

SUMÁRIO

I - DIRETORIA	01
II - ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA À DIRETORIA DA ANAC	
a) Gabinete	S/A
b) Assessoria de Relações com Usuários	S/A
c) Assessoria Parlamentar	S/A
d) Assessoria de Comunicação Social	S/A
e) Assessoria Técnica	S/A
f) Ouvidoria	S/A
g) Corregedoria	S/A
h) Procuradoria	S/A
i) Auditoria Interna	S/A
j) Gerência-Geral de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos	S/A
k) Gerência-Geral de Certificação de Produtos Aeronáuticos	S/A
III - ÓRGÃOS ESPECÍFICOS	
a) Superintendência de Serviços Aéreos	
b) Superintendência de Infra-Estrutura Aeroportuária	S/A
c) Superintendência de Segurança Operacional	S/A
d) Superintendência de Relações Internacionais	S/A
e) Superintendência de Estudos, Pesquisas e Capacitação para a Aviação Civil	S/A
f) Superintendência de Administração e Finanças	01
IV - GERÊNCIAS REGIONAIS	
a) GER 1 (PA,MA,AP)	
b) GER 2 (PI,CE,RN,PE,PB,AL,SE)	S/A
c) GER 3 (RJ,ES,MG)	S/A
d) GER 4 (SP)	S/A
e) GER 5 (RS,SC,PR)	S/A
f) GER 6 (DF,GO,TO,MT,MS)	S/A
g) GER 7 (AM,AC,RO,RR)	S/A
V- ÓRGÃOS COLEGIADOS	
a) Conselho Consultivo	
b) Plenário	S/A
	S/A

I – DIRETORIA**1 - PORTARIA Nº 312, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006**

O DIRETOR-PRESIDENTE, DA AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL, no uso das atribuições que lhes conferem o inciso I do art. 35 e inciso IV e V do art. 36, ambos do Decreto nº. 5.731, de 20 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Instituir grupo de trabalho com a finalidade de desenvolver estudos sobre a alteração do peso máximo de franquia de bagagem, objetivando, inclusive, adequar novo limite a demandas e necessidades atuais do mercado.

Art. 2º Integrarão este Grupo de Trabalho os servidores abaixo relacionados que, sob a coordenação do Sr. Superintendente de Serviços Aéreos, desenvolverão os estudos e trabalhos com vistas a cumprir os fins propugnados no art. 1º desta Portaria:

Mário Roberto Gusmão Paes, matrícula SIAPE nº. 1336593;
Guttemberg Rodrigues Pereira, matrícula SIAPE nº 0210638;
Elanir da Silva Mendonça, matrícula SIAPE nº. 1534185,
Luiz Felipe da Cunha Neves Gonzaga, matrícula SIAPE nº. 0949298;
Márcia Petiz Amarante de Souza, matrícula INFRAERO nº. 703741;
Mauro Ribeiro de Assis, matrícula SIAPE nº.1541415;
Valdir Lemos Padilha, matrícula SIAPE nº. 1531095.

Art. 3º É fixado o prazo de trinta dias, findos os quais o Grupo de Trabalho deverá apresentar sua conclusão à Diretoria da Agência Nacional de Aviação Civil, acompanhada da minuta de diploma legal hábil a disciplinar o assunto.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MILTON ZUANAZZI
Diretor-Presidente

III – ÓRGÃOS ESPECÍFICOS**Superintendência de Administração e Finanças****1 – PORTARIA Nº 309, DE 09 DE OUTUBRO DE 2006**

O SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS, tendo em vista aprovação da Diretoria Colegiada ocorrida na Reunião do dia 6 de junho de 2006, o disposto no art. 87 e inciso I do art. 102 do Regimento Interno e o que consta do Processo nº 60800.000078/2006-DV, resolve:

Art. 1º Estabelecer os procedimentos e as condições para operacionalização do Plano de Saúde da ANAC - PSA, que engloba Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica visando atender aos servidores da Agência Nacional de Aviação Civil, seus dependentes, legalmente constituídos, com cobertura em todo o território nacional, conforme Anexo I desta Portaria.

LUIZ ANTONIO DE SOUZA CORDEIRO
Superintendente de Administração e Finanças

ANEXO À PORTARIA Nº 309, DE 09 DE OUTUBRO DE 2006

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O PLANO DE SAÚDE da ANAC - PSA facultará assistência médico-hospitalar e odontológica aos servidores e seus dependentes, legalmente constituídos, e será fornecida por entidade contratada mediante o cumprimento das diretrizes definidas nesta Instrução Normativa.

Art. 2º A assistência médico-hospitalar e odontológica dos servidores e de seus dependentes terá cobertura em todo território nacional, abrangendo procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, atendimentos de urgência e emergência e atendimento odontológico.

Art. 3º São beneficiários da assistência médico-hospitalar e odontológica, todos os usuários inscritos no PSA, seja na condição de beneficiários titulares seus dependentes legalmente constituídos e pensionistas.

DOS PLANOS

Art. 4º O PSA facultará assistência médico-hospitalar e odontológica mediante a adesão do servidor a um dos planos a seguir:

a) **PLANO A** - Plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em apartamento individual com banheiro privativo e com direito a leito para o acompanhante sem os demais ônus para o estabelecimento hospitalar.

b) **PLANO B** - Plano Ambulatorial e, com acomodação em enfermaria.

c) **PLANO C** - Plano Hospitalar com acomodação em enfermaria, incluindo consultas médicas com ginecologista/obstetra durante o transcorrer do processo gestacional e os exames ultrassonográficos, obstétricos e laboratoriais necessários para o acompanhamento da gestação.

d) **PLANO D** – Plano Odontológico, compreendendo todos os procedimentos realizados em consultório, incluindo Exame Clínico, Radiologia, Prevenção, Dentística, Endodontia, Periodontia e Cirurgia. (odontológico)

I - São excluídos do Plano C:

a) consultas médicas, exceto as previstas na alínea “c” do art. 4º;

b) hemodiálise e diálise peritoneal-CAPD, quimioterapia, radioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, hemoterapia e qualquer outra terapia realizada em regime ambulatorial;

c) serviços auxiliares de diagnose, exceto os realizados durante o período de internação hospitalar, durante o atendimento de urgência e emergência em pronto socorro e aqueles considerados na cobertura pré-natal descritos na alínea “c” do art. 4º.

DOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS

Art. 5º Serão assegurados aos usuários do **PSA**, os serviços para atendimento de qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (AIDS) e suas complicações, desde que constem ou venham a constar do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde.

§ 1º O - **PSA** prevê também atendimento médico de emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

§ 2º O servidor que pretender sua exclusão do **PSA** deverá formalizar seu pedido junto à área de Recursos Humanos, devolvendo, no mesmo ato, a sua carteira de identificação e as de seus dependentes.

§ 3º Será exigida, pela entidade contratada, autorização prévia para os procedimentos médicos, serviços auxiliares e exames complementares, a seguir descritos:

- a) Acupuntura;
- b) Angiografia;
- c) Angiografia Digital;
- d) Arteriografia;
- e) Audiometria;
- f) Bioimpedanciometria;
- g) Braquiterapia;
- h) Cardiotocografia;
- i) Cirurgia Ambulatorial com Porte Maior que Zero;
- j) Cirurgia de Refração em Oftalmologia;
- k) Cirurgias em Geral;
- l) Densitometria Óssea;
- m) Diálise (Peritonial);
- n) Ecocardiografia;
- o) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter);
- p) Eletrococleografia;
- q) Eletromiografia;
- r) Eletroneurografia;
- s) Endoscopias Diagnósticas (Digestiva, Ginecológica, Respiratória e Urológica);
- t) Endoscopias Terapêuticas (Digestiva, Ginecológica, Respiratória e Urológica);
- u) Estudo Hemodinâmico;
- v) Fisioterapia;
- u) Fluoresceinografia;
- x) Hemodiálise;
- w) Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia, Cateterismo Cardíaco);
- y) Hemofiltração;
- z) Hemoterapia;
- z1) Internação;
- z2) Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
- z3) Litotripsia;
- z4) Medicina Nuclear;
- z5) Monitoração de pressão intracraniana;
- z6) Neurofisiologia Clínica;
- z7) Neuroradiologia;

- z8) Oxigênio Terapia Hiperbárica;
- z9) Polissonografia;
- z10) Psicomotricidade;
- z11) Psicoterapia de Crise;
- z12) Quimioterapia;
- z13) Radiologia Intervencionista;
- z14) Radioterapia;
- z15) Remoção;
- z16) Ressonância Nuclear Magnética;
- z17) Teste de Função Pulmonar;
- z18) Tilt-tests;
- z19) Tomografia Computadorizada;
- z20) Transplantes de Rins e Córneas;
- z21) Ultrassonografia;
- z22) Video-Laparoscopia.

Art. 6º O **PSA** prevê o custeio das despesas referentes aos benefícios abaixo, prestados pela rede credenciada, nas seguintes condições:

I - Nos Serviços Ambulatoriais, considerados os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos Médicos, da ANS, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, na rede credenciada;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, com ou sem porte anestésico, solicitados pelo médico assistente;

c) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

I - hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

II - quimioterapia ambulatorial;

III - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

IV - hemoterapia ambulatorial;

V - cirurgia oftalmológica ambulatorial;

d) - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação.

II - Nos Serviços Hospitalares, cobertura de internações hospitalares, sem limitações de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo os procedimentos obstétricos, na rede credenciada.

a) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitações de prazo, valor máximo ou quantidade, a critério do médico assistente do paciente;

b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente;

c) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente do paciente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

d) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária pelo médico assistente do paciente, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional;

e) cobertura de despesas com leito e alimentação de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos;

I - para todos os acompanhantes de usuários do Plano A, não previstos na alínea "e" acima, fica garantida a disponibilidade de leito, sem despesas com alimentação.

f) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada, em nível de internação hospitalar:

I - hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;

II - quimioterapia e oxigenoterapia hiperbárica;

III - radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia

IV - hemoterapia;

V - nutrição parenteral ou enteral;

VI - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

VII - embolizações e radiologia intervencionista;

VIII - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

IX - fisioterapia;

X - próteses intra-operatórias;

XI - material de osteossíntese, tais como: placas, parafusos e pinos;

XII - transplantes de rins e córneas serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação exceto medicação de manutenção; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;

XIII - procedimentos obstétricos;

XIV - cirurgia plástica, reparadora, quando necessária à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência deste Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anátomo-patológico, após cumpridos os prazos de carências;

XV - serviços auxiliares de diagnose, decorrentes de patologias catalogadas no CID 10;

g) procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

h) procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 7º Os beneficiários do **PSA** classificam-se em:

- a) beneficiários titulares;
- b) beneficiários dependentes;
- c) pensionistas.

Art. 8º São considerados beneficiários titulares:

- a) servidores ativos e inativos dos Quadros Efetivo e Especifico da Agência;
- b) servidores nomeados sem vínculo ou requisitados para o desempenho de cargos comissionados da ANAC, desde que, comprovadamente, não usufruam o mesmo benefício em nenhum outro órgão da Administração Pública.

Art. 9º São considerados beneficiários dependentes:

- a) filho, enteado e menor sob guarda ou tutela e todas as demais formas legais, solteiros até 18 (dezoito) anos completos ou até 24 (vinte e quatro) anos completos, universitários, sem economia própria, ou filho inválido solteiro, sem limite de idade;
- b) cônjuge ou companheira (o);
- c) pai e mãe, sem economia própria, sem limite de idade, sem benefício equivalente e, comprovadamente, dependente do servidor;
- d) irmãos, comprovadamente inválidos, sem limite de idade, desde que os pais sejam dependentes econômicos do beneficiário titular.

Art. 10. É da responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à área de Recursos Humanos da ANAC, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

Art. 11. Para fim do **PSA**, considera-se sem economia própria, aquele dependente que não recebe pensão, ou rendimentos de qualquer natureza, e, caso os receba, o valor total deverá ser inferior a 2 (dois) salários mínimos brutos.

Art. 12. A invalidez determina a dependência, desde que seja de caráter definitivo e permanente.

DOS OUTROS BENEFICIÁRIOS

Art. 13. São considerados beneficiários os Pensionistas, ou seja as pessoas habilitadas pela ANAC para percepção de pensão, na forma da legislação.

DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO

Art. 14. A inclusão do usuário no **PSA** far-se-á a pedido do interessado, mediante manifestação expressa junto à Gerência-Geral de Recursos Humanos da ANAC.

Art. 15. Os usuários disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de assinatura do contrato, para solicitarem as suas inclusões, e de seus dependentes, se for o caso, no **PAS**, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados

Parágrafo único. A alteração de Plano só será permitida se solicitada nos primeiros 90 (noventa) dias estabelecidos, desde que não tenha ocorrido qualquer utilização no plano anterior.

Art. 16. Os servidores ativos, que vierem a entrar em exercício na ANAC após o prazo a que se refere o Art. 14, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitar a sua inclusão e a dos seus dependentes no **PSA**, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.

Art. 17. Os pensionistas que adquirirem essa condição após a data a que se refere o art. 15, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data da habilitação, para solicitarem a sua inclusão no **PSA**, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.

Art. 18. Os servidores ativos, incluídos no **PSA**, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitada expressamente a sua exclusão, o que implicará na exclusão, também, dos seus dependentes.

Art. 19. Os usuários que forem cadastrados após os prazos estipulados nos art. 15 e 16 ficarão sujeitos ao período de carência estabelecido, salvo quanto à inclusão de filho recém nascido, filho natural e filho adotivo, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.

Art. 20. A reinclusão de usuários, de qualquer natureza, só poderá ocorrer após 90 (noventa) dias a contar da data do pedido de exclusão, ficando sujeita às carências estabelecidas.

DO DESLIGAMENTO

Art. 21. Cessará o direito, do usuário titular e de todos os beneficiários a ele vinculados, de usufruírem o **PSA**, a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à entidade contratada, da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:

- a) licenças e afastamentos sem remuneração;
- b) exoneração, demissão, transferência, dispensa, redistribuição, de acordo com a Lei nº 9.656/93, em seu artigo 30;
- c) cancelamento voluntário da inscrição;
- d) falecimento.

Parágrafo único. Na situação prevista na alínea “c” do art. 21, se tiver ocorrido internação, a exclusão do beneficiário somente será permitida se já tiver sido cumprido o prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de permanência.

DA CARÊNCIA

Art. 22. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do **PSA**:

- a) dos usuários inscritos no **PSA**, na forma prevista nos artigos 14 e 15 desta IN.
- b) situações de urgência ou emergência, desde que ocorram 24 (vinte e quatro) horas após a comunicação formal de inclusão do usuário no **PSA**, à entidade contratada, limitadas às 12 (doze) primeiras horas.

§ 1º Entende-se por situação de emergência e urgência:

- a) de emergência - quando implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) de urgência - os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 2º Nos casos abaixo relacionados, os usuários citados nos art. 19 e 20 deverão cumprir, no máximo, as seguintes carências:

- a) consultas e exames laboratoriais de análises clínicas e patológicas - 30 (trinta) dias, após a inclusão no **PSA**;
- b) exames, tratamentos, internações hospitalares - 180 (cento e oitenta) dias, após a inclusão no **PSA**;
- c) partos a termo – 300 (trezentos) dias após a inclusão no **PSA**.

DOS ATENDIMENTOS PSIQUIÁTRICOS

Art. 23. Os atendimentos psiquiátricos serão facultados nas seguintes situações:

a) transtornos psiquiátricos em situação de crise - custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, por usuário, em hospital psiquiátrico, unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral;

b) intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização - custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, por usuário, em hospital geral;

c) atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

DAS REMOÇÕES

Art. 24. Serão realizadas as remoções, observados os seguintes critérios:

a) quando solicitada pelo médico assistente do paciente, através de relatório em que seja evidenciada a impossibilidade de locomoção do usuário;

b) quando realizada de um estabelecimento médico - hospitalar, para outro com condições técnicas de prestar o atendimento necessário;

c) caso haja necessidade de UTI e/ou acompanhamento médico, o relatório de solicitação do serviço deverá conter tal especificação;

d) ser destinada ao atendimento do usuário durante evento coberto, desde que cumpridas possíveis carências contratuais.

DO REEMBOLSO DE DESPESAS

Art. 25. Todos os reembolsos serão efetuados mediante depósito bancário em conta corrente do beneficiário titular.

I - Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede credenciada da entidade contratada, o reembolso das despesas efetuadas pelo usuário será feito de acordo com a tabela de preços praticada pela referida empresa, nos planos contratados, pagável no prazo máximo de 20 (vinte) dias consecutivos, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento.

II - Nos locais onde não exista rede credenciada pela entidade contratada ou em situações que impeçam o atendimento por ela (greves, paralisações, etc.), o reembolso das despesas comprovadas pelo usuário deverá ser pago pelo múltiplo de 2 (duas) vezes o valor da tabela da entidade contratada, no prazo máximo de 20 (vinte) dias consecutivos a contar da data de apresentação do comprovante do pagamento.

DAS EXCLUSÕES

Art. 26. Não serão cobertos pelo PSA:

a) procedimentos médico-hospitalares ainda pendentes do cumprimento de carências;

b) cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica, e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que tenha se manifestado anteriormente à vigência do Contrato;

- c) procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como o fornecimento de aparelhos estéticos, órteses e próteses, e/ou aparelhos usados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico;
- d) pagamento de armações para óculos;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pela ANS;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pela ANS;
- g) materiais e medicamentos importados não nacionalizados;
- h) internações para check-up médico (internação sem que o paciente apresente doença ou sintoma);
- i) despesas hospitalares extraordinárias, tais como: telefonemas, aluguel de televisão, refrigerantes, bebidas alcoólicas, lavagem de roupas, flores, gorjetas e indenizações ou destruição de objetos, bem como despesas com enfermagem particular, ainda que em hospital;
- j) curativos e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;
- k) aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de internação hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador;
- l) inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade;
- m) vasectomia com finalidade de anticoncepção;
- n) laqueadura e suas reversões, para fins anticonceptivos;
- o) provas de paternidade.
- p) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pela ANS;
- q) remoções para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos não cobertos pelo Contrato;
- r) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CRM);
- s) internações clínicas ou cirúrgicas e procedimentos de diagnose e terapia não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente do paciente;
- t) qualquer despesa com acompanhantes, exceto para os casos previstos no Plano A;
- u) consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular e Terapia Ocupacional;
- v) procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos Médicos, para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento.

DO CUSTEIO DO BENEFÍCIO

Art. 27. O servidor participará do custeio do benefício do PAS, mediante consignação mensal em folha de pagamento, per capita, conforme Plano escolhido, por faixa etária, do titular e dependentes, observado a Tabela constante do anexo I desta IN.

DA ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA

Art. 28. O Plano D facultará as seguintes coberturas:

I - Respeitados os prazos de carência e os limites estabelecidos serão asseguradas aos usuários as seguintes coberturas para Serviços Odontológicos realizados em consultório, listados no Rol de Procedimentos, desde que prestados por clínicas de odontologia ou odontólogos devidamente registrados no CRO, mediante apresentação da carteira de identificação:

- a) Consultas e Exames Auxiliares ou Complementares;

- b) Procedimentos Preventivos;
- c) Dentística;
- d) Endodontia;
- e) Periodontia;
- f) Cirurgia Oral Menor;
- g) Cirurgia Buco-maxilo-facial.

II - São consideradas consultas odontológicas os exames clínicos e diagnósticos odontológicos para orçamento e tratamento, inclusive radiografias periapicais;

III - A primeira consulta comporta o exame, o diagnóstico, o preenchimento da Ficha Odontológica e o plano de tratamento.

IV - É considerada Consulta de Emergência todo o atendimento que não configure passo intermediário e/ou final de tratamento.

V - O ônus decorrente de falta à consulta odontológica será de responsabilidade exclusiva do USUÁRIO.

VI - São considerados Procedimentos Emergenciais:

- a) sedação da dor;
- b) curativo pós-operatório;
- c) hemorragia;
- d) sutura;
- e) pulpotomia;
- f) pulpectomia;
- g) drenagem de abscesso via intra-oral ou extra-oral;
- h) alveolite;
- i) recolocação de próteses;
- j) exodontia simples.

VII - O atendimento em casos de emergência é considerado consulta odontológica, independente do procedimento realizado, do local ou horário de atendimento, excetuando as radiografias pré e pós operatórias nos casos de pulpotomias, pulpectomias e cirurgia oral menor.

VIII - A Assistência Preventiva compreende os procedimentos de orientação bucal e técnica de escovação, raspagem supragengival e polimento, aplicação tópica de flúor, remineralização dentária de esmalte e controle de placa bacteriana.

IX - Os procedimentos referentes a raspagens e polimentos da coroa dental terão cobertura exclusivamente quando realizados em intervalo mínimo de seis (seis) meses.

X - O procedimento de aplicação de selante só terá cobertura para contratantes com até 14 (quatorze) anos de idade, e em número máximo de uma vez ao ano.

XI - Os procedimentos de Dentística Restauradora são as obturações simples com:

- a) resinas compostas fotopolimerizáveis para classe V (dentes anteriores e posteriores);
- b) resinas compostas fotopolimerizáveis para classe III e IV (dentes anteriores);
- c) amálgama de prata para classe I ou II (uma ou mais faces dos dentes posteriores);
- d) ionômetro de vidro.

XII - As Restaurações incluem o preparo cavitário, forramento, material restaurador e anestesia, para fins de determinação dos valores aos credenciados e para reembolso em caso de livre escolha.

XIII - São considerados procedimentos Odontopediátricos:

- a) aplicação tópica de flúor para contratantes até 14 (quatorze) anos de idade;
- b) obturação com amálgama de prata (uma ou duas faces);
- c) restauração fotopolimerizável classe III e IV ;
- d) restauração fotopolimerizável somente dos 6 (seis) dentes anteriores permanentes;

- e) obturação com resinas compostas ativadas quimicamente;
- f) mumificação pulpar;
- g) pulpotomia;
- h) exodontia;
- i) selantes

XIV - A Profilaxia está incluída na aplicação tópica de flúor e no uso de selantes para os usuários com idade de até 14 (quatorze) anos, não podendo ser cobrada separadamente.

XV - Para fim de adaptação ao tratamento, incluindo a confecção da Ficha Odontológica, terão cobertura de, no máximo, 2 (duas) consultas iniciais;

XVI - São considerados procedimentos Endodônticos:

- a) capeamento;
- b) pulpectomia em emergência;
- c) tratamento e obturação de canal (um, dois, três ou mais canais);
- d) cirurgia paraendodôntica.

XVII - As radiografias necessárias para o diagnóstico, acompanhamento e controle dos tratamentos odontológicos serão cobertas pela entidade contratada.

XVIII - Os tratamentos endodônticos incluem a abertura, a curetagem, a manipulação dos condutos, medicação utilizada no consultório, material obturador e anestesia com o objetivo de pagamento ao credenciado e para reembolso ao USUÁRIO.

XIX - Nos tratamentos endodônticos é obrigatória a realização e apresentação de, no mínimo, uma radiografia inicial e uma radiografia final, além das radiografias necessárias ao tratamento.

XX - Nos tratamentos endodônticos, o número máximo para cobertura de radiografias é o seguinte:

- a) para dentes uniradiculares: 3 (três) radiografias;
- b) para dentes multi-radiculares: 5 (cinco) radiografias.

XXI - O capeamento somente será considerado para cobertura em caso de exposição pulpar, comprovada por radiografia.

XXII - A pulpotomia, a mumificação pulpar e o tratamento de canal em dente decíduo poderão ser realizados por odontopediatras ou endodontistas.

XXIII - O tratamento endodôntico não concluído, devido ao abandono do USUÁRIO, será de responsabilidade do mesmo, no valor de 50% (cinquenta por cento) do valor total estipulado no plano de tratamento.

XXIV - O tratamento Periodontal compreende a confecção de Ficha Odontológica, discriminando as bolsas periodontais, diagnóstico e plano de tratamento, para os seguintes procedimentos

- a) tratamento não cirúrgico da periodontite leve;
- b) tratamento cirúrgico e não cirúrgico da periodontite avançada;
- c) gengivectomia;
- d) aumento da coroa clínica;
- e) fixação temporária com fio de aço e/ou resina acrílica ou fotopolimerizável.

XXV - O tratamento não cirúrgico da periodontite inclui a raspagem sub ou supra gengival, além da profilaxia e polimento coronário, não podendo ser cobrados ou reembolsados separadamente.

XXVI - O tratamento da Gengivite inclui raspagem supra gengival, profilaxia e polimento coronário, não podendo ser cobrados ou reembolsados separadamente.

XXVII - O controle de placa bacteriana poderá ser cobrado somente nos casos de periodontite avançada, comprovado por radiografias em número máximo de 3 (três) sessões.

XXVIII - As cirurgias gengivais incluem as raspagens sub e supra gengivais, não podendo ser cobradas ou reembolsadas separadamente.

XXIX - Os procedimentos de anestesia, sutura, colocação ou troca e remoção de cimento cirúrgico, curativos e revisão clínica estão incluídos nas intervenções cirúrgicas, não podendo ser cobrados ou reembolsados separadamente.

XXX - A Cirurgia Oral Menor compreende os procedimentos de pequeno porte realizados em consultório.

XXXI - A infiltração local, anestesia troncular, materiais utilizados, o ato cirúrgico, além dos cuidados pré e pós operatórios estão incluídos nos atos de Cirurgia Oral Menor, não podendo ser cobrados ou reembolsados separadamente.

XXXII - É indispensável à apresentação de radiografias, antes e após as cirurgias para os seguintes procedimentos:

- a) alveoplastia;
- b) apicetomia;
- c) exodontia (todos os tipos);
- d) remoção de cálculo salivar;
- e) redução de fraturas;
- f) remoção de cistos.

DOS PRAZOS DE CARÊNCIA DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Art. 29. Os usuários que forem cadastrados após os prazos estipulados ficarão sujeitos ao período de carência estabelecido a seguir descritos, salvo quanto à inclusão de filho recém nascido, filho natural e filho adotivo, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.

- a) 24 (vinte e quatro) horas - Atendimento de Emergência;
- b) 60 (sessenta) dias - Assistência Preventiva;
- c) 90 (noventa) dias - Dentística Restauradora e Odontopediatria;
- d) 120 (cento e vinte) dias - Cirurgia Oral Menor;
- e) 180 (cento e oitenta dias) - Endodontia e Periodontia.

Art. 30. A reinclusão de usuários, de qualquer natureza, só poderá ocorrer após 90 (noventa) dias a contar da data do pedido de exclusão, ficando sujeita às carências estabelecidas.

DESPESAS SEM COBERTURA

Estão excluídas da cobertura as despesas referentes a:

I - Próteses:

- a) planejamento (modelos de estudo, montagem em articulador);
- b) encerramento de diagnóstico;
- c) ajuste oclusal;
- d) restauração metálica fundida;
- e) restauração inlay onlay de porcelana ou resina (artiglass, solidex);
- f) núcleo metálico fundido; coroa provisória;
- g) coroas de jaqueta acrílica. metalo plástico, metalo cerâmica, cerâmica pura, venner, total metálica. 3/4 (três quartos) e 4/5 (quatro quintos);
- h) facetas laminadas de porcelana ou resina;

- i) próteses fixas;
- j) próteses parciais removíveis provisórias ou definitivas;
- k) prótese total;
- l) casquete de moldagem;
- m) guia cirúrgico para prótese total imediata;
- n) placa de mordida miorreaxante;
- o) conserto de próteses total ou parcial (inclusive substituição de dentes).

II - Ortodontia:

- a) aparelho extra bucal;
- b) palatino ou arco lingual;
- c) placa labial ativa;
- d) desjuntor palatino;
- e) quadri-hélice;
- f) grade palatina fixa;
- g) grade palatina móvel;
- h) placa de hováey e aparelho para pequenos movimentos;
- i) mentoneira;
- j) ortopedia funcional dos maxilares;
- k) bionato de balers-monobloco planos, bimeter frankei ou similares;
- l) aparelho ortodôntico fixo ou total ou parcial;
- m) manutenção mensal de aparelho móvel ou fixo;
- n) implantodontia.

III - Implantes Osteointegrados de qualquer espécie.

IV - Estética:

- a) clareamento dental total ou parcial;
- b) clareamento de um elemento dentário por escurecimento endodôntico.

V - Tratamento experimental.

VI - Procedimentos para fins estéticos.

VII - Medicamentos importados não nacionalizados, ainda que necessários aos procedimentos odontológicos previstos no contrato a ser firmado.

VIII - Próteses e seus acessórios, ainda que necessários aos procedimentos odontológicos.

IX - Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

X - Atendimentos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando assim declarados pelas autoridades competentes.

XI - Todo e qualquer procedimento, honorários e exames odontológicos executados fora do território nacional, sob qualquer pretexto ou justificativa.

DA PERÍCIA

Art. 31. As atividades periciais serão executadas pela Perícia Interna ou pela Perícia Externa.

I - A Perícia Interna será executada por Analistas Odontólogos da entidade contratada e a Perícia Externa será executada por Peritos Credenciados para os casos de divergência quanto aos procedimentos odontológicos.

II - As Cirurgias Periodontais estão isentas de perícia inicial, sendo imprescindível a perícia final, incluindo as radiografias inicial e final, para análise clínica e comprovação da execução dos procedimentos indicados na Ficha Odontológica e no Plano de Tratamento.

III - Os atendimentos de Emergência ficam isentos de perícia inicial.

IV - As exodontias e demais procedimentos cirúrgicos, limitados e especificados para que possam ser comparados radiograficamente, estão isentos de perícia inicial e final, sendo imprescindíveis a apresentação das radiografias pré e pós operatórias.

V - Para os tratamentos endodônticos, isentos de perícia inicial e final, é imprescindível anexar as radiografias (inicial e final) à Ficha Odontológica para avaliação do tratamento executado.

VI - Os procedimentos isentos de Perícia serão fiscalizados, quando da revisão técnica, pelos Analistas Odontólogos da entidade contratada.

VII - O usuário que utilizar os Serviços Odontológicos de maneira imoderada, supérflua ou indevida será submetido à Perícia e Auditoria a ser executada pela entidade contratada, que independente de justificativa e prévia concordância poderá cobrar os gastos excessivos ou irregulares.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32. Incorrerá em falta grave o servidor que omitir ou prestar informações falsas ou incorretas, respondendo civil, penal e administrativamente pelos efeitos delas decorrentes.

Art. 33. Os casos omissos e as situações consideradas especiais serão examinados pela Gerência-Geral de Recursos Humanos e submetidos à consideração do Superintendente de Administração e Finanças.

HENRIQUE AUGUSTO GABRIEL
Secretário-Geral