

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 1/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

## 1 OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para a cobertura parcial de despesas com assistência à saúde.

## 2 CONCEITOS

### 2.1 Acidente de trabalho

É o acidente que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

#### 2.1.1 Acidente de trabalho de trajeto

É o acidente de trabalho ocorrido no deslocamento habitual do beneficiário da residência para o local de trabalho, e deste para a residência.

#### 2.1.2 Doença ocupacional ou do trabalho

É aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado.

#### 2.1.3 Doença profissional

É aquela produzida e desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar de atividade constante definida na legislação específica vigente.

### 2.2 Análise médica/odontológica

É o parecer técnico efetuado pela equipe médica da empresa ou por profissionais designados, visando adequar os procedimentos médicos e odontológicos às normas da empresa.

### 2.3 Aparelho ortopédico

São as próteses, órteses, imobilizações e botas destinadas à substituição ou complementação das funções normais ou à correção ou compensação de deficiências físicas.

### 2.4 Armação, lente e prótese corretoras da visão

São os aparelhos e materiais destinados à correção dos defeitos ou compensação de problemas relacionados com a visão.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 2/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

## **2.5 Assistências e tratamentos médicos**

### **2.5.1 Acupuntura**

É atendimento prestado por médico habilitado, baseado em técnica que consiste na introdução de agulhas em pontos cutâneos precisos, para tratamento de patologias osteomusculares, reumatológicas e neurológicas.

### **2.5.2 Assistência anestésica**

É o atendimento prestado por anestesiológico durante o ato cirúrgico ou tratamentos especializados que requeiram técnica anestésica.

### **2.5.3 Assistência cirúrgica**

É o atendimento prestado por médico, compreendendo consulta, procedimento cirúrgico e acompanhamento pós-operatório.

### **2.5.4 Assistência clínica**

É o atendimento prestado por médico compreendendo consulta, visita hospitalar ou domiciliar.

### **2.5.5 Assistência obstétrica**

É o atendimento prestado por médico, que objetiva cuidados gerais à gestante, no sentido de proporcionar condições adequadas à evolução da sua gestação até o parto.

### **2.5.6 Diagnose/terapia e tratamento seriado em regime ambulatorial**

É o atendimento prestado por profissionais habilitados necessário ao esclarecimento do diagnóstico e controle de doenças, desde que constantes na tabela praticada pela empresa, mediante recomendação médica.

### **2.5.7 Escleroterapia**

É o atendimento prestado por médico habilitado nas áreas de angiologia e cirurgia vascular.

### **2.5.8 Fonoaudiologia**

É o atendimento prestado por profissionais habilitados com técnicas especiais utilizadas na terapia da palavra.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 3/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

## **2.5.9 Medicina física e reabilitação - fisioterapia**

É o atendimento prestado por profissionais habilitados para execução de tratamento indicado em patologias do aparelho locomotor e de outros, visando à reabilitação funcional do órgão lesionado, utilizando-se de técnicas específicas para esta finalidade.

### **2.5.10 Programa psicopedagógico**

É o atendimento prestado por profissionais habilitados a beneficiários portadores de deficiência mental e/ou física, com repercussões psicossociais que exijam cuidados especializados.

#### **2.5.10.1 Ensino pedagógico**

É atendimento prestado por profissionais habilitados para escolarização especial/tradicional de portadores de deficiência física e/ou mental, com repercussão psicossocial.

#### **2.5.10.2 Terapia ocupacional**

É o atendimento prestado por profissionais habilitados para tratamento dos problemas e distúrbios emocionais e/ou comportamentais com utilização de técnicas específicas ligadas à ocupação/trabalho.

#### **2.5.11 Psicoterapia**

É o atendimento prestado por profissionais habilitados para tratamento dos problemas e distúrbios emocionais, com utilização de técnicas específicas determinantes da saúde mental do indivíduo.

## **2.6 Assistência odontológica**

### **2.6.1 Tratamentos clínicos**

São os tratamentos em: Cirurgia Buco-maxilo-facial, Endodontia, Dentística, Imaginologia/Radiologia, Odontopediatria, Ortodontia e/ou Ortopedia Funcional dos Maxilares, Periodontia, Próteses e Prevenção.

#### **2.6.1.1 Cirurgia buco-maxilo-facial**

É a cirurgia que abrange a região da face e da boca.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 4/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

#### **2.6.1.2 Dentística**

É a especialidade da odontologia dedicada a restabelecer a função de mastigação e estética perdidas.

#### **2.6.1.3 Endodontia**

É o tratamento de canal e procedimentos correlatos.

#### **2.6.1.4 Periodontia**

É o tratamento das áreas periodontais (gengivas, ligamentos, suporte ósseo).

#### **2.6.1.5 Prevenção**

É o tratamento que visa evitar as afecções bucais.

#### **2.6.1.6 Prótese dentária**

É a especialidade que tem como objetivo o restabelecimento das funções mastigatórias e estéticas através da recolocação dos dentes destruídos ou perdidos e dos tecidos adjacentes.

#### **2.6.1.7 Odontopediatria**

É o tratamento especializado, curativo e preventivo, para crianças e adolescentes menores de 18 anos.

#### **2.6.1.8 Ortodontia**

É o tratamento corretivo dos problemas funcionais e oclusais das arcadas dentárias.

##### **– Manutenção**

É a consulta mensal para acompanhamento do tratamento ortodôntico.

##### **– Consulta para acompanhamento da contenção ortodôntica**

É a consulta para acompanhamento da finalização dos tratamentos ortodônticos através de aparelhagem de contenção.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 5/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

### **2.6.1.9 Ortopedia funcional dos maxilares**

É a especialidade que tem como objetivo tratar a maloclusão através de recursos terapêuticos que utilizem estímulos funcionais.

#### **2.6.1.10 Implante dentário**

É o tratamento utilizado como alternativa à reposição da perda de elementos dentários.

### **2.7 Atendimento emergencial**

É o atendimento fortuito, não programado, que exige atenção imediata, realizado de 2ª a 6ª feira, no período compreendido entre 22 horas e 6 horas do dia seguinte, e sábado, domingo e feriado, em qualquer horário.

### **2.8 Auditorias odontológicas**

#### **2.8.1 Auditoria de amostragem**

É a avaliação de uma amostra de tratamentos, selecionados como representativos de um todo, realizada por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

#### **2.8.2 Auditoria de avaliação**

É a avaliação, realizada por auditor credenciado pela empresa, para liberação do pagamento da segunda parcela do tratamento ortodôntico.

#### **2.8.3 Auditoria de instalação**

É a avaliação da instalação de aparelho ortodôntico, realizada por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

#### **2.8.4 Auditoria final**

É a avaliação da execução do tratamento, realizada por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

#### **2.8.5 Auditoria inicial**

É a avaliação do tratamento proposto, realizada por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 6/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

### **2.8.6 Auditoria intermediária**

É a avaliação semestral do tratamento ortodôntico, realizada por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

### **2.8.7 Auditoria de prorrogação**

É a avaliação da necessidade de continuidade do tratamento ortodôntico, após o término do prazo autorizado, por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

## **2.9 Beneficiário de cobertura parcial de despesas com assistência à saúde**

São os titulares dos órgãos executivos de direção superior, os contratados para funções de confiança da administração superior por prazo determinado, os empregados e os requisitados e cedidos que fazem a opção formal pela cobertura parcial de despesas com assistência à saúde, os quais tenham cumprido todas as fases do exame médico periódico anual, bem como os respectivos dependentes cadastrados conforme critérios estabelecidos em norma específica.

## **2.10 Cobertura parcial de despesas com assistência à saúde**

É a participação da empresa no pagamento parcial a profissionais ou instituições, credenciadas ou de livre escolha do beneficiário, com base na Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa.

### **2.10.1 Livre escolha**

São as instituições e os profissionais que não são credenciados pela empresa, mas que prestam serviços de assistência à saúde, pagos no ato pelo beneficiário, com posterior reembolso parcial pela empresa com base na Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa.

### **2.10.2 Rede credenciada**

São as instituições e os profissionais credenciados pela empresa ou entidade por ela designada para prestar serviços de assistência à saúde, sem desembolso por parte do beneficiário no ato da utilização dos serviços contratados.

## **2.11 Diagnóstico odontológico**

É a análise de resultados do exame inicial e dos exames complementares requisitados pelo profissional para a elaboração do orçamento e do plano de tratamento odontológico.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 7/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

## **2.12 Emergência**

É o acontecimento fortuito, gerador de atendimento médico/odontológico imediato não programado.

## **2.13 Exame inicial odontológico**

É a consulta na qual o profissional faz o planejamento do tratamento e a requisição de exames complementares, se necessário.

## **2.14 Glosa**

É a recusa parcial ou total de cobertura de um serviço de assistência à saúde em decorrência de análise ou parecer médico, auditoria odontológica e de critérios administrativos.

## **2.15 Medicamento**

É o produto terapêutico adquirido mediante prescrição médica.

## **2.16 Órgão executivo de direção superior**

É a Presidência ou cada uma das Diretorias, responsável pela direção da empresa, que se encontra sob as diretrizes fixadas pelo Conselho de Administração – CAE e sob as decisões da Diretoria Executiva – DEE.

## **2.17 Parecer médico**

É a avaliação das condições de saúde do beneficiário, para fins de comprovação de doença e análise de tratamento proposto, realizada por perito credenciado ou profissional designado pela empresa para este fim, visando subsidiar a tomada de decisão por parte da empresa.

## **2.18 Perícia médica previdenciária**

É a avaliação da capacidade laborativa do segurado, realizada por médico perito do INSS, visando à concessão de auxílio doença previdenciário, em caso de licença médica por período superior a 15 (quinze dias).

## **2.19 Pronto atendimento**

É o atendimento imediato, prestado ao beneficiário pela área de saúde da empresa.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 8/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

## **2.20 Prótese corretora da audição**

São os aparelhos destinados à correção ou compensação de problemas relacionados com a audição.

## **2.21 Serviços médicos**

### **2.21.1 Internação domiciliar**

É a prestação de serviço médico/hospitalar ao beneficiário, em regime domiciliar, eventual e decorrente de análise médica.

### **2.21.2 Internação hospitalar**

É a prestação de serviço clínico, cirúrgico ou obstétrico, programado ou emergencial, em regime hospitalar.

#### **2.21.2.1 Internação hospitalar emergencial**

É a prestação de serviço clínico, cirúrgico ou obstétrico de caráter emergencial, cuja autorização deve ocorrer até o segundo dia útil após o evento.

#### **2.21.2.2 Internação hospitalar programada**

É a prestação de serviço clínico, cirúrgico ou obstétrico de caráter eletivo, com autorização prévia por parte da empresa.

### **2.21.3 Remoção aérea**

É o transporte aéreo indispensável ao atendimento do beneficiário em situações emergenciais, mediante recomendação médica.

### **2.21.4 Remoção terrestre**

É o transporte terrestre indispensável ao atendimento do beneficiário, mediante recomendação médica.

## **2.22 Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares**

É a referência de preços para cobertura de despesas com assistência à saúde adotada pela empresa.



<b>Título</b> <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	<b>Código</b> <b>ERH-03</b>	<b>Página</b> <b>9/27</b>
	<b>Doc. Aprovação</b> <b>RES-1025/2010</b>	<b>Vigência</b> <b>23.09.2010</b>
	<b>Substitui</b> <b>ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006</b>	

## 2.23 Tabela de Procedimentos e Honorários Odontológicos – TPHO

É a referência de preços para cobertura de despesas odontológicas adotada pela empresa.

## 3 DIRETRIZES

### 3.1 Despesas cobertas

MÉDICAS	ODONTOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>– acupuntura;</li> <li>– aparelhos ortopédicos;</li> <li>– armação, lentes e próteses corretoras da visão;</li> <li>– assistência anestésica;</li> <li>– assistência cirúrgica e obstétrica;</li> <li>– assistência clínica;</li> <li>– assistência hospitalar (internação domiciliar internação hospitalar);</li> <li>– escleroterapia;</li> <li>– exames complementares;</li> <li>– fonoaudiologia;</li> <li>– medicamentos;</li> <li>– medicina física e reabilitação;</li> <li>– programa psicopedagógico;</li> <li>– próteses corretoras da audição;</li> <li>– psicoterapia; e</li> <li>– remoção de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– cirurgia buco maxilo-facial;</li> <li>– clínica geral;</li> <li>– endodontia;</li> <li>– exames complementares;</li> <li>– odontopediatria;</li> <li>– ortodontia;</li> <li>– ortopedia funcional dos maxilares;</li> <li>– implante dentário; e</li> <li>– periodontia.</li> </ul>

### 3.1.2 Cobertura

3.1.2.1 A cobertura de despesas com assistência à saúde deve ser calculada da seguinte forma:

TIPOS DE DESPESAS	PERCENTUAL	VALOR BASE
Medicamentos	75%	do valor aprovado
Consultas médicas credenciadas	90%	do valor da Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa
Consultas médicas livre-escolha	90%	até 2x o valor da Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa
Demais despesas	90%	do valor da Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 10/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.1.2.2 Quando o valor das despesas apresentadas for inferior ao da Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa, o percentual de 90% (noventa) deve ser aplicado sobre o valor aprovado.

3.1.2.3 O valor que exceder a parcela coberta pela empresa na rede credenciada deve ser descontado em folha de pagamento, até o limite mensal de 15% (quinze) da remuneração base do beneficiário, até a liquidação da dívida.

3.1.2.4 O valor mínimo para o pedido de cobertura e processamento da guia de reembolso é de 5% (cinco por cento) do salário mínimo nacional vigente na data da utilização do serviço/produto, exceto para o cumprimento do prazo limite de solicitação de reembolso, nos termos do subitem 3.1.2.12.

3.1.2.5 O pedido de cobertura somente deve ser glosado na parte que estiver em desacordo com esta norma, sendo o restante processado normalmente.

3.1.2.6 Os tratamentos realizados no exterior devem ser cobertos com base na conversão dos valores do câmbio comercial do dia em que ocorreu o faturamento do fato que lhes deu origem, limitados à Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa.

3.1.2.7 A despesa com medicamento adquirido no exterior, sem similar no mercado nacional, deve ser coberta em moeda nacional pela conversão do dólar comercial, na data da compra. Quando houver similar no mercado nacional, a despesa deve ser usada como base de cálculo o preço médio constante no guia farmacêutico vigente.

3.1.2.8 O beneficiário que sofrer acidente de trabalho tem direito à cobertura integral das despesas médicas, hospitalares, odontológicas e de medicamentos, limitado a 100 % (cem por cento) da Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa.

3.1.2.9 Em caso de acidente de trabalho que apresente risco de morte, o atendimento de emergência com despesas médicas, hospitalares, odontológicas e de medicamentos, mesmo em instituições não conveniadas, deve ser coberto integralmente.

3.1.2.10 Os beneficiários que não cumprirem todas as etapas do exame médico periódico de saúde anual no prazo estipulado pela área de saúde não têm direito a receber reembolso das despesas realizadas neste período, bem como aquelas dos seus dependentes cadastrados.

3.1.2.11 O beneficiário participante de outro plano de saúde tem sua cobertura de despesas na empresa limitada ao valor total do evento médico/hospitalar/odontológico, deduzidas as coberturas de outras instituições, devidamente comprovadas, observados os limites definidos na Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 11/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.1.2.12 O empregado ao se desligar tem o prazo de 5 (cinco) dias úteis para solicitação de reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas até a data de desligamento, e o prazo de 30 (trinta) dias corridos para solicitação de reembolso de despesas odontológicas, caso a perícia inicial tenha sido realizada em data anterior ao desligamento.

3.1.2.13 A empresa ou instituição por ela designada deve efetuar ao beneficiário o pagamento dos reembolsos de despesas com assistência à saúde em até 7 (sete) dias úteis, com exceção de assistência passível de avaliação médica, perícia e/ou averiguação complementar.

3.1.2.14 O beneficiário deve solicitar reembolso em até 90 (noventa) dias a contar da data de emissão do recibo ou da nota fiscal relativa ao pagamento da despesa.

3.1.2.15 No caso de impossibilidade do beneficiário, o dependente, maior de 18 (dezoito) anos, ou pessoa de seu convívio, pode solicitar Reembolso - RPR do Plano de Assistência à Saúde, sendo válida sua assinatura no respectivo formulário de Requisição para Processamento de Reembolso.

3.1.2.16 O beneficiário que tiver de licença sem vencimento deve solicitar reembolso das despesas contraídas até a data do início da licença, num prazo de até cinco dias úteis, e das despesas odontológicas, caso a perícia inicial tenha sido realizada em data anterior ao início da licença, num prazo de 30 (trinta) dias corridos.

3.1.2.17 Os dependentes de beneficiário falecido têm direito a reembolso de despesas com assistência à saúde por um período de até 180 (cento e oitenta) dias após a data do óbito.

### **3.1.3 Documentos comprobatórios e prazos**

3.1.3.1 O recibo/nota fiscal que apresentar mais de uma consulta/sessão/manutenção, deve ter discriminada a data de cada atendimento, bem como a data de emissão do mesmo. Somente são cobertos recibos/notas fiscais com serviços realizados em um único mês, não sendo permitido recibos/notas fiscais que contenham serviços prestados em meses diferentes. Os recibos/notas fiscais não podem conter serviços que tenham sido prestados até 90 (noventa dias) dias anteriores à data de sua emissão.

3.1.3.2 A receita médica e o documento de comprovação de despesas com medicamentos, para efeito de reembolso, têm validade de 90 (noventa) dias. Exclusivamente para os casos de necessidade de utilização de medicamentos de uso prolongado, atestada pelo médico assistente na própria receita, a validade é de 180 (cento e oitenta) dias.

3.1.3.3 Os documentos emitidos em outros idiomas devem ser acompanhados de cópia autenticada em cartório e traduzidos para o português.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 12/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.1.3.4 O beneficiário deve apresentar os documentos comprobatórios das despesas efetuadas em sua forma original, sem emendas ou rasuras e acompanhados de cópia reprográfica.

3.1.3.5 O recibo emitido por profissional (pessoa física) deve conter:

- nome legível do profissional;
- CPF e número de registro no Conselho da categoria;
- nome completo do beneficiário atendido;
- descrição detalhada dos serviços realizados;
- quantidade de serviços prestados;
- valores unitários e valor total do documento por extenso;
- data da emissão do recibo; e
- assinatura do profissional.

3.1.3.6 A nota fiscal emitida por instituição (pessoa jurídica) deve conter:

- nome legível da instituição/estabelecimento;
- endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da instituição/estabelecimento;
- nome completo do beneficiário atendido;
- descrição detalhada dos serviços realizados/produtos adquiridos;
- quantidade de serviços prestados/produtos adquiridos/materiais e medicamentos utilizados e respectivos valores; e
- data de emissão da nota.

3.1.3.7 A requisição de exame complementar deve conter:

- nome do profissional;
- número de registro no Conselho da categoria;
- nome completo do beneficiário; e
- descrição dos exames a serem realizados.

3.1.3.8 O receituário para compra de medicamento deve conter:

- nome do profissional;
- número de registro no Conselho da categoria;
- nome completo do beneficiário;
- prescrição do medicamento com a respectiva posologia;
- prescrição da quantidade do medicamento a ser adquirido
- data; e
- assinatura do profissional.

3.1.3.9 A cobertura de medicamentos deve ser feita mediante prescrição do profissional e apresentação da nota fiscal e/ou cupom fiscal contendo a denominação, a quantidade e o preço de cada medicamento. Não são aceitas prescrições codificadas e a quantidade de medicamentos prescritos deve ser compatível com a constante no respectivo documento de comprovação de despesas.

## **3.2 Cobertura parcial de despesas com internação**

3.2.1 As autorizações para internação programada ou emergencial são concedidas após análise médica pela empresa ou instituição por ela designada.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 13/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.2.2 A internação programada necessita de autorização prévia da empresa ou instituição por ela designada, e deve ser solicitada pelo médico assistente, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis. No caso de médico credenciado, deve ser preenchida a guia de internação hospitalar padronizada. Em se tratando de profissional não credenciado, é aceito o pedido de internação, em receituário próprio, indicando:

- nome completo do paciente;
- tipo da internação (clínica, cirúrgica, ou obstétrica);
- justificativa da internação (quando for o caso, anexar os laudos dos exames realizados);
- descrição do evento;
- data de internação;
- tempo previsto de internação;
- identificação do médico assistente, constando especialidade, número CRM;
- local da internação; e
- código do serviço.

3.2.3 A internação emergencial necessita de laudo médico que deve ser apresentado à empresa ou instituição por ela designada até o segundo dia útil após a realização da internação, contendo:

- nome completo do paciente;
- tipo da internação (clínica, cirúrgica, ou obstétrica);
- justificativa da internação (quando for o caso, anexar os laudos dos exames realizados);
- descrição do evento;
- data de internação;
- tempo previsto de internação;
- identificação do médico assistente, constando especialidade, número do CRM;
- local da internação; e
- código do serviço.

3.2.4 A internação domiciliar visa atender os usuários nas seguintes condições:

– paciente internado, que ainda precisa de cuidados médicos/enfermagem e suporte de materiais/equipamentos específicos, porém já em condições de receber estes cuidados fora do ambiente hospitalar; e

– paciente que apresentar no domicílio quadros de descompensação clínica que não necessitam obrigatoriamente de dependências hospitalares e sim equipamentos e cuidados específicos, que possam ser montados em residência.

3.2.4.1 Critérios para concessão:

- parecer do médico assistente do paciente;
- parecer da auditoria médica externa da empresa ou instituição por ela designada, referendando a posição do médico assistente;
- parecer da área médica da empresa e/ou instituição por ela designada referendando os dois acima;
- avaliação do serviço social; e
- parecer da empresa prestadora do serviço de internação domiciliar quanto à adequação do ambiente familiar (físico e psicológico);

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 14/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.2.4.2 A empresa e/ou instituição por ela designada deve acompanhar as internações domiciliares visando avaliar a evolução do paciente (patologia).

3.2.4.3 Os prazos de cobertura e suas prorrogações e a definição das coberturas quanto a medicamentos, materiais, exames, suporte nutricional, honorários profissionais e sua periodicidade são feitos de acordo com a análise dos laudos médicos e os critérios estabelecidos pela empresa ou instituição por ela designada.

3.2.4.4 A empresa ou instituição por ela designada deve informar ao beneficiário, responsável pelas despesas, por escrito, as condições de coberturas, prazos e participações.

3.2.5 No caso de internação hospitalar são previstas as seguintes coberturas:

Diárias	Despesas referentes à hotelaria no período compreendido entre a data de internação e a de alta hospitalar do paciente.
Acompanhante	Despesas com diárias de um acompanhante, independente da idade do beneficiário.
Taxas/Aluguéis	Todas aquelas constantes na tabela específica praticada pela empresa e outras acordadas entre as partes contratantes, correspondentes a determinados custos administrativos e à utilização de instrumentos ou equipamentos.
Material	Descartável ou não, de consumo necessário a tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos.
Medicamentos	Todos aqueles compatíveis com o quadro clínico-cirúrgico do beneficiário/paciente e com as especificações do subitem 3.3 – Cobertura parcial com medicamentos
Exames Complementares	Todos aqueles compatíveis com o quadro clínico-cirúrgico do beneficiário/paciente.

3.2.6 As consultas, visitas hospitalares e visitas domiciliares são cobertas mediante apresentação de recibo de honorários profissionais e/ou nota fiscal de serviços, acompanhada de fatura e de relatório médico.

3.2.7 As visitas hospitalares, realizadas pelo médico assistente, são limitadas a uma por dia, admitindo-se mais de uma em casos comprovadamente graves, mediante laudo médico. Em se tratando de pacientes crônicos, o limite de cobertura é de três atendimentos por semana. Nas intervenções cirúrgicas e obstétricas, estão incluídos os cuidados antes, durante e após o ato cirúrgico ou o parto, até a alta hospitalar do paciente.

3.2.8 As coberturas de despesas relativas aos auxiliares de intervenções cirúrgicas é proporcional ao valor estabelecido na Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa para os honorários do cirurgião principal e de acordo com o porte da cirurgia.

<b>Título</b> <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	<b>Código</b> <b>ERH-03</b>	<b>Página</b> 15/27
	<b>Doc. Aprovação</b> RES-1025/2010	<b>Vigência</b> 23.09.2010
	<b>Substitui</b> ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.2.9 A cobertura de honorários de anesthesiologista baseia-se no porte da cirurgia e a comprovação da despesa é feita mediante apresentação de recibo ou nota fiscal.

### 3.3 Cobertura parcial com medicamentos

<b>SUBSTÂNCIA/ ESPECIALIDADE</b>	<b>COBERTOS</b>	<b>NÃO COBERTOS</b>	<b>JUSTIFICATIVA/ RESTRIÇÕES</b>
Medicina Ortomolecular		X	As substâncias utilizadas nas formulações da medicina carecem de embasamento científico e são de eficácia duvidosa, segundo estudos médicos realizados, inclusive com divulgação na mídia. Em geral são substâncias contidas em fórmulas manipuladas
Vitaminas, Sais Minerais, Aminoácidos	X		Somente se industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos.
Fitoterapia	X		Somente as substâncias industrializadas por laboratórios farmacêuticos estabelecidos.
Homeopatia	X		Somente as monossustâncias com especificação de potência, ou fórmulas com até 3 componentes no máximo, com especificação de potência dos mesmos.
<b>SUBSTÂNCIA/ ESPECIALIDADE</b>	<b>COBERTOS</b>	<b>NÃO COBERTOS</b>	<b>JUSTIFICATIVA/ RESTRIÇÕES</b>
Homeopatia	X		
Suplementos Alimentares		X	Casos excepcionais devem ser analisados pelos médicos da Eletrobras ou de empresa ou entidade por ela designada.
Medicamentos para Calvície		X	-
Medicamentos para Disfunção Erétil		X	-
Medicamentos Anorexígenos		X	Sejam substâncias isoladas ou em fórmulas manipuladas. Casos excepcionais (obesidade mórbida), serão analisados individualmente por médicos da Eletrobras ou de empresa ou entidade por ela designada.
Fórmulas de Manipulação Dermatológicas	X		Devem ser analisados individualmente. As fórmulas que contêm qualquer componente com indicação cosmetológica não são objeto de reembolso.
Medicamentos com indicação padrão para um sexo e usados por pessoas de outro sexo		X	-
Produtos de Uso Oftálmico	X		Somente colírios, pomadas ou unguentos antiinflamatórios, antibióticos, anestésicos ou antiglaucomatosos.
		X	Substâncias ditas lubrificantes ou lágrimas artificiais, assim como as indicadas para higiene das pálpebras e cílios.
			Casos excepcionais devem ser analisados individualmente, documentados por laudos médicos detalhados e, se necessário, sujeitos a exame especializado pericial, por profissional indicado pela empresa.

<b>Título</b> <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	<b>Código</b> <b>ERH-03</b>	<b>Página</b> 16/27
	<b>Doc. Aprovação</b> RES-1025/2010	<b>Vigência</b> 23.09.2010
	<b>Substitui</b> ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

<b>SUBSTÂNCIA/ ESPECIALIDADE</b>	<b>COBERTOS</b>	<b>NÃO COBERTOS</b>	<b>JUSTIFICATIVA/ RESTRIÇÕES</b>
Alopatia	X		Produtos industrializados por laboratórios farmacêuticos estabelecidos.
		X	Fórmulas ou substâncias isoladas manipuladas.
		X	Substâncias aviadas em farmácias de manipulação - não oferecem segurança quanto ao controle de qualidade, além de serem significativamente mais caros em relação aos produtos industrializados existentes nas farmácias convencionais.
Materiais descartáveis de injeções e curativos	X		Somente aqueles utilizados na aplicação de injeções e curativos no beneficiário que se encontre em ambiente médico-hospitalar (internações, pequenas cirurgias ambulatoriais, emergências clínico-cirúrgicas).
	X		No caso de diabetes insulino-dependente, respaldado por laudo médico, desobrigados da exigência do ambiente médico hospitalar.
Vacinas e testes cutâneos	X		<p>Deve ser objeto de cobertura vacina industrializada, processada em laboratório farmacêutico estabelecido acompanhada de prescrição médica com quantidade de doses e nota fiscal anexa.</p> <p>As vacinas obtidas por manipulação ou preparo em clínicas especializadas são objeto de cobertura quando acompanhadas de prescrição médica especificando o tipo de vacina e /ou teste cutâneo, nº de aplicações e quantidade de séries.</p> <p>A cobertura das despesas, para cada tipo de vacina ou teste cutâneo, deve ser calculada com base em tabela específica praticada pela empresa ou entidade por ela designada.</p>

### 3.4 Cobertura com exames complementares e tratamentos seriados

3.4.1 A diagnose/terapia e tratamentos seriados em regime ambulatorial são cobertos mediante a apresentação de requisição do profissional, com validade de até 30 (trinta) dias da data do pedido e recibo de honorários ou nota fiscal de serviços.

3.4.1.1 Devem ser previamente autorizados pela empresa ou instituição por ela designada, salvo em casos emergenciais, os seguintes exames e tratamentos seriados:

- angiografia arterial, venosa ou linfática;
- cobaltoterapia coronariografia;
- densitometria (limitado a 1 por ano) doppler e doppler fluxometria;
- ecocardiograma;
- endoscopia digestiva, respiratória, articular, ginecológica e urológica;
- hemodinâmica (cateterismo cardíaco);
- laparoscopia;
- litotripsia extra corpórea;
- neurorradiologia (polissonografia, estudo P300, mapeamento cerebral);
- quimioterapia;
- radioterapia;
- ressonância magnética (limitado a 1 por ano por região anatômica); e



Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 17/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

– histerosalpingografia;

– tomografia computadorizada (limitado a 1 por ano por região anatômica).

### 3.4.2 Fisioterapia

3.4.2.1 As despesas com fisioterapia são cobertas por sessão, até 20 (vinte) sessões por região anatômica, desde que a solicitação de cobertura da despesa se faça acompanhar de prescrição médica, com a indicação do tratamento e que este seja executado por instituição ou por fisioterapeuta registrado no Conselho da categoria.

3.4.2.2 Caso haja recomendação de continuidade, é necessário que o beneficiário solicite autorização prévia à empresa ou instituição por ela designada, mediante apresentação de laudo de acompanhamento, emitido pelo médico assistente, liberados em grupos de no máximo 10 (dez) sessões. As excepcionalidades são analisadas pela empresa ou entidade por ela designada.

### 3.4.3 Fonoaudiologia

3.4.3.1 A cobertura das despesas com tratamento de fonoaudiologia é efetuada por sessão, desde que realizada por fonoaudiólogo inscrito no conselho da categoria. É necessário que o beneficiário solicite autorização prévia, no início e nas renovações, à empresa ou instituição por ela designada, mediante apresentação de laudo emitido pelo profissional assistente, da seguinte forma:

– as autorizações são emitidas por no máximo 96 (noventa e seis) sessões num período de 12 (doze) meses.

– o limite máximo para cobertura por beneficiário é de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sessões, sendo 8 (oito) sessões por mês e 96 (noventa e seis) anuais.

### 3.4.4 Psicoterapia

3.4.4.1 A cobertura das despesas com tratamento de psicoterapia é efetuada por sessão, desde que realizada por psicólogo ou psiquiatra, inscritos no Conselho da categoria. É necessário que o beneficiário solicite autorização prévia, no início e nas renovações do tratamento, à empresa ou instituição por ela designada mediante apresentação de laudo emitido pelo profissional assistente. As autorizações são emitidas por no máximo 96 (noventa e seis) sessões num período de 12 (doze) meses.

3.4.4.2 O limite máximo para cobertura por beneficiário é de 384 (trezentos e oitenta e quatro) sessões, sendo 8 (oito) sessões por mês e 96 (noventa e seis) anuais. Acima deste limite, exclusivamente, quando a necessidade for comprovada por avaliação semestral através de perito indicado pela empresa ou entidade por ela designada.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 18/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.4.4.3 O limite para cobertura de psicoterapia familiar é de 48 (quarenta e oito) sessões, com o máximo de 4 (quatro) sessões por mês. O número de sessões utilizadas é descontado do total de sessões individuais previstas para o beneficiário titular. Acima deste limite, exclusivamente, quando a necessidade for comprovada por laudo de perito indicado pela empresa ou entidade por ela designada.

### 3.4.5 Acupuntura

3.4.5.1 O tratamento por acupuntura é coberto por sessão, até 8 (oito) sessões por mês, considerando o período máximo de 90 (noventa) dias por patologia. Cada solicitação de cobertura de despesas com tratamento de acupuntura deve ser acompanhada por laudo médico.

### 3.4.6 Escleroterapia

3.4.6.1 O limite máximo para cobertura por beneficiário é de 96 (noventa e seis) sessões, limitadas a 8 (oito) sessões mensais e 24 (vinte e quatro) sessões anuais em período de até 4 (quatro) anos. A solicitação de cobertura referente a cada tratamento deve ser acompanhada de laudo médico.

### 3.4.7 Psicopedagógico

3.4.7.1 O programa psicopedagógico abrange os seguintes tratamentos:

- ensino pedagógico;
- fonoaudiologia;
- psicologia;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- psicomotricidade; e
- atividades extracurriculares (natação, musicoterapia, arteterapia, dançoterapia, cantoterapia, psicomotricidade, ginástica, informática).

3.4.7.2 O ensino pedagógico, a terapia ocupacional e psicomotricidade e as atividades extracurriculares são voltados exclusivamente para beneficiários do programa psicopedagógico limitado aos valores estabelecidos pela empresa.

3.4.7.3 A inclusão de beneficiário no programa psicopedagógico está condicionada à autorização prévia da empresa, fundamentada no relatório médico circunstanciado e o respectivo plano de tratamento, apresentados pelo solicitante, que deve preencher o requerimento específico disponível na área de saúde da empresa. A critério da empresa ou entidade por ela designada, os participantes do programa podem ser convocados para apresentar plano de tratamento, periodicamente.

3.4.7.4 Estes beneficiários estão isentos de perícias e das limitações previstas para tratamentos em série e consultas médicas.

3.4.7.5 As despesas com o programa psicopedagógico são cobertas da seguinte forma:

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 19/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

– a cobertura da despesa de ensino pedagógico/tradicional é mensal, com base no valor apresentado como gasto efetuado no mês, limitado ao valor-teto fixado pela empresa.

– a cobertura de despesas com Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicomotricidade e atividades extracurriculares é feita mediante a apresentação de recibo de honorários ou nota fiscal de serviços e desde que o procedimento conste do plano de tratamento estabelecido no laudo específico, conforme valor na Tabela de Procedimentos e Honorários Médico-Hospitalares vigente na empresa.

3.4.7.6 Eventuais alterações no plano de tratamento devem ser submetidas à autorização prévia da empresa.

### **3.5 Cobertura com aparelhos ortopédicos, corretores da visão e audição**

3.5.1 Os aparelhos ortopédicos são cobertos, desde que apresentado o laudo médico especializado e mediante os seguintes critérios:

#### 3.5.1.1 Botas e Palmilhas

– até dois pares por semestre, por beneficiário, com indicação do médico especialista, mediante nota fiscal de estabelecimento especializado, excluídas as despesas com manutenção e conserto.

#### 3.5.1.2 Imobilizações

– no caso de imobilizações gessadas e/ou sintéticas, a comprovação das despesas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal discriminando os serviços e os materiais utilizados, acompanhada de indicação de médico especialista.

– a comprovação das despesas de imobilizações não gessadas deve ser feita mediante apresentação de nota fiscal de venda de mercadorias, acompanhada de indicação de médico especialista.

– a cobertura das despesas com imobilizações deve ter como base a tabela vigente na empresa.

#### 3.5.1.3 Órteses

– a cobertura desse material pode ser relativa a aluguel, com ressarcimento mensal ou a compra estando, em ambos os casos, condicionada a apresentação de nota fiscal, acompanhada de indicação de médico especialista e de acordo com o evento.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 20/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

#### 3.5.1.4 Próteses

– a cobertura relativa à compra desse material está condicionada à apresentação de nota fiscal, acompanhada de indicação de médico especialista, limitada a 1 (uma) por vida por região anatômica.

3.5.2 A empresa pode, desde que cumprida a legislação, assumir a responsabilidade pela compra do material não tabelado, observando critérios de qualidade e pesquisa de preço, debitando o valor correspondente à parcela não coberta, em folha de pagamento, com a concordância do beneficiário.

3.5.3 O reembolso de despesas com a aquisição de armações, lentes e lentes de contato está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de oftalmologista, exceção feita para lente intra-ocular (cristalino), caso em que é aceita a apresentação de recibo do profissional.

3.5.3.1 Somente é concedido novo reembolso de despesas efetuadas para o mesmo beneficiário mediante a prescrição médica atualizada e nos seguintes prazos:

- após decorridos 12 (doze) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de armação de óculos; e
- após decorridos 6 (seis) meses a contar da emissão da nota fiscal anterior para a aquisição de lentes corretoras e de contato.

3.5.3.2 As lentes multifocais devem ser reembolsadas em 2 (duas) vezes o valor da Tabela de Preços de Honorários vigente na empresa e, se for necessário, o uso de um óculos para perto e outro para longe, o reembolso deve ser processado separadamente, justificado por laudo do oftalmologista.

3.5.3.3 No caso de eventuais despesas com a adaptação de lentes de contato, estas devem ser reembolsadas mediante recibo emitido pelo oftalmologista.

3.5.3.4 No caso de próteses, o reembolso deve ser feito mediante apresentação de nota fiscal discriminada ou nota fiscal e fatura hospitalar, acompanhadas de prescrição do oftalmologista, limitadas a 1 (uma) por vida.

3.5.3.5 Para efeito de reembolso de produtos oftalmológicos são aceitos nomes comerciais.

3.5.4 O reembolso de despesas com a aquisição de próteses corretoras de audição está condicionado à apresentação de nota fiscal e à prescrição de otorrinolaringologista limitadas a 1 (uma) por vida.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 21/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

### **3.6 Cobertura de despesas com remoção terrestre e aérea**

3.6.1 Em caso de emergência cirúrgica ou clínica, o beneficiário pode ser removido por meio de transporte aéreo ou terrestre.

3.6.2 A cobertura da despesa é feita pela empresa, mediante apresentação de nota fiscal de serviço discriminada, desde que haja recomendação médica, autorização da empresa ou entidade por ela designada e que o veículo utilizado seja adequado à remoção do beneficiário.

### **3.7 Tratamento clínico odontológico**

3.7.1 Os tratamentos odontológicos são executados segundo critério de limitação e carência constantes da TPHO adotada pela empresa à época do evento.

3.7.2 A empresa deve reembolsar os procedimentos contidos na TPHO vigente na empresa, observando os limites e carências de cada procedimento.

3.7.3 Não há cobertura para procedimentos realizados em metais nobres. (ex.: ouro).

3.7.4 O tratamento odontológico deve ser avaliado por auditor credenciado pela empresa ou entidade por ela designada.

3.7.5 Cabe ao auditor:

- verificar a execução e a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados e dos planejamentos propostos;
- glosar os serviços e planejamentos que estejam em desacordo com os protocolos técnicos e científicos estabelecidos para o desempenho adequado da prática odontológica; e
- glosar os serviços que não estejam previstos como objeto de cobertura da TPHO.

3.7.6 É vedado ao auditor:

- prestar atendimentos de qualquer especialidade aos beneficiários; e
- realizar auditorias em especialidade diferente daquela para a qual foi contratado.

3.7.7 Os tratamentos com obrigatoriedade de auditorias inicial e final são:

- tratamentos com valor igual ou maior que 02 (dois) salários mínimos vigente;
- todos os tratamentos, independente de valor, desde que envolvam procedimentos em: prótese, cirurgia (com exceção da remoção de dentes inclusos e/ou impactados e exodontias), ortodontia e/ou ortopedia funcional dos maxilares e implantodontia; e
- internações e cirurgias em ambiente hospitalar, além das auditorias, necessitam de autorização prévia.

3.7.7.1 Para a autorização dos procedimentos cirúrgicos a serem realizados em ambiente hospitalar, é necessário:

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 22/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

– laudo do profissional contendo justificativa, diagnóstico e indicação do procedimento; e

– especificação do tempo previsto de internação hospitalar.

3.7.8 Tratamentos, independente de valor, que são submetidos somente à auditoria final, dispensados da auditoria inicial:

– endodontia – todos os tratamentos, sendo obrigatória a apresentação do RX inicial e final para sua realização; e

– remoção de dentes inclusos e/ou impactados, sendo obrigatória a apresentação do RX inicial e final para sua realização.

3.7.9 Tratamentos isentos de auditoria, independente de valor, desde que estejam somente eles relacionados no formulário específico (respeitadas as carências de cada um):

- ajuste oclusal;
- aplicação de cariostático;
- aplicação tópica de flúor;
- aumento de coroa clínica;
- biópsia de cavidade bucal;
- condicionamento em odontopediatria;
- conserto simples;
- controle de placa;
- dessensibilização dentinária;
- exodontia de decíduo;
- exodontia de raiz residual;
- exodontia simples;
- frenectomia lingual;
- frenectomia labial superior;
- modelos de estudo;
- orientação de Higiene Oral (OHB);
- placa de mordida miorelaxante;
- recolocação/remoção de próteses;
- reembasamento;
- restauração em ionômero de vidro;
- restauração temporária; e
- ulotomia.

3.7.10 O beneficiário pode ser convocado para auditoria de amostragem independente do valor do tratamento e do prazo em que foram propostos.

3.7.11 O beneficiário tem um prazo de 7(sete) dias úteis para fazer a auditoria final após o término do tratamento, quando necessário.

3.7.12 A não realização pelo beneficiário da auditoria final, dentro do prazo determinado, implica débito integral do valor do tratamento.

3.7.13 Nos casos de tratamento de emergência, cujas despesas ultrapassem ao limite de isenção, a auditoria inicial deve ser realizada até ao quinto dia útil após o atendimento.

3.7.14 O beneficiário lotado em região metropolitana onde não haja auditor credenciado está isento de auditoria.

3.7.15 O dependente assistencial enquadrado no programa psicopedagógico está isento de auditoria.

3.7.16 Quando os orçamentos tiverem valor igual ou maior que 2 (dois) salários mínimos nacionais, as auditorias inicial e final são obrigatórias a todas as especialidades odontológicas.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 23/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

### **3.8 Tratamento ortodôntico e ortopédico funcional dos maxilares**

3.8.1 Os beneficiários têm direito a tratamento ortodôntico e/ou ortopédico funcional dos maxilares, desde que haja indicação terapêutica comprovada previamente por avaliação da auditoria e as condições bucais o permitam.

3.8.2 Os valores contidos em tabela referem-se ao tratamento ortodôntico integral ou ortopédico funcional proposto pelo profissional, estando inclusos todos os procedimentos e técnicas terapêuticas necessários para a finalização do tratamento.

3.8.3 Os beneficiários têm direito a um tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional dos maxilares por vida, isto é, não há liberação de qualquer tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional mais de uma vez para um mesmo beneficiário.

3.8.4 É vedada a cobertura adicional de aparelhos acessórios, de contenção, mentoneiras e outros que venham a ser utilizados durante o tratamento, independente da técnica empregada.

3.8.5 As substituições de aparelhos, bem como a necessidade da interação de técnica durante o tratamento, não são passíveis de custo excedente.

3.8.6 A quebra ou perda de aparelhos, por responsabilidade dos beneficiários, não tem cobertura, e a reposição deve ser negociada entre as partes.

3.8.7 As manutenções mensais, partes integrantes dos tratamentos, visam dar cobertura à assistência mensal prestada ao beneficiário, independente da quantidade de atendimentos mensais necessários, sendo a primeira paga no mês subsequente à realização da auditoria de instalação.

3.8.8 As interrupções temporárias ou definitivas do tratamento, a critério do beneficiário ou do profissional, devem ser submetidas à auditoria para avaliação.

3.8.8.1 A não realização da auditoria implica contagem contínua do prazo de tratamento.

3.8.9 As manutenções mensais são pagas de forma contínua, admitindo-se uma a cada mês, independente do número de consultas realizadas e, devidamente atestadas por assinatura do beneficiário.

3.8.10 O retorno ao tratamento, a critério do beneficiário ou do profissional, também deve ser submetido à avaliação da auditoria.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 24/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

3.8.11 Os tratamentos ortodônticos ou ortopédicos funcionais devem ser submetidos, obrigatoriamente, às auditorias: inicial, de instalação, intermediária, de avaliação, de prorrogação e final.

3.8.12 Estão isentos de auditoria os beneficiários enquadrados no programa psicopedagógico e aqueles lotados em regiões metropolitanas onde não haja auditores credenciados.

3.8.13 Em todas as auditorias é obrigatória a apresentação da documentação ortodôntica completa e, após a auditoria de instalação, do laudo de evolução terapêutica do caso.

3.8.14 O prazo máximo para a finalização do tratamento é de 24 (vinte e quatro) meses, com possibilidade de prorrogação por mais 12 (doze) meses, contados de forma contínua, desde que autorizado pela auditoria.

3.8.15 As manutenções excedentes aos prazos previamente autorizados, necessárias para a finalização do caso, não incorrem em custos para os beneficiários ou para a empresa, no caso de profissionais credenciados.

3.8.15.1 Para os tratamentos efetuados por profissionais de livre escolha os custos são negociados entre as partes e o reembolso será com base nos valores da TPHO, observando a co-participação dos beneficiários.

3.8.16 O tratamento ortodôntico deve ser pago da seguinte forma:

– 1ª parcela do pagamento, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total, após a liberação da auditoria de instalação;

– 2ª parcela de pagamento, equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do valor total, após a liberação da auditoria de avaliação; e

– 3ª parcela de pagamento, equivalente aos 25% (vinte e cinco por cento) restantes, após a liberação da auditoria final.

3.8.17 Após a realização e aprovação da auditoria final, são cobertas até 6 (seis) consultas para acompanhamento de contenções ortodônticas ou ortopédicas funcionais, em um período de 12 (doze) meses.

3.8.18 A cobertura da primeira consulta de contenção é iniciada no mês subsequente à data da auditoria final.

### **3.9 Tratamento de implante dentário**

3.9.1 O tratamento de implante dentário é realizado em três etapas:



Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 25/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

- cirúrgica – implantação de um pino de titânio na maxila e/ou mandíbula;
- cicatrizadora – integração do pino ao osso; e
- protética – colocação da prótese sobre os implantes.

3.9.2 O implante dentário deve ser realizado por especialista em Implantodontia ou por especialistas em periodontia e cirurgia buco-maxilo-facial, desde que tenham curso de extensão em implante reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia.

3.9.3 Para a realização de implante dentário, o beneficiário deve ter no mínimo 18 (dezoito) anos, saúde geral e oral satisfatória (classificada pela auditoria específica).

3.9.4 O beneficiário deve se enquadrar em no mínimo um dos seguintes critérios:

- edentado total;
- edentado parcial em condição de extremo livre (ausência a partir do 1º molar);
- ausência de elementos da bateria labial (de canino a canino) que não façam uso de ponte fixa e que estejam em condições técnicas (saúde oral) satisfatórias;
- próteses fixas insatisfatórias, cujo comprometimento dos elementos pilares deva ser evitado;
- portadores de ponte fixa, com comprovada necessidade de substituição; e
- com sequelas de problemas periodontais graves, cujo uso de prótese fixa e removível comprometa os elementos remanescentes.

3.9.5 Os tratamentos prévios à colocação do implante podem ser executados normalmente pela rede credenciada, assim como as próteses sobre implante (subitem 3.9.1), sem desembolso por parte do beneficiário.

3.9.6 Todos os tratamentos de implante dentário devem ser, obrigatoriamente, submetidos à auditoria inicial, pós-cirúrgica e final.

3.9.6.1 O auditor deve ser escolhido pelo beneficiário dentre os designados pela rede credenciada.

3.9.6.2 As parcelas referentes a tratamento de implante dentário só devem ser reembolsadas mediante a aprovação da auditoria.

3.9.6.3 As auditorias inicial, pós-cirúrgica e final devem ser realizadas pelo mesmo auditor.

3.9.7 A etapa cirúrgica do tratamento de implante dentário deve ser paga, obedecendo os valores da TPHO vigente na empresa, da seguinte forma:

- 1ª parcela do pagamento, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor total, após a liberação da auditoria inicial e pós-cirúrgica de implante; e

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 26/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2ªed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

– 2ª parcela do pagamento após a liberação da auditoria final de implante.

3.9.7.1 No regime de livre escolha, deve ser apresentado recibo ou nota fiscal do profissional assistente e a Ficha Odontológica – ODO.

3.9.8 A cobertura dos pinos de titânio instalados deve obedecer aos valores previstos na TPHO vigente, mediante apresentação da cópia da nota fiscal de compra do material.

3.9.9 A cobertura das próteses sobre implantes está condicionada à realização de auditoria inicial e final.

3.9.9.1 A cada elemento implantado é admitida a cobertura de um jogo de conexões, obedecendo aos valores estabelecidos na TPHO vigente.

3.9.9.2 No regime de livre escolha, deve ser apresentado recibo ou nota fiscal do profissional assistente e a Ficha ODO.

#### **4 DISPOSIÇÕES GERAIS**

4.1 A diretoria responsável pelo estabelecimento das diretrizes quanto à cobertura de despesas odontológicas aprova a tabela de preços praticada pela empresa e suas atualizações.

4.2 O beneficiário está sujeito à penalidade desde suspensão do trabalho por até 30 (trinta) dias até a dispensa por justa causa, além da suspensão dos benefícios com assistência à saúde do beneficiário e seus dependentes, no caso de infidelidade na prestação de informações à empresa no que concerne à solicitação de reembolso parcial de despesas com assistência médica e odontológica.

4.3 A área de gestão de pessoas autoriza, em casos excepcionais, a amortização, em prazo superior a 12 (doze) meses, do valor que excede a parcela coberta pela empresa, quando da utilização de instituição credenciada.

4.4 O beneficiário é responsável pelas informações e pela fidelidade da documentação que acompanha o pedido de cobertura, respondendo por sua veracidade para todos os efeitos legais e disciplinares.

4.5 Devem ser observadas as determinações da Constituição Federal – CF, da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, dos Acordos Coletivos de Trabalho – ACTs e da legislação específica.

Título <b>COBERTURA PARCIAL DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Código <b>ERH-03</b>	Página 27/27
	Doc. Aprovação RES-1025/2010	Vigência 23.09.2010
	Substitui ERH-03-2 <sup>a</sup> ed., RES-584/2006 de 06.06.2006	

4.6 As excepcionalidades relacionadas a esta norma devem ser justificadas pela área envolvida e submetidas à aprovação da Diretoria de Administração – DA.

4.7 Revogam-se todos os documentos e disposições em contrário.

## **5 ANEXO**

– ERH–03A1 - Formulário Ficha Odontológica – ODO