesia.
- . valor dos honorários médicos, por extenso;
- . carimbo, CRM e assinatura do anestesista.
- . código do procedimento conforme tabela AMB-92

**b.3 - Recibo do Médico Assistente/Auxiliar, constando:**

- . nomes completos do paciente e do médico assistente/auxiliar;
- . tipo de cirurgia realizada e parte da anestesia;
- . valor dos honorários médicos por extenso, observado o limite máximo de 30% (trinta por cento) dos honorários do cirurgião, conforme estabelece o Código de Ética da AMB;
- . CRM, carimbo e assinatura do médico assistente/auxiliar;
- . código do procedimento conforme tabela AMB-92.

**b.4 - Nota Fiscal do Hospital ou Casa de Saúde, constando:**

- . nome completo do paciente;
- . discriminação de cada tratamento, medicamentos utilizados, diárias, taxa de internação e demais despesas realizadas - com valores individualizados e valor total - por extenso;
- . carimbo e assinatura do responsável pelo hospital/casa de saúde.

**c) Exames Histo-anátomo - patológicos (BIÓPSIA)**

Nas cirurgias em que houver retirada de órgão ou tecido para realização de biópsia, será exigido do médico assistente e/ou cirurgião o resultado do referido exame, em laudo confidencial, a fim de ser submetido ao Departamento Médico da COMPREV.

10.2.4 - Os limites de garantias de reembolso estão no ANEXO VI desta Norma.

10.2.5 - Os pedidos de reembolso serão feitos à COMPREV, após a alta médica ou hospitalar, através da entrega da documentação exigida devidamente preenchida e assinada.



SISTEMA:

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA:

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO:

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

10.2.6 - O reembolso será efetuado pela COMPREV, em até 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de recebimento da documentação exigida, e mediante recibo assinado pelo Titular do Plano de Saúde.

10.2.7 - Os valores de reembolso obedecerão as Tabelas da AMB/92, SINDHOSP/PE e GREMES.

10.2.8 - Efetuado o reembolso, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, a COMPREV ficará sub-rogada, até o valor limite reembolsado, em todos os direitos e ações do Plano de Saúde contra aqueles que, por ato, fato ou omissão tenham dado causa aos tratamentos cobertos, obrigando-se o Titular a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

10.2.9 - Caso o dependente seja também empregado da Patrocinadora, o mesmo só fará jus a qualquer reembolso na condição de participante, não se acumulando, portanto, as coberturas.

### 10.3 - Uso da Carteira de Identificação Individualizada

10.3.1 - Tanto na utilização da rede credenciada quanto na utilização do sistema de reembolso, a Carteira de Identificação Individualizada terá que ser usada de forma correta, e sempre acompanhada da Carteira de Identidade (RG).

10.3.2 - O uso da Carteira de Identificação Individualizada por outra pessoa que não seja aquela representada na Carteira, constitui fraude que, se apurada e comprovada, acarretará o cancelamento do Plano de Saúde.

## 11.0 - CUSTEIO DO PLANO DE SAÚDE

11.1 - O regime de custeio do Plano de Saúde será CONTRIBUTIVO onde as partes - Patrocinadora (COMPESA) e Associados (PARTICIPANTES) - contribuem, mensalmente, para a cobertura das despesas de custeio previstas no Regulamento.

11.2 - As despesas de custeio dividem-se em:


a) **Despesas de Custeio Operacional** - aquelas despesas referentes às atividades-fim do Plano de Saúde, tais como: despesas com profissionais de saúde, hospitais, ambulatórios, clínicas, laboratórios etc;

b) **Despesas de Custeio Administrativo** - todas as despesas referentes às

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.ASSINATURA   
Milton Coelho da Silva Neto

atividades-meio: pessoal, materiais, serviços de terceiros, despesas gerais e despesas fiscais.

11.2.1 - Tanto as despesas de custeio operacional quanto as de custeio administrativo serão cobertas pelas contribuições da COMPESA e dos participantes do Plano de Saúde, de acordo com os percentuais previstos no Regulamento.

11.2.2 - Durante a fase de pré-implantação do Plano de Saúde, desde a assinatura do Convênio COMPESA/COMPREV até a efetiva implantação, todas as despesas de custeio serão de total responsabilidade da Patrocinadora (COMPESA).

11.2.3 - A contratação das despesas de custeio do Plano será de responsabilidade da COMPREV- gestora e mandatária legal do mesmo.

### 11.3 - Valor das Contribuições

11.3.1 - O valor da contribuição mensal da COMPESA ao Plano de Saúde será resultado da seguinte expressão:

CC = RT - AA, onde:

CC = Contribuição mensal da COMPESA;

RT = Receita total do Plano de Saúde, calculado sobre o custo fixo do mesmo, com todas as garantias previstas, considerando o número de beneficiários e respectivas faixas etárias;

AA = Arrecadação resultante do somatório das contribuições de todos os associados.

11.3.2 - O valor da contribuição mensal dos participantes será calculado individualmente, considerando o nível salarial do Titular, o tamanho e a idade da família ou grupo.

11.3.3 - Se a opção do Titular for pelo Plano I, a contribuição mensal não poderá ultrapassar 5% (cinco por cento) da sua remuneração fixa, representada por:

a) quando se tratar de empregado da ativa:

- . salário nominal;
- . anuênio;
- . horas extras incorporadas;
- . estabilidade financeira concedida conforme RD-33/92.

b) quando se tratar de aposentado ou pensionista:

- . salário de benefício pago pelo INSS;
- . suplementação paga pela COMPREV.

c) quando se tratar de empregado cedido, a sua remuneração fixa será definida pela soma das remunerações fixas recebidas na COMPESA e em seu órgão de origem.

SISTEMA :

**ADMINISTRATIVO**

SUBSISTEMA :

**RECURSOS HUMANOS**

ASSUNTO :

**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

11.3.4 - Para cálculo do percentual de 5% (cinco por cento) referido no subitem 11.3.3 anterior, será considerado o valor da contribuição relativa ao Titular e seus dependentes legais excluindo-se, portanto, os agregados, cujo cálculo levará em conta o número e a idade dos mesmos, sendo o resultado desse cálculo somado aos 5% (cinco por cento).

11.3.5 - O valor total das contribuições será comunicado ao Titular do Plano - pela COMPREV - com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do pagamento ou consignação em folha, através de documento intitulado "Discriminação das Contribuições".

#### **11.4 - Pagamento das Contribuições**

11.4.1 - A contribuição mensal da Patrocinadora do Plano de Saúde (COMPESA) será repassada à COMPREV, impreterivelmente até o 1º (primeiro) dia útil após o pagamento de seus empregados, sendo a primeira contribuição repassada no mês imediatamente anterior ao mês de início do funcionamento do Plano de Saúde.

11.4.2 - A contribuição mensal dos participantes será paga através de **consignação em folha de pagamento** da COMPESA e da COMPREV, ou através de **carnê ou recibo**, com vencimento no dia dez de cada mês, enviado à residência do Titular, com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis antes do vencimento.

11.4.3 - Para que o Plano de Saúde se mantenha em vigor, faz-se necessário que as contribuições sejam pagas até o dia do vencimento indicado.

11.4.4 - A pontualidade no pagamento das contribuições garantirá aos participantes a cobertura dos benefícios até o último dia do próximo vencimento, ou seja, até o primeiro dia útil do mês seguinte.

11.4.5 - O não pagamento da contribuição até 30 (trinta) dias do seu vencimento acarretará a suspensão dos direitos de cobertura do Plano de Saúde, os quais só serão reabilitados a partir da data do efetivo pagamento, ficando a critério da COMPREV aprovar ou não a reabilitação se a pendência durar mais de 60 (sessenta) dias.

11.4.6 - O pagamento da contribuição através de rede bancária não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da data de emissão do carnê ou recibo de pagamento. Além desse prazo, o pagamento somente poderá ser efetuado na tesouraria da COMPREV.

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

**NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.**  
ASSINADO: Milton Coelho da Silva Neto

11.4.7 - Decorridos mais de 60 (sessenta) dias de atraso do pagamento da contribuição, o participante, nessa situação, terá seu Plano automaticamente cancelado, independente da interpelação judicial ou extrajudicial, não cabendo restituição das contribuições já pagas.

### **11.5 - Reajuste das Contribuições**

11.5.1 - O participante (Titular, dependente ou agregado) terá o valor de sua contribuição majorado quando atingir a idade limite da faixa etária na qual se encontra, enquadrando-se no valor referente à faixa etária correspondente à sua nova idade, não se alterando as garantias contratadas.

11.5.2 - A COMPREV também poderá proceder ao recálculo das contribuições se ocorrerem as seguintes distorções - cumulativas ou isoladas:

- a) aumento imprevisível na frequência de eventos ou utilização dos serviços;
- b) aumento imprevisível dos custos médicos/odontológicos e hospitalares superiores às correções normalmente aplicadas sobre as contribuições.

11.5.3 - O percentual de reajuste das contribuições será o mesmo para todos os tipos de participantes.

11.5.4 - Quando o pagamento das contribuições for através de consignação em folha, a COMPESA e a COMPREV - salvo nos casos de cancelamento do Plano de Saúde - somente poderão interromper o recolhimento se houver perda do vínculo empregatício ou solicitação de exclusão do Plano de Saúde.

### **11.6 - Reavaliação Atuarial**

11.6.1 - No primeiro ano de sua implantação será necessária uma avaliação atuarial a cada trimestre. A partir do 2º (segundo) ano essa avaliação passará a ser semestral.

11.6.2 - Com base na avaliação atuarial serão reavaliados os critérios de tarifação- função da experiência estatística do Plano de Saúde, aplicando-se instrumentos de modelagem linear generalizada e teoria do risco coletivo.

11.6.3 - As contribuições e os limites de cobertura dos benefícios contratados poderão ser alterados a qualquer época, com base no índice de Coeficiente de Honorários (CH).

11.6.4 - Havendo distorção entre a variação dos custos médicos-hospitalares e do CH, poderá ser utilizado índice superior ou inferior aos mesmos.





SISTEMA :

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA :

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO :

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

## 12.0 - ADMINISTRAÇÃO DO PLANO

Para administrar o Plano de Saúde, a COMPREV contará com a sua estrutura, e com a estrutura descrita nos subitens deste item, assim como com o cumprimento das responsabilidades de todos os participantes.

### 12.1 - Diretoria Executiva da COMPREV

12.1.1 - A Diretoria Executiva da COMPREV será responsável pela gestão do Plano de Saúde, diretamente ou por delegação a uma equipe gerencial a ela subordinada.

12.1.2 - O detalhamento das responsabilidades da COMPREV, como Gestora do Plano de Saúde, por delegação da Patrocinadora, consta do Convênio celebrado em 10/12/97 - (ANEXO VII).

### 12.2 - Conselho de Saúde

12.2.1 - O Conselho de Saúde, reconhecido como instância superior de decisão e orientação do Plano de Saúde, será composto de 07 (sete) membros titulares e seus respectivos suplentes, nomeados pela Diretoria Executiva da COMPESA, para mandato de 03 (três) anos, com direito a recondução, assim representados:

- . Diretor Presidente da COMPREV - que presidirá o Conselho de Saúde cabendo-lhe, portanto, o voto de desempate;
- . Superintendente de Recursos Humanos da COMPESA;
- . Chefe da Divisão da Área Médica da COMPESA;
- . Um representante dos empregados da COMPESA lotado na RMR;
- . Um representante dos empregados da COMPESA lotado no interior do Estado;
- . Um representante dos aposentados e pensionistas;
- . Um representante do sindicato majoritário, empregado da COMPESA.

12.2.2 - Para o primeiro mandato, que terá vigência até 31.12.98, a indicação da totalidade dos membros será feita pela Diretoria Executiva da COMPESA. Para os demais mandatos, a escolha dos representantes dos empregados, dos aposentados e do sindicato majoritário será feita por eleição direta entre os associados do PLANO DE SAÚDE, eleição esta que deverá coincidir com a eleição do Diretor de Benefícios e Conselheiros da COMPREV.

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.

ASSINATURA

  
Milton Coelho da Silva Neto  
Diretor de Gestão

Poderão concorrer a eleição os candidatos que atenderem aos pré-requisitos contidos nas alíneas "c", "d", "e", "f" e "g" da cláusula 5.0 do REGULAMENTO aprovado pela RD-013/96 de 01.11.96.

#### 12.2.3 - Ao Conselho de Saúde competirá:

- a) fixar as políticas, objetivos e normas do Plano de Saúde;
- b) examinar e aprovar alterações que venham a ser feitas no Regulamento, submetendo-as à aprovação da Diretoria Executiva da COMPESA e a homologação da Secretária da Previdência Complementar-SPC
- c) deliberar sobre:
  - c.1 - orçamento e plano de custeio;
  - c.2 - aquisição, edificação e alienação de bens patrimoniais;
  - c.3 - plano anual de investimentos;
  - c.4 - índice de aumento ou diminuição das contribuições;
  - c.5 - critérios de credenciamento e descredenciamento de profissionais e instituições especializadas na área de saúde.
- d) o Relatório Anual e prestação de contas do exercício;
- e) estrutura de organização e funcionamento do Plano de Saúde;
- f) casos omissos do Regulamento e desta Norma ouvindo, se for o caso, a Diretoria Executiva da COMPESA e a Secretaria da Previdência Complementar - SPC.

12.2.4 - O Conselho de Saúde reunir-se-á, ordinariamente, de 03 (três) em 03 (três) meses e, extraordinariamente, por convocação formal de qualquer dos seus membros.

12.2.5 - Das reuniões do Conselho de Saúde lavrar-se-ão atas das deliberações tomadas, sempre por maioria dos seus membros.

#### 12.3 - Conselho Fiscal

12.3.1 - O Conselho Fiscal do Plano de Saúde, será composto por 03 (três) membros titulares e seus respectivos suplentes, nomeados pela Patrocinadora (COMPESA), para mandato de 03 (três) anos com direito a recondução, assim representados:

- . um representante dos empregados da ativa da COMPESA;
- . um representante dos aposentados/pensionistas;
- . um representante do sindicato majoritário, empregado da COMPESA.

12.3.2 - Para o primeiro mandato, que terá vigência até 31.12.98, a indicação da totalidade dos membros será feita pela Diretoria Executiva da COMPESA. Para os demais mandatos, a escolha dos representantes dos empregados, dos aposentados e do sindicato majoritário será feita por eleição direta entre os associados do PLANO DE SAÚDE, eleição esta que deverá coincidir com a eleição do Diretor de Benefícios e Conselheiros da COMPREV. Poderão concorrer a

SISTEMA :

**ADMINISTRATIVO**

SUBSISTEMA :

**RECURSOS HUMANOS**

ASSUNTO :

**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

eleição os candidatos que atenderem aos pré-requisitos contidos nas alíneas "c", "d", "e", "f" e "g" da cláusula 5.0 do REGULAMENTO aprovado pela RD-013/96 de 01.11.96.

**12.3.3 - Compete ao Conselho Fiscal:**

- a) Acompanhar a situação financeira e contábil, através dos balancetes mensais;
- b) Emitir parecer sobre o balanço anual do Plano de Saúde;
- c) Examinar, em qualquer tempo, os livros e documentos do Plano de Saúde na sede social da COMPREV;
- d) Acusar as irregularidades verificadas, sugerindo medidas saneadoras.

**12.4 - Competências e Responsabilidades do Titular e Demais Participantes**

Para a administração do Plano de Saúde, a COMPREV necessita contar não só com sua estrutura interna, mas também com a participação de cada Titular e demais beneficiários, no cumprimento de suas competências e responsabilidades.

12.4.1 - São de competência exclusiva do Titular as seguintes atribuições e responsabilidades:

- a) providenciar, no ato de sua adesão, a inscrição de seus dependentes/agregados, e comunicar à COMPREV qualquer alteração que venha a ocorrer;
- b) repassar aos demais participantes de seu grupo carteiras de identificação, livretes, instruções e outros documentos ou informações recebidos da COMPREV;
- c) comunicar à COMPREV, de imediato:
  - c.1 - danificação ou extravio de carteiras (sua e de seus dependentes/agregados);
  - c.2 - negativas de atendimento ou atendimento de qualidade não desejada por profissional ou instituição credenciada;
- d) pagar pontualmente as suas contribuições;

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI :

**NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.**  
ASSINATURA **Milton Coelho da Silva Neto**

Diretor de Saúde

- e) solicitar, por escrito, (Requerimento - ANEXO III) se for o caso, a sua exclusão do Plano de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devolvendo todas as carteira e livretes do seu grupo, respeitado o disposto no subitem 7.6.3.

12.4.2 - Constituem responsabilidades de todos os participantes do Plano de Saúde:

- a) cumprir as determinações do Regulamento e desta Norma e orientações e instruções baixadas pela COMPREV;
- b) manter com zelo e cuidado a carteira, o livrete e outros documentos e instruções recebidas;
- c) utilizar corretamente a Carteira de Identificação Individualizada sempre acompanhada da Carteira de Identidade (RG), ou Registro de Nascimento no caso de menores de 16 (dezesesseis) anos, nunca permitindo que outra pessoa faça uso da mesma, o que constitui fraude, passível de cancelamento do Plano de Saúde e outras punições administrativas e legais;
- d) submeter-se a perícias quando for solicitado;
- e) outras responsabilidades que venham a ser determinadas pela COMPREV.

### 13.0 - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1 - Não caberá responsabilidade alguma à COMPREV, nem tão pouco à COMPESA por imperícia, erro ou omissão de profissionais médicos, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, odontólogos e demais pessoas que, direta ou indiretamente, participem de tratamento, e/ou intervenção cirúrgica, inclusive quaisquer funcionários de estabelecimento hospitalar, designados ou escolhidos.
- 13.2 - O Plano de Saúde poderá ser extinto pela COMPREV, mediante aviso prévio de 120 (cento e vinte) dias, aos Titulares, se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que o tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção.
- 13.3 - Em nenhuma hipótese poderá a COMPREV lançar mão dos recursos destinados às **atividades previdenciárias** para prestar socorro financeiro ao Plano de Saúde.
- 13.4 - Qualquer plano de saúde que o participante mantenha em qualquer outra gestora ou Fundação, como Titular, dependente ou agregado, para cobrir todos ou alguns riscos também cobertos pelo Plano de Saúde, será considerado concorrente com este, respondendo cada plano (contrato) pelas despesas cobertas, na proporção dos seus limites de indenização.
- 13.5 - As contribuições ao Plano de Saúde, bem como os limites de cobertura das garantias contratadas serão reajustados com base no índice fixado pela legislação em vigor.



Compesa

## NORMA INTERNA

NÚMERO:

SAD 102

FOLHAS:

11 de 19

SISTEMA:

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA:

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO:

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

### 14.0 - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

- 14.1 - A COMPREV, no papel de gestora do Plano de Saúde, por ocasião da sua implantação contratará equipe multiprofissional necessária à administração do Plano, podendo para tanto utilizar pessoal da COMPESA, da COMPREV ou especificamente contratado para esse fim.
- 14.2 - Também, como parte integrante da implantação do Plano de Saúde, a COMPREV contratará consultoria especializada em implantação de planos de autogestão, bem como em atuária.
- 14.3- Para fixação do critério de taxaço foram utilizadas experiências de instituições seguradoras com benefícios e população similares. Com base nessas experiências foi desenvolvida a metodologia atuarial fundamentada na Teoria de Risco Coletivo, conforme Nota Técnica Atuarial, parte integrante do Regulamento.

### 15.0 - VIGÊNCIA

Esta Norma entrará em vigor a partir de 1º de junho de 1998, revogando-se disposições em contrário.

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.

ASSINATURA    
Diretor de Gestão

**ANEXO I****GLOSSÁRIO****ACIDENTE**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez temporária, permanente, total ou parcial do participante ou torne necessário o tratamento médico/hospitalar ou odontológico.

**ACIDENTE COBERTO**

Todo acidente não caracterizado como acidente do trabalho

**ACIDENTE NÃO COBERTO**

Acidente do trabalho, o qual, se necessário tratamento médico/hospitalar ou odontológico, será de inteira e exclusiva responsabilidade da COMPESA ou da COMPREV, se o mesmo ocorrer com participante do Plano de Saúde, empregado das mesmas.

**AMBULÂNCIA**

Veículo habilitado para transporte do Titular, dependente ou agregado - por via terrestre, num raio de 100km do perímetro urbano - cujas despesas têm cobertura do Plano.

**AMBULATÓRIO**

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

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

Serviços ambulatoriais, que não exigem internação hospitalar.

**AUTOPRATROCINADO**

Associado da COMPREV com contrato de trabalho com a COMPESA suspenso, ou ainda com vínculo empregatício extinto que permanece associado a COMPREV, pagando sua contribuição mensal, bem como a da Patrocinadora.

**BENEFÍCIO**

Categoria em que se enquadra cada uma das coberturas.

**CARÊNCIA**

Período de tempo contado a partir da data de aceitação do participante principal (TITULAR), dependente ou agregado, durante o qual deverão permanecer, ininterruptamente no Plano de Saúde, sem direito às garantias do mesmo. A carência poderá ser **total, parcial ou nula**, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitados os limites estabelecidos.

SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****COBERTURA**

Elenco de garantias aos participantes, nos limites e modalidades previstas no Plano de Saúde, referente à prestação de serviços médicos/odontológicos/hospitalares.

**COEFICIENTE DE HONORÁRIOS (CH)**

Unidade monetária expressa em moeda vigente, utilizada para cálculo do valor reembolsável por evento segurado (coberto).

**CONSULTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA**

Ida do paciente ao consultório particular do médico ou odontólogo, ou ao hospital, em seu horário normal de atendimento.

**CONTRIBUIÇÃO AO PLANO**

Somatório das contribuições mensais de todos os participantes acrescido da contribuição mensal da Patrocinadora.

**DOENÇA**

Evento mórbido de causa não acidental que requeira tratamento médico odontológico ou hospitalar.

**DOENÇA CRÔNICA E PRÉ-EXISTENTE**

Aquela em que o participante tenha recebido tratamento ou recomendação médica nos cinco anos anteriores à data de sua inclusão no Plano.

**DIÁRIA**

Período não superior a 24 (vinte e quatro) horas de hospitalização, estando compreendidas na diária as despesas com aluguel e limpeza do quarto ou apartamento, serviço geral de enfermagem e alimentação do paciente.

**EVENTO**

Conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, e/ou hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do participante, em decorrência de acidente pessoal ou doença, verificada após o início da cobertura.

**EVENTO DE NATUREZA ODONTOLÓGICA**

Acidente pessoal ou doença com dano involuntário à saúde do participante, verificada após o início da cobertura, e que implique em assistência odontológica.

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.  
ASSINATURA **Milton Coelho da Silva Neto**  
Diretor de Saúde

**EVENTO PRÉ-EXISTENTE**

Evento relacionado a doença pré-existente.

**EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO**

Exames de Raio X, de laboratórios de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais, indispensáveis ao diagnóstico, realizados por solicitação médica ou odontológica.

**FAMÍLIA**

Componentes de um mesmo grupo: TITULAR, DEPENDENTES, AGREGADOS.

**GESTORA**

Administradora do Plano de Saúde e mandatária legal do mesmo perante a Patrocinadora e os associados (participantes) - COMPREV

**GRUPO SEGURADO**

Conjunto de componentes do grupo segurável, efetivamente aceito no Plano de Saúde e cuja cobertura esteja em vigor.

**GRUPO SEGURÁVEL**

Conjunto de pessoas, devidamente caracterizado no Plano de Saúde, homogêneo em relação a uma ou mais das características que se seguem:

- a) ser empregado do quadro ativo da COMPESA, associado ou não a COMPREV;
- b) ser aposentado da COMPESA, associado ou não da COMPREV, beneficiário ou não do PIA;
- c) ser empregado da COMPESA, com contrato de trabalho suspenso, sócio ou não da COMPREV;
- d) ser sócio da COMPREV autopatrocinado;
- e) ser empregado da COMPREV;
- f) ser servidor público, ou empregado de outras entidades cedido à COMPESA, enquanto durar esta cessão;
- g) ser dependente/agregado de pessoas constantes dos conjuntos descritos nas alíneas, "a", "b", "c", "d", "e" e "f";
- h) ser pensionista de pessoas constantes dos conjuntos descritos nas alíneas "a", "b", "c" e "d".

**HONORÁRIOS MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS E HOSPITALARES**

Remuneração para o conjunto de atos médicos/odontológicos e/ou hospitalares de um ou mais especialistas, realizados na assistência à saúde do participante.

**HOSPITAL**

Estabelecimento legalmente constituído, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, mantendo pacientes regularmente, dia e noite, possuindo instalações para diagnósticos, cirurgias e terapias sob supervisão de equipe médica habilitada, serviço regular de enfermagem profissional, durante 24 (vinte e quatro) horas, não se enquadrando





Compesa

# NORMA INTERNA

NÚMERO: SAD 102

FOLHAS: 13 de 19

SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**

SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**

ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

neste definição: casas de repouso, casas de pessoas idosas, clínicas para correção de toxicômanos ou alcoólatras, berçários e lactários.

## HOSPITALIZAÇÃO

Internação em hospital, para tratamento e/ou cirurgia.

## INVÁLIDO

Indivíduo impossibilitado de trabalhar por velhice, doença física ou mental, mutilação ou paralisia.

## LIMITE

Número máximo e/ou valor máximo de cada garantia prevista no Plano de Saúde.

## PARTICIPANTE

(Beneficiário/associado/segurado) - Titular, dependente ou agregado inclusos no Plano de Saúde.

## PARTICIPANTE FUNDADOR

Titular, dependente, agregado inscrito no Plano de Saúde até 60 (sessenta) dias de sua implantação.

## PARTICIPANTE PRINCIPAL

Titular do Plano de Saúde, responsável pelo ato de adesão, pela inclusão/exclusão de dependentes e agregados, pela contribuição mensal ao Plano de Saúde e pelos demais atos administrativos e financeiros necessários à manutenção das coberturas.

## PATROCINADORA

Pessoa Jurídica que possua esta qualificação, em relação à Gestora e ao Plano de Saúde - COMPESA.

## PLANO DE SAÚDE

Conjunto de coberturas previstas no Regulamento e nesta Norma.

## PROCEDIMENTO FISIOTERÁPICO

Todo e qualquer método da medicina física, oficialmente reconhecido, indicado por médico e executado por profissional legalmente habilitado.

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001 ,  
de 13/01/86.

ASSINATURA   
Milton Coelho da Silva Neto

**REDE CREDENCIADA**

Conjunto de profissionais e instituições especializadas na área de saúde, habilitados a prestar serviços em suas respectivas áreas de atuação aos associados do Plano de Saúde, mediante contrato de credenciamento firmado com a COMPREV.

**REEMBOLSO**

Despesas reembolsáveis ao Titular, realizadas fora da rede credenciada, com tratamento médico, hospitalar ou odontológico garantido pelo Plano de Saúde até os limites previsto e pré-fixados.

**RISCO INDIVIDUAL**

Risco assumido pelo Plano de Saúde, decorrente da possibilidade de ocorrência de eventos de saúde (doenças ou acidentes cobertos) a que está exposto o participante, a partir do seu ingresso como associado.

**RISCO COLETIVO**

Risco do Plano de Saúde, ou seja, o somatório dos riscos individuais de todos os associados.

**SERVIÇOS AUXILIARES DE HOSPITAL OU DE HOSPITALIZAÇÃO**

Serviços hospitalares necessários ao tratamento terapêutico, abrangendo exames complementares, indispensáveis ao diagnóstico e controle da evolução da doença, medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusão de sangue, taxa de sala de cirurgia, materiais utilizados na cirurgia, sessões de quimioterapia, radioterapia, betaterapia e demais recursos terapêuticos ministrados.

**USO INDEVIDO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INDIVIDUALIZADA**

Uso que caracterize fraude ou tentativa de fraude: uso por outra pessoa que não seja a caracterizada na carteira, ou uso após comunicação de extravio.

**VISITAS AO CONSULTÓRIO**

Aqueles realizadas nos consultórios médicos ou odontológicos, ambulatórios, hospitais ou clínicas.

**VISITAS MÉDICAS**

Visita do médico à residência do segurado, quando o mesmo não puder se locomover.

SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****ANEXO II****MODELO DE REQUERIMENTO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE**Ilmo. Sr.  
Dr.  
MD. PRESIDENTE DA COMPREV

.....  
(nome completo) (empregado, aposentado, pensionista etc)  
....., vem, mediante o presente Requerimento, solicitar a sua inscrição e de seus  
(matrícula)

dependentes e  agregados, a seguir relacionados, todos sob a sua dependência econômica, registrando desde já, a sua **aceitação** ao Plano de Saúde quanto as exigências constantes do Regulamento e da Norma SAD / e **assumindo o compromisso** quanto ao pagamento das contribuições mensais, autorizando:

- consignação em folha de pagamento  
 emissão de recibo/carnê, em seu nome e de  seus dependentes,  agregados.

## Relação de Dependentes

Nome Completo	Data Nascimento	Parentesco
.....	...../...../.....	.....
.....	...../...../.....	.....

## Relação de Agregados

Nome Completo	Data Nascimento	Parentesco
.....	...../...../.....	.....
.....	...../...../.....	.....

Na oportunidade declara o Requerente que tanto ele, quanto os seus dependentes agregados gozam de condições satisfatórias de saúde, autorizando, se for necessário, exames para comprovação.

Nos termos acima, pede sua aceitação.

Recife, de de 199

.....  
(assinatura)

DATA:  
**21, 05, 98**SUBSTITUI :  
**NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.**  
ASSINATURA **Avilton Coelho da Silva Neto**

## ANEXO III

## MODELO DE REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE

Ilmo. Sr.  
Dr.  
MD. Presidente da COMPREV

.....  
(nome completo) (empregado, Diretor, aposentado, etc)  
....., vem, através do presente Requerimento, solicitar a sua  
(matrícula)  
exclusão do Plano de Saúde, pelo(s) motivo(s) a seguir:

.....  
.....  
.....

Pede deferimento

Recife, de de 199

.....  
(assinatura)

SISTEMA :  
ADMINISTRATIVOSUBSISTEMA :  
RECURSOS HUMANOSASSUNTO :  
PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

## ANEXO IV

## LIMITES DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE

**1 - Diárias Hospitalares**

Até 60 (sessenta) dias, por participante/ano, incluindo-se 15 (quinze) dias de UTI, com modalidades de acomodação, conforme segue:

**PLANO I** - Acomodação em enfermaria de até 4 (quatro) leitos, sem direito a acompanhante, excetuando-se a internação de menor de 14 (catorze) anos incompletos, maior de 65 anos, e inválido que será em apartamento "standard", com acompanhante, tendo o referido acompanhante direito, apenas, à pernoite e o café da manhã.

**PLANO II** - Acomodação em apartamento "standard" ou similar, com climatização, telefone, TV e WC, com direito a acompanhante.

**2 - Atendimento Ambulatorial**

Esta cobertura refere-se a eventos decorrentes de doença ou de acidente coberto pelo Plano de Saúde, desde que tratados dentro de 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência, e que não necessitem de internação hospitalar.

**3 - Consultas e/ou Visitas Médicas**

Até 12 (doze) consultas e/ou visitas médicas por participante/ano.

**4 - Logopedia e Fonoaudiologia**

Limitado a 15 (quinze) sessões ao ano, por participante de até 14 (quatorze) anos incompletos.

**5 - Fisioterapia**

Limite máximo de 60 (sessenta) sessões por participante/ano.  
A cobertura se restringe às solicitações do médico atendente da rede credenciada, ou contratado pelo participante pelo sistema de reembolso, e iniciados dentro de até 90 (noventa) dias do evento. Somente Fisioterapeuta habilitado poderá ministrar o tratamento.

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.  
ASSINATURA Milton Coelho da Silva Neto  
Diretor de Gestão

**6 - Quimioterapia, Betaterapia e Radioterapia**

Limite máximo de 60 (sessenta) sessões por participante/ano.

**7 - Partos**

Esta garantia abrange os partos denominados normais, as operações cesarianas e abortos, determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente ou do feto, ou sofrimento intenso materno-fetal. As acomodações são iguais as descritas no item 1 deste ANEXO IV. Nesta cobertura estão incluídas as diárias de hospital, honorários cirúrgicos, anestesista, sala de parto e materiais utilizados, esterilização, enfermagem, atendimento pediátrico e berçário. Somente terá direito a esta garantia o Titular, se for mulher, a esposa, ou companheira do Titular, e a filha menor se solteira.

**8 - Pré-Natal**

Limites: PLANO I - 05 (cinco) consultas médicas e 02 (duas) ultra-sonografias, por gravidez;

PLANO II - 10 (dez) consultas médicas e 05 (cinco) ultra-sonografias, por gravidez.

Esta garantia está vinculada à cobertura do parto (item 7 deste ANEXO IV)

**9 - Serviços Odontológicos**

As consultas, exames e tratamento odontológico serão realizados em clínicas ou centros próprios, da rede credenciada ou conveniada ou pelo sistema de reembolso, compreendendo as seguintes especialidades:

**9.1 - Procedimentos cirúrgicos previstos em Periodontia**

- . Curetagem sub-gengival sem retalho-por elemento dentário.
- . Gengivectomia ou gengivoplastia por hemi-arcada ou de canino a canino.
- . Cirurgia de retalho por hemi-arcada com ou sem osteoplastia.
- . Radiografia panorâmica e cefalométrica só em casos especiais, solicitadas pelo cirurgião buco-maxilo-facial, e pelo ortodontista, com prévia autorização do perito do PLANO DE SAÚDE.

**9.2 - Procedimentos Cirúrgicos Buco-Maxilo-Facial previsto:**

- . Exodontia cirúrgica com osteotomia.
- . Alveoplastia por hemi-arcada ou de canino a canino.
- . Apicetomia e curetagem apical por elemento.
- . Apicetomia com obturação retrógrada do conduto radicular com curetagem apical, por elemento.
- . Correção cirúrgica das anomalias dos freios labiais e linguais (ato cirúrgico isolado).
- . Cirurgia para enucleação de cisto e mazurpialização.
- . Cirurgia para remoção de dente incluso e impactado.



SISTEMA :

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA :

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO :

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

- . Cirurgia para remoção de foco residual.
- . Cirurgia para remoção de osteoma odontoma.
- . Drenagem intra-oral de coleção purulenta.
- . Drenagem extra-oral de coleção purulenta.
- . Remoção de épulis da cavidade oral.
- . Excisão de rânula.
- . Laçamento cirúrgico de elemento dentário com finalidade ortodôntica.
- . Remoção de "Torus" palatino ou madibular.
- . Remoção de cálculo salivar (Sialolitomia).
- . Excisão e sutura de lesão da boca.
- . Tratamento cirúrgico de fistula buco-sinusal ou buco-nasal.
- . Tratamento cirúrgico de fistula cutânea de origem dentária.
- . Remoção de corpo estranho da cavidade oral.
- . Tratamento cirúrgico/clínico de alveolite.
- . Dilatação de canal salivar.
- . Remoção de tecido mole para biópsia.
- . Retirada de corpos estranhos de intimidades dos ossos da face.
- . Remoção cirúrgica de restos radiculares no seio maxilar.
- . Tratamento conservador da osteomielite dos ossos da face.
- . Luxação temporo-mandibular-redução incruenta.
- . Luxação temporo-mandibular-redução cirúrgica.
- . Ulotomia.

### 9.3 - Procedimentos previstos na Ortodontia Preventiva e Interceptora:

- . Correção da mordida cruzada anterior ou posterior unilateral com anéis.
- . Correção da mordida anterior ou posterior bilateral com anéis.
- . Correção da mordida cruzada anterior ou posterior com plano inclinado.
- . Correção com placa HAWLLEY.
- . Correção com mentoneira.
- . Mantedores de espaço banda fixa.
- . Mantedores de espaço arco lingual.
- . Recuperadores de espaços Bumper (arco vestibular).
- . Recuperadores de espaço arco extra-oral (KLOENH).
- . Recuperadores de espaço de diástema com anéis fixos.

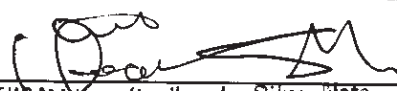
### 9.4 - Limites

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	COBERTURAS	
	PLANO I	PLANO II
<b>PROCEDIMENTOS CLÍNICOS</b>		
- Exame Clínico	um/pessoa/ano	dois/pessoa/ano
- Consulta de Emergência	três/família/ano	seis/família/ano
- Fluorização tópica completa com profilaxia	um/pessoa/ano	dois/pessoa/ano
- Curativo terapêutico simples	três/família/ano	seis/família/ano
- Exodontia inclusive alveoplastia e sutura por elemento	três/pessoa/ano	quatro/pessoa/ano

DATA :

21, 05, 98

SUBSTITUI :

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.ASSINATURA   
Antonio Coelho da Silva Neto  
Diretor de Gestão

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	COBERTURAS	
	PLANO I	PLANO II
DENTISTERIA (nos valores das restaurações estão incluídos o preparo e o prévio isolamento ou capeamento da cavidade)	-	-
Restauração em resina composta, ionômero ou amálgama em 1 face	Cinco/família/ano	dez/família/ano
Idem em 2 faces	cinco/família/ano	dez/família/ano
Idem em 3 faces	cinco/família/ano	dez/família/ano
Restauração em resina fotopolimerisável de ângulo (classe IV)	um/família/ano	dois/família/ano
Restauração em resina fotopolimerisável de mais de 1/3 da coroa dentária	um/família/ano	dois/família/ano
Restauração em resina fotopolimerisável em 1 face (classe III e V)	um/família/ano	dois/família/ano
Polimentos coronários	um/pessoa/ano	dois pessoa/ano
<b>ENDODONTIA</b>		
Branqueamento coronário/p/elemento	um/família/ano	dois/família/ano
Mumificação pulpar por elemento	um/família/ano	dois/família/ano
Tratamento e obturação de conduto radicular, inclusive pulpectomia em 1 conduto	um/família/ano	dois/família/ano
Tratamento e obturação de conduto radicular, inclusive pulpectomia em 2 condutos	um/família/ano	dois/família/ano
Tratamento e obturação de conduto radicular, inclusive pulpectomia em 3 condutos	um/família/ano	dois/família/ano
Desobturação e retratamento radicular em 1 conduto	um/família/ano	dois/família/ano
Desobturação e retratamento radicular em 2 condutos	um/família/ano	dois/família/ano
Desobturação e retratamento radicular em 3 condutos	um/família/ano	dois/família/ano
<b>ODONTOPEDIATRIA</b>		
Pulpotomia em dentes decíduos	três/família/ano	seis/família/ano
Pulpotomia em dentes jovens permanentes	dois/família/ano	quatro/família/ano
Coroa de aço pré-fabricada	dois/família/ano	quatro/família/ano
Anel de aço para anteriores	dois/família/ano	quatro/família/ano
Controle de placa bacteriana	dois/família/ano	quatro/família/ano
Aplicação de cariostático	dois/família/ano	quatro/família/ano
Aplicação de selante	quatro/pessoa/ano	oito/pessoa/ano
<b>PERIODONTIA</b>		
Raspagem de tártaro sub-gengival por hermi-arcada ou de canino a canino	dois/família/ano	quatro/família/ano
Procedimentos cirúrgicos	dois/família/ano	quatro/família/ano
Profilaxia oral	dois/família/ano	quatro/família/ano
Desgaste oclusal por elemento	dois/família/ano	quatro/família/ano
Imobilização dentária por elemento	dois/família/ano	quatro/família/ano
<b>RADIOLOGIA</b>		
Radiografia periapical (1)	dois/família/ano	quatro/família/ano
Radiografia oclusal (1)	dois/família/ano	quatro/família/ano
Radiografia "Bite-Wing" (1)	dois/família/ano	quatro/família/ano
Radiografia Panorâmica (2)	dois/família/ano	três/família/ano
Radiografia cefalométrica (2)	dois/família/ano	três/família/ano
<b>CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL</b>		
Procedimentos cirúrgicos	dois/família/no	quatro/família/ano



SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**

 SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**

 ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA**

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	COBERTURAS	
	PLANO I	PLANO II
<b>ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTORA</b>		
Consulta especial	um/família/ano	dois/família/ano
Taxa de manutenção mensal	doze/família/ano	vinte e quatro / família /ano
Tipo de procedimento (correção)	um/família/ano	dois/família/ano
Modelo de estudo	um/família/ano	dois/família/ano
<b>PERIODONTIA</b>		
Raspagem de tártaro sub-gengival por hermi-arcada ou de canino a canino	dois/família/ano	quatro/família/ano
Procedimentos cirúrgicos	dois/família/ano	quatro/família/ano
Profilaxia oral	dois/família/ano	quatro/família/ano
Desgaste oclusal por elemento	dois/família/ano	quatro/família/ano
Imobilização dentária por elemento	dois/família/ano	quatro/família/ano
<b>RADIOLOGIA</b>		
Radiografia periapical (1)	dois/família/ano	quatro/família/ano
Radiografia oclusal (1)	dois/família/ano	quatro/família/ano
Radiografia "Bite-Wing" (1)	dois/família/ano	quatro/família/ano
Radiografia Panorâmica (2)	dois/família/ano	três/família/ano
Radiografia cefalométrica (2)	dois/família/ano	três/família/ano
<b>CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL</b>		
Procedimentos cirúrgicos	dois/família/no	quatro/família/ano
<b>ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTORA</b>		
Consulta especial	um/família/ano	dois/família/ano
Taxa de manutenção mensal	doze/família/ano	vinte e quatro / família /ano
Tipo de procedimento (correção)	um/família/ano	dois/família/ano
Modelo de estudo	um/família/ano	dois/família/ano

(1) As radiografias Periapical, Oclusal e "Bite-Wing" podem ser usadas umas em substituição às outras. Considerando que as três coberturas somadas dão 6/família/ano no Plano I, se for necessário, um associado poderá, por exemplo, tirar 6 periapicais/ano, perdendo, neste caso, a cobertura das demais.

(2) As radiografias Panorâmicas e Cefalométrica só serão utilizadas em casos especiais quando solicitadas pelo cirurgião buco-maxilo-facial ou pelo ortodontista, com prévia autorização do perito do Plano de Saúde.

#### 10- INTERCÂMBIO DE LIMITES

Haverá intercâmbio dos limites de que trata este ANEXO entre os participantes

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

 NORMA INTERNA DAA/001, de  
 13/01/86.

  
 ASSINADO: Milton Coelho da Silva Neto

vinculados a um mesmo Titular podendo, assim, um mesmo participante utilizar sozinho a quota familiar anual. Essa quota familiar anual é obtida multiplicando-se o número de participantes da família pelo limite individual de cada cobertura.

10.1 - Em se tratando de Logopedia e Fonoaudiologia o intercâmbio só será permitido entre os menores de 14 anos vinculados a um mesmo Titular.

10.2 - Não haverá intercâmbio de limites nos casos de parto, cesárea, aborto natural e pré-natal.

SISTEMA :  
**ADMINISTRATIVO**SUBSISTEMA :  
**RECURSOS HUMANOS**ASSUNTO :  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA****ANEXO V****EXCLUSÕES DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE**  
(Base : Regulamento do Plano)


Não estão cobertas pelo Plano de Saúde, as seguintes despesas:

- 1 - Despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas antes **do cumprimento das carências previstas** (para participantes não fundadores);
- 2 - Internação hospitalar para fins de repouso ou reabilitação geral;
- 3 - Internação, intervenção, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados a inseminação artificial e esterilização do homem ou da mulher;
- 4 - Abortos provocados ou interrupção de gravidez;
- 5 - Esterilidade masculina e feminina;
- 6 - Tratamentos, exames em geral e intervenções cirúrgicas que decorram de revolta, guerra, motim, duelo, tentativa de suicídio, serviço militar, na paz e na guerra, uso de narcóticos ou de tóxicos sem prescrição médica ou abuso de bebidas alcoólicas, e outros de atos ilícitos ou contrários à lei;
- 7 - Intervenções cirúrgicas, internações, tratamentos e exames em geral, motivados por lesões resultantes de contaminação por substâncias radiativas, envenenamento de caráter coletivo e qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, e por prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidades justificada;
- 8 - Intervenções cirúrgicas, internações, tratamentos e exames em geral, motivados por competições consideradas perigosas, tais como: competições com veículos e moto, pára-queda e outros esportes denominados "radicais";
- 9 - Todos os procedimentos médicos referentes a internamentos psiquiátricos e tratamentos psicológicos;
- 10- Check-up;
- 11-Aquisição ou aluguel de aparelhos ortopédicos em geral tais como: colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares, próteses, aparelho para surdez e órteses de qualquer natureza;
- 12-Enfermagem em caráter particular, na residência ou hospital;

DATA :

21, 05, 98

SUBSTITUI :

**NORMA INTERNA DAA/001, de 13/01/86.**  
ASSINATURA: **Luiz Coelho da Silva Neto**

- 13-Cirurgia corretiva de miopia, astigmatismo ou similares;
- 14-Cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento;
- 15-Esclerose de varizes dos membros inferiores;
- 16-Tratamento experimentais e medicamentos ainda não reconhecidos no Brasil pelo CFM - Conselho Federal de Medicina;
- 17-Expedição de laudos, pareceres, atestados médicos e certidões, para fins privativos ou oficiais;
- 18-Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo que por indicação médica;
- 19-Quaisquer serviços eventualmente prestados pelo hospital, direta ou indiretamente, e não estritamente relacionados com o tratamento do participante, considerados extraordinários, tais como: telefonemas, telegramas, acompanhantes, à exceção dos casos previstos nesta Norma;
- 20-Cirurgias estéticas, salvo as restauradoras e decorrentes de acidente coberto ocorrido na vigência do Plano de Saúde e realizadas dentro de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- 21-Qualquer procedimento médico, no caso de doação de órgãos, referente às despesas do doador;
- 22-Internação ou tratamento em hospital, ambulatório ou clínica de propriedade do Governo Federal, Estadual ou Municipal, se os serviços forem gratuitos;
- 23-Doenças congênitas, salvo os nascidos após início de cobertura do Plano de Saúde, assim considerados aqueles que apresentarem sintomatologia médica, e mediante autorização expressa da COMPREV;
- 24-Imunoterapia, inclusive tratamento de vacinas e suas conseqüências;
- 25-Tratamentos cirúrgicos para displasias mamárias e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer tratamentos e internações para emagrecimento estético em suas várias modalidades. Os casos excepcionais em que haja parecer positivo da Auditoria Médica da COMPREV, poderão ser cobertos, ouvido o Conselho de Saúde;
- 26-Consultas por telefone ou por correspondência ou quaisquer outras que não sejam diretas entre o médico e o participante do Plano de Saúde.



SISTEMA:

ADMINISTRATIVO

SUBSISTEMA:

RECURSOS HUMANOS

ASSUNTO:

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA

## ANEXO VI

## LIMITES PARA REEMBOLSO DO PLANO DE SAÚDE

## 1 - Reembolso pela Tabela SINDHOSP(PE) ou Tabela AMB/92

## 1.1 - Coberturas

Diárias Hospitalares, Serviços Auxiliares de Hospital, Atendimento Ambulatorial, Parto, Cesárea e Aborto Natural.

## 1.2 - Valores para cada cobertura acima:

Plano I - Até 1,00 (uma vez) x Tabela SINDHOSP(PE) ou 1,00 x Tabela AMB/92

Plano II - Até 2,50 (duas vezes e meia) x Tabela SINDHOSP(PE) ou 2,50 x Tabela AMB/92

## 2 - Reembolso pela Tabela AMB/92

## 2.1 - Coberturas

Honorários Cirúrgicos, Exames Complementares para Diagnóstico, Consultas e/ou Visitas Médicas, Fonoaudiologia e Logopedia (sessão) e Fisioterapia (sessão), Pré-Natal (consultas, ultra-sonografia), Quimioterapia (sessão), Betaterapia (sessão) e Radioterapia (sessão).

## 2.2 - Valores para cada cobertura acima

Plano I - Até 1,00 x Tabela AMB/92

Plano II - Até 2,50 x Tabela AMB/92

## 2.3 - Observações

2.3.1 - Nos honorários cirúrgicos estão previstas as despesas com o cirurgião, o anestesista e os assistentes. O valor total reembolsável ao cirurgião principal é resultado da multiplicação do valor do CH (coeficiente de honorários), expresso em real, pelos índices atribuídos a cada procedimento da Tabela de Honorários Médicos, que apresenta condições de atendimento, nomenclaturas e valores idênticos aos da Tabela AMB/92. Os valores máximos previstos para os auxiliares são percentuais em relação aos honorários do cirurgião principal, conforme segue:

- . até 30% - para o primeiro auxiliar e o anestesista;
- . até 20% - para o segundo e terceiro auxiliar;

DATA:

21, 05, 98

SUBSTITUI:

NORMA INTERNA DAA/001, de  
13/01/86.

ASSINATURA    
Diretor de Gestão

As despesas com tratamento pós-operatório, realizado pelo cirurgião principal ou seus auxiliares (assistentes) são considerados como despesas inclusas nos honorários cirúrgicos. Igualmente, testes alérgicos e exames realizados no hospital, incluem-se nos serviços auxiliares de hospital. O valor máximo de reembolso de uma visita médica no domicílio do participante é de 1,5 (uma vez e meia) o valor da consulta realizada no consultório.

2.3.2 - O limite de reembolso para cada sessão de Fisioterapia é de 80% (oitenta por cento) do valor fixado para uma visita médica no consultório. O reembolso com tratamento de fisioterapia se refere a doença, ou acidente coberto pelo Plano de Saúde. Os tratamentos somente serão reembolsados se solicitados pelo médico atendente, dentro de 90 (noventa) dias, a partir da data do evento, e ministrados por Fisioterapeuta habilitado.

2.3.2 - O limite de CH por consulta médica e ultra-sonografia, para fins de pré-natal é o mesmo de uma consulta médica no consultório.

### 3 - Tabela GREMES

#### 3.1 - Coberturas

Eventos Odontológicos

3.2 - Valores para cada cobertura acima:

Plano I - Até 1,00x Tabela GREMES

Plano II - Até 2,50 x Tabela GREMES

### 4 - Ambulância

O valor máximo para reembolso de uma viagem de ambulância é de até 750 CH (coeficiente de honorários).

### 5 - Observações Gerais

5.1- Não obstante as facilidades com relação ao sistema de reembolso, os participantes, além dos limites de valores constantes deste ANEXO, terão que, em qualquer hipótese, observar atentamente os limites de cobertura fixados no ANEXO IV.

5.2 - Os procedimentos cobertos pelo Plano de Saúde, não incluídos nas tabelas citadas neste ANEXO, serão reembolsados por equiparação.