



OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE - PROMED
Associação Paranaense de Assistência Saúde dos
Membros do Ministério Público do Paraná – PROMED

RESOLUÇÃO N. 003/2020

O CONSELHO DIRETOR DO PROMED, no uso de suas atribuições conforme previsto nos artigos 24 e 27 do Estatuto da PROMED e no artigo 4º do Regulamento da PROMED;

Considerando o deliberado na Reunião do Conselho Diretor da Promed de 30 de janeiro de 2020.

Considerando a necessidade de adequação das definições e abrangência da Resolução 002/2016;

Considerando a exclusão de cobertura do ROL da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - com tratamentos de infertilidade;

Considerando a necessidade de permanente zelo com a manutenção do equilíbrio financeiro da Operadora,

RESOLVE autorizar a concessão de reembolso das despesas com tratamento de infertilidade, **conforme a definição técnica de infertilidade da Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia-FEBRASGO, excluídos os casos de preservação da fertilidade.**

1. Os códigos e valores previstos na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos médicos - CBHPM 5ª Edição - para o reembolso são os descritos abaixo:

INFERTILIDADE(3.13.08.00-7):

| | |
|--|----|
| 3.13.08.01-5-Aspiração de folículos para fertilização | 8A |
| 3.13.08.02-3 - GIFT (transferência de gametas para as trompas) | 8A |
| 3.13.08.03-1- Inseminação artificial | 4C |
| 3.13.08.04-0 - Transferência de embrião para o útero | 4C |

2. Para a análise do pedido de reembolso das despesas dos honorários profissionais, materiais médicos, medicamentos, taxas de sala e de utilização de equipamentos dos procedimentos e exames, o(a) beneficiário(a) deve encaminhar a PROMED as notas fiscais e recibos, a discriminação dos itens de tais despesas, o código da tabela CBHPM 5ª Edição, quantidade e a(s) datas de sua realização, juntamente com a cópia do “Prontuário do Paciente” preenchido de forma completa e legível com assinatura dos profissionais e número de registro profissional.

2.1 Lista de Documentos do “Prontuário do Paciente”:

- Ficha de internação para procedimento, por internação, com data de admissão e data de alta;
- História e exame físico;
- Resultados de exames realizados relacionados ao procedimento;
- Ficha de Avaliação Pré-anestésica;
- Ficha de Anestesia do Procedimento;
- Formulário de Saída de Sala Operatória de Materiais (soluções, fios cirúrgicos, equipamentos utilizados, etc), de medicamentos e soluções parenterais (soros, etc);
- Relatório com Descrição do Procedimento;
- Prescrição e Evolução Médica;
- Evoluções e Anotações de Enfermagem.

3. O reembolso das despesas com os medicamentos de uso ambulatorial para o estímulo da ovulação está limitado ao valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por ciclo completo, ou seja, estímulo medicamentoso à ovulação e aspiração de folículos, fertilização “in vitro” ou inseminação artificial;

3.1 - Os casos de impossibilidade da fertilização “in vitro” ou inseminação artificial devem ser justificados pelo médico assistente através de relatório;

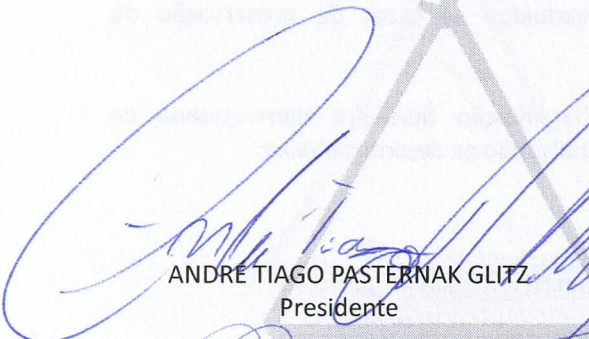
4. Para a análise do pedido de reembolso das despesas com medicamentos ambulatoriais para estímulo à ovulação, a beneficiária deverá apresentar as notas fiscais com a discriminação do medicamento, dosagem, apresentação e quantidade, bem como prescrição/receita médica com discriminação do medicamento, a dose e a via da aplicação e a(s) data(s) de aplicação ou utilização;

5. Fica vedada a concessão de reembolso dos procedimentos que não sejam considerados tratamento de infertilidade, conforme definição técnica supra.


Fica revogada a Resolução N.002/2016, de 17 de agosto de 2016;

Publique-se.

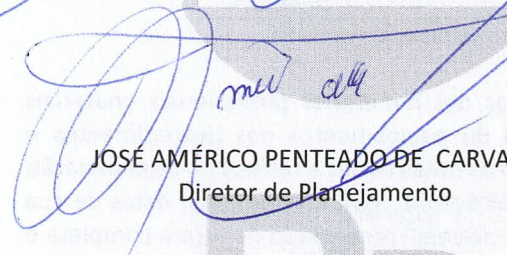
Curitiba, 30 de janeiro de 2020.



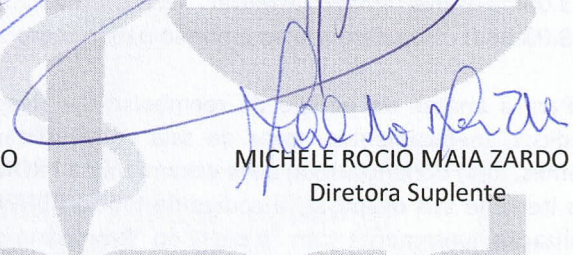
ANDRÉ TIAGO PASTERNAK GLITZ
Presidente



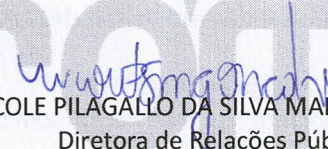
WILLIAN BUCHMANN
Diretor executivo



JOSE AMÉRICO PENTEADO DE CARVALHO
Diretor de Planejamento



MICHELE ROCIO MAIA ZARDO
Diretora Suplente



NICOLE PILAGALLO DA SILVA MADER GONÇALVES
Diretora de Relações Públicas