

ANEXO A QUE SE REFERE O DECRETO Nº 8887/2010

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAS

REGULAMENTO

TÍTULO I – DA ORGANIZAÇÃO

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS DO SAS

Art. 1º O Sistema de Assistência à Saúde – SAS – tem por objetivo oferecer ações de saúde necessárias à recuperação e manutenção da saúde dos servidores públicos civis, efetivos, ativos e aposentados, militares da ativa, da reserva remunerada, os reformados, os respectivos dependentes, bem como dos pensionistas do Estado do Paraná.

§ 1º As ações de saúde, referidas no *caput* deste artigo, serão prestadas por entidades de assistência à saúde, ou suas mantenedoras, especialmente contratadas ou conveniadas para esse fim, e compreendem:

- I. assistência ambulatorial, incluindo consultas médicas terapias e tratamentos, como descrito neste Regulamento; e
- II. assistência hospitalar, incluindo internações clínicas e cirúrgicas, com cobertura obstétrica, conforme descrito neste Regulamento.

§ 2º A assistência à saúde de que trata o *caput* deste artigo poderá ser extensiva a outros órgãos públicos do Estado do Paraná, mediante manifestação de interesse do titular e formalização de Convênio específico para esta finalidade, sendo custeada às expensas do órgão interessado.

CAPÍTULO II – DA GESTÃO DO SAS

Art. 2º O Sistema de Assistência à Saúde - SAS será gerido pela Secretaria de Estado da Administração e da Previdência - SEAP, a quem caberá:

- I. sugerir as políticas e diretrizes gerais para o Sistema de Assistência à Saúde - SAS que deverão ser aprovadas pela

- autoridade máxima do órgão;
- II. definir critérios para a distribuição dos atendimentos em Macrorregiões, Mesorregiões Diferenciadas ou Simples e Microrregiões, como organização operacional para o SAS;
 - III. estabelecer os instrumentos que serão utilizados para o relacionamento com as instituições que prestarão os serviços assistenciais;
 - IV. realizar licitação para seleção e contratação de instituições que prestarão os serviços assistenciais aos beneficiários do SAS;
 - V. realizar convênios para prestação dos serviços de saúde aos beneficiários do SAS, quando for o caso;
 - VI. firmar com instituições hospitalares, ou suas mantenedoras, os instrumentos para prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do SAS;
 - VII. ordenar os pagamentos aos prestadores de serviços e a revisão mensalmente do número de beneficiários do SAS de cada Macrorregião;
 - VIII. instituir o Regimento Interno do Departamento de Assistência à Saúde;
 - IX. expedir Normas Operacionais para o SAS;
 - X. autorizar a contratação de consultorias e projetos especiais de interesse do SAS.

Art. 3º Cabe ao Departamento de Assistência à Saúde – DAS, como órgão gestor operacional do SAS:

- I. acompanhar e fiscalizar as atividades das instituições contratadas ou conveniadas para prestação dos serviços assistenciais aos beneficiários do SAS;
- II. realizar as previsões orçamentárias para operacionalização do SAS;
- III. viabilizar pagamentos e transferências de recursos, destinados ao SAS, mediante emissão de empenhos para ordens de pagamento, ou crédito em conta;
- IV. estabelecer parâmetros, protocolos e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços oferecidos pelas instituições contratadas ou conveniadas;
- V. criar mecanismos de auditoria direta e indireta, destinados a

- avaliar, junto aos beneficiários, a qualidade do atendimento oferecido pelas instituições contratadas ou conveniadas;
- VI. acompanhar o desempenho assistencial das instituições contratadas ou conveniadas e organizar relatórios estatísticos;
 - VII. acompanhar, periodicamente, com base em análise técnica-atuarial, os indicadores de utilização dos procedimentos previstos no SAS;
 - VIII. propor e avaliar os mecanismos de regulação e o desempenho das instituições contratadas ou conveniadas e suas referenciadas;
 - IX. criar Câmara Técnica como instância destinada a intermediar ou arbitrar, entre os contratados, o ressarcimento de despesas decorrentes do atendimento de beneficiários de uma Macrorregião em outra, na urgência e emergência;
 - X. acompanhar e auditar as inclusões, alterações e exclusões de beneficiários no cadastro do SAS e proceder a revisão mensal do número de vidas, de cada Macrorregião;
 - XI. zelar pela integridade do Cadastro de Beneficiários do SAS;
 - XII. propor a contratação de consultorias e projetos especiais de interesse do SAS.

CAPÍTULO III –DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Art. 4º Os conceitos e definições a seguir integram as condições gerais deste Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde:

- I. Acidente pessoal: evento externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;
- II. Ambulatorial: atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual, o tratamento será atendido como internação;
- III. Ambulatório: estrutura arquitetada onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros

- socorros ou outros procedimentos que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos beneficiários;
- IV. Beneficiário: aquele que tem direito ao benefício;
 - V. Benefício: cobertura prevista no Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde – SAS;
 - VI. Catálogo Médico: relação de médicos, serviços próprios, ou referenciados, fornecida aos beneficiários, pelos contratados
 - VII. Cobertura: elenco de benefícios e procedimentos que o beneficiário tem direito;
 - VIII. Consulta: ato realizado por médico, em consultório, que avalia as condições clínicas do beneficiário;
 - IX. Doença: processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que levam o indivíduo à necessidade de tratamento médico ou hospitalar;
 - X. Eletivo: termo usado para designar atendimentos ou procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência;
 - XI. Emergência: situação que apresenta risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
 - XII. Evento: conjunto de ocorrências que tem por origem ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física dos beneficiários, em decorrência de acidente ou doença, desde que verificado durante a vigência do contrato e não configure como exclusão de cobertura;
 - XIII. Exame: procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita a investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;
 - XIV. Exclusão: procedimentos ou atos que não recebem custeio pelo Sistema de Assistência à Saúde-SAS;
 - XV. Inserção: ato de incluir um beneficiário no Sistema de Assistência à Saúde-SAS, condicionado à aceitação de suas normas;
 - XVI. Internação hospitalar: quando o beneficiário permanece em hospital, por mais de 12 horas para ser submetido a algum tipo de tratamento clínico ou cirúrgico;

- XVII. Manual de Beneficiário: documento que deve ser disponibilizado aos Titulares do SAS, com as instruções e orientações para acesso aos benefícios do Sistema, bem como com os esclarecimentos dos seus direitos e deveres;
- XVIII. Órtese: dispositivo mecânico aplicado sobre segmentos corporais para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir, ou corrigir deformidades e permitir, ou facilitar sua função durante o ato cirúrgico;
- XIX. Procedimento Médico Ambulatorial: o executado, no máximo com anestesia local, que não exige a presença de médico anestesista e que não ultrapassa 12 horas entre o início do procedimento e a alta do paciente;
- XX. Prótese: peça artificial empregada em ato cirúrgico, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- XXI. Referenciados: designa os profissionais, ou serviços não pertencentes à estrutura física própria do contratado ou conveniado, que atendem os beneficiários do SAS, por encaminhamento formal;
- XXII. Serviços: atos especializados, instalações físicas e equipamentos colocados à disposição do beneficiário, pela instituição contratada ou conveniada, para o atendimento à saúde;
- XXIII. Urgência: situação decorrente de acidente pessoal, de complicação no processo gestacional e aquele efetuado para alívio de sofrimento intenso; e
- XXIV. Vigência: período no qual vigoram os direitos, os eventos e os contratos do Sistema de Assistência à Saúde.

CAPÍTULO IV – DA REGIONALIZAÇÃO DO SAS

Art. 5º A prestação de serviços de assistência à saúde será oferecida pelo SAS aos seus beneficiários pelas instituições – contratadas ou conveniadas – referenciadas em Macrorregiões.

§ 1º A abrangência de cada Macrorregião será aprovada previamente pelo titular da SEAP e constará, obrigatoriamente, do anexo do edital de licitação
§2º As Macrorregiões poderão ser subdivididas em Mesorregiões e Microrregiões

que serão compostas por municípios circunscritos a elas, estabelecidos por critérios técnico-administrativos.

§ 3º As contratações e convênios retrarão a disposição geográfica de que trata o parágrafo anterior.

§ 4º A SEAP, mediante estudos e justificativas, poderá ampliar ou diminuir a quantidade de Macrorregiões, bem como alterar os municípios circunscritos a estas.

§ 5º De acordo com as necessidades técnico-administrativas, a SEAP poderá autorizar que cada Macrorregião implante Mesorregiões Diferenciadas, Mesorregiões Básicas e Microrregiões, dentro de sua área de abrangência.

TÍTULO II – DOS BENEFICIÁRIOS DO SAS

CAPÍTULO I – DA QUALIFICAÇÃO

Art. 6º São considerados beneficiários do SAS, para efeitos deste Regulamento:

- I – Na qualidade de Titular:
 - a) o servidor civil efetivo, ativo e inativo;
 - b) o militar da ativa, aposentado, da reserva remunerada e o reformado; e
 - c) o pensionista de natureza previdenciária, de acordo com a Lei 12398/98.
- II – Na qualidade de Dependente do Titular:
 - a) o cônjuge; ou
 - b) a(o) companheira(o), na constância da união estável;
 - c) os filhos, os enteados e os filhos do(a) convivente, desde que:
 - (i) solteiros e menores de menores de 21 anos e/ou
 - (ii) definitivamente inválidos ou incapazes.
 - d) o tutelado ou a criança ou adolescente sob guarda.

§ 1º Para efeitos deste Regulamento, serão qualificados pela PRPREVIDÊNCIA, de acordo com a Lei 12398/98:

- (i) a união estável, referida na alínea “b”;
- (ii) o filho e o enteado inválido ou incapaz, referidos na alínea “c.ii”;

(iii) o tutelado ou o menor sob guarda, referidos na alínea “d”, todos do inciso II deste artigo.

§ 2º Fica assegurada, pelo período de 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do nascimento, a assistência à saúde do recém-nascido, filho do Titular do SAS. Após este período, será exigida a inscrição no cadastro de beneficiários do SAS.

§ 3º Não é permitida a inscrição de dependentes, pelos pensionistas.

§ 4º O beneficiário do SAS será identificado pelo documento de identidade individual, oficial.

CAPÍTULO II – DA INSERÇÃO E DA PERDA DA QUALIDADE

Art. 7º Serão considerados inseridos no SAS, automaticamente, todos os Titulares e seus dependentes, qualificados no artigo 5º deste Regulamento, exceto os referidos no seu § 1º, pois dependem de qualificação prévia.

Parágrafo único. A aceitação das normas deste Regulamento e demais condições dar-se-á no momento da utilização dos serviços oferecidos pelo SAS, por qualquer beneficiário.

Art. 8º A perda da qualidade de beneficiário do Sistema de Assistência à Saúde ocorrerá:

I – para o Titular:

- a) com o afastamento sem remuneração por prazo superior a 30 dias;
- b) com o desligamento do serviço público;
- c) com a cessação da pensão ou casamento do pensionista;
- d) pelo falecimento.

II – para os Dependentes, nas seguintes condições:

- a) ao cônjuge, pela separação judicial, pelo divórcio, ou pela anulação do casamento;
- b) ao companheiro(a), quando for revogada a sua indicação pelo Titular, ou desaparecidas as condições inerentes a essa qualidade;
- c) aos filhos, enteados e filhos do(a) convivente, ao completarem 21 anos de idade;
- d) aos filhos, enteados e filhos do(a) convivente maiores e

inválidos, pela cessação da invalidez;

e) aos tutelados e menores sob guarda, aos 18 anos, ou antes, pela perda da condição;

f) para qualquer dependente, pelo casamento ou falecimento.

§ 1º A exclusão do Titular implicará na exclusão automática de todos os seus dependentes.

§ 2º Para qualquer beneficiário, a exclusão ocorrerá com a comprovação de utilização indevida do SAS, independentemente da obrigatoriedade de ressarcimento da despesa decorrente e sem prejuízo da ação penal cabível.

CAPÍTULO III – DAS OBRIGAÇÕES DOS TITULARES

Art. 9º São obrigações dos Titulares:

- I. conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do SAS, respondendo por qualquer irregularidade praticada, inclusive por seus dependentes, que fira ou possibilite o descumprimento das regras do SAS;
- II. submeter-se à perícia médica e prestar esclarecimentos sobre a utilização de qualquer benefício previsto neste Regulamento, sempre que solicitado;
- III. formalizar a exclusão de qualquer dependente que venha perder a condição de beneficiário do SAS;
- IV. responsabilizar-se formalmente por despesas com assistência à saúde realizadas em unidades assistenciais não contratadas ou conveniadas pelo SAS;
- V. responsabilizar-se formalmente por despesas com assistência à saúde realizadas em unidades assistenciais cuja origem estejam excluídas da cobertura do SAS.

TÍTULO III – DOS SERVIÇOS DO SAS

CAPÍTULO I – DA COBERTURA

Art.10. O Sistema de Assistência à Saúde-SAS terá cobertura

assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, aprovada pela Organização Mundial de Saúde, bem como a constante da Tabela de Honorários Médicos editada pela Associação Médica Brasileira (AMB) edições 1992 e 1996, excetuando-se o contido no artigo 12 deste Regulamento.

Art.11. A cobertura assistencial a que se refere o artigo 11 compreende especificamente o descrito nos incisos deste artigo, observadas as exclusões previstas no artigo 12:

- I. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado para doenças cobertas pelo SAS;
- II. os serviços de apoio diagnóstico, terapias e tratamentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- III. as internações hospitalares, inclusive partos, em aposento coletivo de dois leitos, ou em unidade de terapia intensiva para tratamentos clínicos e cirúrgicos, sem limitação de prazo, a critério do médico assistente;
- IV. os exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e terapias, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, além da cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- V. toda e qualquer taxa referente à internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados, assim como a remoção do paciente internado para outro hospital contratado ou conveniado, no Estado do Paraná, quando comprovadamente necessária e justificada pelo médico assistente;
- VI. as despesas de alimentação e acomodação para um acompanhante de pacientes menores de 18 e maiores de 65 anos;
- VII. o antisensibilizante ao fator RH materno; e
- VIII. atendimento ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, por 45 dias, no máximo, sem necessidade de estar cadastrado no SAS.

CAPÍTULO II – DAS EXCLUSÕES

Art.12. Estão excluídos da cobertura do Sistema de Assistência à Saúde - SAS, os seguintes procedimentos:

- I. tratamentos clínicos e cirurgias, exames e terapêutica não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), não constantes em Tabela de Honorários Médicos editada pela Associação Médica Brasileira (AMB) edições 1992 e 1996, ou que ainda não foram homologados pelo Ministério da Saúde;
- II. tratamentos ou cirurgias ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas entidades competentes;
- III. especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- IV. terapias para fertilidade, inseminação artificial, fertilização *in vitro* e esterilização;
- V. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VI. tratamento odontológico (clínico e cirúrgico) e ortodôntico;
- VII. cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo aquelas que visem reparar e resgatar funções, em decorrência de acidente ou doença;
- VIII. realização de *check up*;
- IX. fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza, excetuando-se as de uso temporário, materiais especiais e os elementos de síntese óssea ligados ao ato operatório;
- X. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- XI. vacinas em geral, exceto a droga anti-sensibilizante do fator Rh materno;
- XII. fornecimento de atestados ou laudos de avaliação para prática de esportes ou lazer, bem como atestados inerentes à medicina ocupacional;
- XIII. cirurgia para correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo;
- XIV. transplantes de órgãos de qualquer natureza;
- XV. internamento social para desabilitados ou idosos (asilamento);

- XVI. tratamentos em psicologia e fonoaudiologia;
- XVII. ressonância nuclear magnética;
- XVIII. embolizações em geral, inclusive de anomalias vasculares neurológicas;
- XIX. cirurgias cardíacas e procedimento terapêutico invasivo em cardiologia (angioplastia);
- XX. diálises ambulatoriais;
- XXI. exames de genética médica;
- XXII. medicamentos e materiais não nacionalizados e sem registro na ANVISA;
- XXIII. procedimento cirúrgico para alteração de sexo;
- XXIV. métodos cirúrgicos de controle de fertilidade.

CAPÍTULO III – DO ATENDIMENTO

Art.13. O beneficiário do SAS deverá dirigir-se à instituição contratada ou conveniada, em sua Macrorregião, para ter acesso a qualquer procedimento médico ambulatorial e/ou hospitalar coberto pelo SAS, com um documento de identidade pessoal para receber o atendimento a que tem direito.

Parágrafo único. Os beneficiários receberão informação acerca da instituição contratada ou conveniada, em sua Macrorregião, através do Portal do Servidor e/ou das unidades de recursos humanos e da Paranaprevidência.

Art. 14. O atendimento a consultas, exames, terapias e internamentos, cobertos pelo SAS, deverá ser realizado, obrigatoriamente, dentro da Macrorregião onde reside o Titular.

§ 1º Os atendimentos eletivos poderão ser realizados excepcionalmente em outra Macrorregião desde que solicitados previamente ao DAS, pelo prestador, em formulário específico.

§ 2º É assegurado, independentemente do local de residência do beneficiário, o atendimento em qualquer instituição contratada ou conveniada pelo SAS, nos casos de:

- I. emergência, como tal definidos os eventos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- II. urgência, assim entendidos os eventos resultantes de acidentes, complicações no processo gestacional ou sofrimento intenso.

§ 3º Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem por ele responde, terá o prazo de 24 horas, contado do início da internação, para providenciar a apresentação, à instituição contratada ou conveniada, da identidade individual.

§ 4º A falta de apresentação da identidade individual, no prazo previsto no parágrafo anterior, desobrigará a instituição contratada ou conveniada de considerar o paciente como beneficiário do SAS e poderá tomar as providências cabíveis.

§ 5º A relação nominal de médicos, clínicas, hospitais, serviços, ou laboratórios, de cada Macrorregião, deverá ser disponibilizada, pela instituição contratada ou conveniada, aos respectivos Titulares vinculados, pelo meio de mais fácil acesso para os beneficiários.

Art. 15. Nos casos da necessidade de internação em urgência e emergência de qualquer beneficiário, fora de sua Macrorregião de referência, ela deve ser feita em outra instituição contratada ou conveniada ou referenciada pelo SAS e comunicada à instituição contratada ou conveniada de origem, para regularização da situação.

TÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.16. A Secretaria de Estado da Administração e da Previdência – SEAP não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos servidores do Governo do Estado do Paraná, civis ou militares, seus dependentes, ou seus prepostos, com hospitais, instituições assistenciais ou médicos para o atendimento à saúde.

Parágrafo único. No mesmo sentido do disposto no *caput* deste artigo, a Secretaria de Estado da Administração e da Previdência – SEAP não se responsabilizará por quaisquer acordos firmados particularmente pelos beneficiários do SAS ou seus prepostos, com hospitais, instituições assistenciais ou médicos, mesmo contratados ou conveniados ao SAS, para qualquer tipo de complementação ou suplementação às coberturas previstas neste Regulamento.

Art. 17. A Secretaria de Administração e Previdência - SEAP disponibilizará, por meio impresso e/ou eletrônico, o Manual do Beneficiários, do qual constarão os direitos e deveres do Beneficiários, bem como a discriminação das coberturas e exclusões do SAS, previstas neste Regulamento.
