

MARIA DE LOURDES IMPERICO RIBOLDI  
Bel. em Administração de Empresas



**SAÚDE: DIREITO DE TODOS.  
PRIVILEGIO DE POUCOS**

UFRGS  
Escola de Administração  
BIBLIOTECA  
R. Washington Luiz, 855  
Fone: (51) 315-2840 - Fax: (51) 315-5951  
CEP 91010-460 - Porto Alegre - RS - B. A.

Trabalho de Pós-Graduação em Adminis-  
tração de Empresas - Gestão de Siste-  
mas de Saúde. apresentado na Univer-  
sidade Federal do Rio Grande do Sul.

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including the name 'Eduardo' and some illegible scribbles.

Agradecimentos

Golden Cross - Assistência Internacional de Saúde  
Celso Moacir Nunes

Policlinica Central - "Saúde é o Melhor Investimento"  
José Alberto Reinicke

Seguro Multi Saúde Bradesco Empresa  
João Luiz Martinelli

Unimed - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Angela Dalsotto

Orientador da Monografia:

**Lauro Roberto M. Borba**

Bel. em Administração de Empresas  
Pós-graduado em Administração Financeira  
Pós-graduado em Administração Hospitalar

## ÍNDICE

I	- Introdução.....	5
II	- Objetivos.....	9
III	- Materiais e Métodos.....	10
IV	- Planos de Saúde	
	4.1 - Golden Cross.....	11
	4.2 - Policlínica Central.....	22
	4.3 - Seguro Saúde Bradesco Empresa.....	29
	4.4 - Unimed.....	51
V	- Comentários sobre os benefícios oferecidos.....	66
VI	- Vantagens dos Planos.....	78
VII	- Limitações dos Planos.....	80
VIII	- Considerações Finais.....	87
IX	- Referências Bibliográficas.....	91
X	- Anexos	
	a - Quadro comparativo dos planos	
	b - Custo Hospitalar - SIDA Internação	



## I — INTRODUÇÃO

Não haverá progresso nos planos de desenvolvimento do País, caso não se conte com uma população sadia e bem alimentada. Dificilmente se pode lograr ter uma população com estas características, quando há carência das condições econômicas imprescindíveis para alimentar-se melhor, ter assegurada uma boa atenção médica, habitar em casas com estrutura básica indispensável, ter acesso à educação e à recreação, poder trabalhar racionalmente e outros aspectos que se resumem na meta do desenvolvimento econômico e social: o bem-estar.

O nosso País não tem tradição de saúde preventiva e carece de saneamento básico para a maioria da população. São agravantes que repercutem em maiores epidemias. Não se previnem as doenças; o que se faz, infelizmente, é tratar de doenças, muitas vezes irreversíveis, o que é mais oneroso.

No campo específico da saúde, os recursos destinados ao setor desfazem-se, consumidos por um sistema de prestação de serviço desvirtuado em sua finalidade, concentrado e sofisticado em demasia, em contradição com a estrutura de necessidades e orientado, prioritariamente, para os interesses dos produtores de serviços e de insumos e outros bens de saúde. A "indústria da doença", nascida desses interesses, absorve os recursos disponíveis e se amplia e fortalece com seu crescimento: concentra esforços na recuperação tão sofisticada e onerosa quanto possível da saúde perdida, pois a doença e não a saúde é a "mercadoria" que a alimenta.

Se a saúde é vista como mais um produto a ser vendido no mercado, para aqueles que têm meios para comprá-lo, é natural que o sistema apresente deformações e fragmentações em seu

campo de atendimento, onde organismos diferentes - públicos e privados - tentam satisfazer o mesmo tipo de usuário.

A realidade da prestação de serviços à saúde é confusa e caótica. Os consumidores protegidos por alguma modalidade de seguro privado-individual, ou de medicina de grupo ou de empresas, estão submetidos à relação de cobrança complementar, já que os valores que são estipulados não cobrem a real despesa, com exames, honorários médicos, etc.

As restrições ao atendimento, impostas pelos convênios, alteram a relação médico-paciente, interferindo no grau de autonomia técnico-gerencial dos profissionais.

O usuário tem dificuldade de manter um plano, e, o que é pior, de poder usufruir de uma assistência adequada e respeitosa, já que os planos prometem, mas não proporcionam, por não ser viável, economicamente, a concessão dos benefícios esperados, no momento de sua utilização. Encontrar um usuário totalmente satisfeito com seu plano privado significa dizer que não ficou muito tempo internado, não houve complicações em seu tratamento e o diagnóstico do profissional escolhido de saúde foi exato e preciso.

Na compra dos serviços, estipula-se uma lista de procedimentos e seus valores, não definindo, no entanto, medidas concretas para a defesa do direito do paciente, padrão de qualidade mínimo, previsão de normas técnicas referentes à conduta tecnológica e de recursos humanos.

A situação do usuário fica confusa e, totalmente desassistido ao ler um plano, não consegue compreender do que necessita basicamente e quais serviços complementares que poderá utilizar, para melhor reestabelecimento de sua saúde. A linguagem, a disposição impressa, tudo dificulta o entendimento e a compreensão do leigo. A insegurança na escolha, a incapacidade financeira, a dificuldade de visualização do futuro, se somam à ansiedade quanto à prestação dos serviços, após a compra do pacote.

A incerteza do usuário e suas dúvidas aumentam ao pensar que, inevitavelmente, deverá retornar à assistência do SUS, da qual pretendeu fugir, ao adquirir o plano de saúde.

Não sabe se o profissional que o atendeu em consultório e no hospital privado, oferecido pelo plano, poderá ele mesmo remetê-lo e acompanhá-lo ao hospital público de seu acesso, no momento em que cessam os benefícios do plano, e continuar assim o tratamento, dentro do Sistema Público de Saúde.

A dificuldade do usuário, nessas situações, é também se poderá arcar com as despesas de procedimentos excluídos do plano, para complementar seu tratamento, caso não consiga recorrer ao SUS, de modo particular ao total a ser desembolsado financeiramente pelo tratamento.

No presente estudo, foram escolhidos os planos empresariais das Instituições Privadas de Saúde, já que as empresas costumam oferecer aos seus empregados um pacote de compensações, onde o salário constitui somente uma parcela. Benefícios sociais são aquelas facilidades, conveniências, vantagens e serviços que as empresas oferecem aos seus empregados no sentido de poupar-lhes esforços e preocupação. Algumas empresas têm desenvolvido planos diferenciados de serviços e benefícios sociais para vários níveis de empregados: diretores, gerentes, chefes e empregados. A decisão empresarial de contratar um plano de benefícios é a demonstração de uma visão empresarial moderna e eficiente na administração de recursos humanos. Quando a empresa contrata um plano, além do aumento do nível de satisfação funcional, como a produtividade e demais conseqüências, a empresa com isto, além do aumento do seu faturamento também recebe as vantagens do abatimento do Imposto de Renda.

Dentre as modalidades assistenciais de medicina de grupo, a auto gestão, as cooperativas médicas, os planos administrados e o seguro-saúde que fazem parte do sistema privado de atenção médica supletiva, foram selecionadas do mercado de Porto Alegre, através de uma preferência e maior concentração

de vendas de saúde, as empresas Golden Cross, Policlínica Central, Seguro Multi Saúde Bradesco Empresa e Unimed. Desde as consultas ambulatoriais, em consultórios particulares, passando por cirurgias e exames, apresentam-se as diversas coberturas existentes; algumas oferecem reembolso de despesas, outras, coberturas parciais.

Deve-se considerar, ainda, que as empresas constituem o maior leque de clientes dos seguros privados de saúde, face às dificuldades e limitações das pessoas, em geral, levando em conta, principalmente:

1 - escassa capacidade econômica geral, que se reflete em baixos ganhos nacionais e uma baixa renda "per capita";

2 - disparidade na distribuição de ganhos, o que origina notáveis desigualdades sociais e dependência econômica da maioria da população ante grupos minoritários privilegiados;

3 - deficiente nível sanitário em geral, caracterizado por uma grande carência de medidas coletivas da saúde.

Inseridos neste contexto, os planos privados de saúde suprem, em parte, as deficiências governamentais e, por outro lado, acabam onerando o próprio Sistema Único de Saúde.

Os planos de saúde vêm suprir uma grande lacuna, apesar de suas limitações e restrições.

O seu leque de benefícios é regulado pelo custo e pela capacidade econômica da clientela. Vieram para suplementar a saúde básica, que é dever do Estado, conforme preceito constitucional. O que se constata, no entanto, é que os planos privados são muito limitados e, nos casos dos serviços mais onerosos, buscam o apoio e parasitam nos serviços oferecidos pelo próprio Governo.

## II - OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo são os seguintes:

- fazer uma análise dos planos privados de saúde no mercado de Porto Alegre;
- levantar os seus benefícios relativos à cobertura de doenças, exames ambulatoriais, internações hospitalares e pronto-atendimento;
- identificar as limitações dos planos dentro de suas propostas de cobertura, com a enumeração das patologias não seguradas;
- verificar as repercussões dos planos privados sobre o sistema público de saúde;
- fomentar a discussão sobre a assistência à saúde, na busca de alternativas para o seu aperfeiçoamento.

### III - MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 - Materiais

- Foram utilizados os contratos, bem como todo o material fornecido para divulgação dos planos de saúde;
- Foram eleitas empresas que são maiores em vendas e representativas das tendências do mercado, com novas adaptações das necessidades dos usuários e que, por sua vez, abarcam doenças mais modernas.

#### 3.2 - Métodos

- Através da leitura do material explicativo e contratual dos planos, foram listadas as doenças para as quais ocorrem coberturas totais, parciais ou nenhuma.
- Estabeleceu-se uma comparação entre os vários planos, com a identificação e suas vantagens, benefícios, bem como suas limitações.
- Procurou-se identificar as repercussões dos planos privados sobre o sistema público de saúde, especialmente, nos casos das patologias não seguradas.
- Em cada empresa privada de saúde, foi analisado o plano global, levando em conta a gama total de benefícios e coberturas possíveis.

## **IV - PLANOS DE SAÚDE**

## 4.1 - GOLDEN CROSS Assistência Internacional de Saúde

### PROPOSTA PARA COBERTURA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

**Objeto:** Cobertura de custos de serviços médicos, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares.

### BENEFICIÁRIOS

**Beneficiários Titulares:** São sócios, diretores e empregados com vínculo empregatício.

#### **Dependentes**

**Econômicos** - São considerados dependentes econômicos dos sócios, diretores e empregados:

- a) Cônjuge, companheiro(a)
- b) Filhos solteiros até 18 anos, filhas solteiras até 21 e se estudantes de cursos regulares reconhecidos, até 24 anos.
- c) Enteados(as) e tutelados(as), equiparando-se aos filhos(as);
- d) Mãe solteira ou viúva, separada judicialmente ou divorciada.

#### **Especiais(agregados):**

- a) Filhos, enteados e tutelados acima de 18 anos e filhas, enteadas acima de 21 anos, solteiros(as) respectivamente, que não tenham comprovado escolaridade.
- b) Irmãos(as) solteiros(as), até o máximo de 64 anos.
- c) Pai e mãe, sogro(a) até o máximo de 64 anos.



## CARÊNCIAS

30 dias após a assinatura do contrato e pagamento da primeira mensalidade, determinadas pelas condições pertinentes a cada contrato.

Sem carência: beneficiários titulares e dependentes econômicos, desde que seja de 50 o número mínimo total do quadro da empresa.

### \* Carência para Dependentes Especiais:

30 dias para os casos decorrentes de acidentes pessoais, exceto os casos obstétricos;

90 dias para consultas, serviços auxiliares e exames complementares;

300 dias para os casos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e para os exames de angiografia, tomografia computadorizada, ecocardiografia, medicina nuclear, estudos hemodinâmicos, neuroradiologia e ressonância magnética;

360 dias para internações de cirurgias cardiovasculares, neurocirurgias, cirurgias de próstata, cataratas, glaucomas, surdez e acidentes vasculares encefálicos.

## PLANOS

### PLANOS DA REDE PREFERENCIAL

- . Standart e Especial - Benefícios assistidos pela rede preferencial, consultas com hora marcada, exames complementares, serviços auxiliares, remoções e internações hospitalares.

Estas opções estão disponíveis nas cidades onde existe serviços próprios.

### PLANOS DA REDE CREDENCIADA

- . Dame I e Dame II - Rede preferencial e/ou credenciada, com consultas com hora marcada em consultórios particulares, bem como exames complementares, serviços auxiliares, remoções e internações hospitalares.

### PLANOS DE LIVRE ESCOLHA TOTAL

- . Executivo I, II, III, IV e V - Livre escolha de médicos, hospitais e outros serviços, pagando diretamente pelos serviços prestados para posterior reembolso, de acordo com a opção escolhida.

### PLANOS OPCIONAIS

#### Dame - Opção A

Exclui: Eletrocardiograma dinâmica (Holter);

Psicoterapia infantil

Fonoaudiologia infantil

Fisioterapia: 10 sessões/12 meses;

Radioterapia: 48 aplicações/12 meses;

Internação: 40 dias, exceto em CTI/ CETIM, Unidade Coronariana ou Unidade Respiratória, que será de 20 dias no máximo.

Os exames:

- a) Tomografia computadorizada, testes ergométricos, provas de função pulmonar, audiometria, eletromiografia, ressonância magnética - é assegurado um exame para cada beneficiário em cada período de 12 meses de permanência no mesmo contrato.

- b) Ecocardiografia, endoscopias e angiografia - é assegurado dois exames para cada beneficiário em um período de 12 meses de permanência no mesmo contrato.

**Dame - Opção B**

**Exclui:** Eletrocardiografia dinâmica (Holter);  
Tomografia computadorizada;  
Ultrassonografia;  
Ecocardiografia;  
Teste ergométrico;  
Medicina Nuclear;  
Neuroradiologia;  
Provas de função pulmonar;  
Audiometria;  
Fluoresceinografia;  
Eletromiografia;  
Estudos hemodinâmicos, inclusive cineangiocoronariografia;  
Ressonância magnética.  
Ainda exclui, a prorrogação de internação superior a 30 dias.

É assegurado os seguintes exames complementares:

- Análises clínicas;
- Anátomo-patológico, exceto necrópsias;
- Radiológicos;
- Eletrocardiogramas;
- Eletroencefalogramas;
- Endoscopias - uma para cada beneficiário em cada período de doze meses de permanência no mesmo contrato;
- Angiografia - uma para cada beneficiário em cada período de doze meses de permanência no mesmo contrato.

**Coberturas:**

20 dias de internação, em cada período de doze meses.

Fisioterapia: 10 sessões/12 meses;

Radioterapia: 48 aplicações/12 meses.

**Dame - Opções A e B**

Custo operacional, apurado pela tabela acrescido de 10% de taxa administrativa. Exames com despesas adicionais, como taxas de sala de uso de materiais, contrastes e medicamentos não incluídos nas tabelas será acrescido de 50% para cobertura destas despesas.

**INTERNACÃO**

90 dias de internação, contínuos ou não, não cumulativos, em cada período de 12 meses de permanência no contrato, exceto nas internações em CTI, CETIN, Unidade Coronariana ou Unidade Respiratória, em que o período máximo será de 30 dias.

**Opções**

Standart e Dame I - Quartos de dois ou mais leitos;

Especial e Dame II - Quartos individuais com banheiro privativo.

**Despesas previstas nas internações:**

- . Diárias de hospitalização;
- . Nutrição Enteral;
- . Serviços Dietéticos;
- . Taxas de internação, de sala de operação, de parto ou gesso, inclusive instrumentos, material de osteosíntese (pinos, parafusos e placas) e medicamentos utilizados, exceto próteses de qualquer natureza, medicamentos e material de procedência estrangeira.
- . Serviços gerais de enfermagem;
- . Exames complementares e serviços auxiliares para diagnóstico, controle de tratamento e evolução da doença que motivou a internação até a alta hospitalar;
- . Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusão de sangue e seus derivados;
- . Monitoragem fetal durante o trabalho de parto;
- . Testes de pezinho (PKU e T4);
- . Acompanhantes exclusivamente para menores de 14 anos.

**REEMBOLSOS**

Standart, Especial, Dame I e Dame II onde não houver rede indicada ou credenciada, terá direito a reembolso, conforme o plano em que estiver incluído.

Planos de Livre Escolha Total (Executivos) - De acordo com a tabela de honorários da Golden Cross:

Honorários médicos - Até 12 vezes a tabela;

Despesas hospitalares - Reembolso integral;

Exames complementares e serviços auxiliares - Até 5 vezes a tabela.

\* É facultado a qualquer beneficiário a utilização de instalações hospitalares não cobertas, desde que o beneficiário ou a contratante, assumam, de forma expressa, a responsabilidade das despesas junto a médicos, hospitais e serviços auxiliares que excedam os limites da cobertura.

### **COBERTURAS**

- Alergologia e Imunologia;
- Anestesiologia;
- Angiologia;
- Cardiologia;
- Cirurgia buco-maxilo-facial;
- Cirurgia cardiovascular;
- Cirurgia de cabeça e pescoço;
- Cirurgia de mão;
- Cirurgia geral;
- Cirurgia pediátrica;
- Cirurgia plástica restauradora;
- Cirurgia torácica;
- Cirurgia vascular periférica;
- Clínica médica;
- Dermatologia;
- Endocrinologia;
- Gastroenterologia;
- Ginecologia;
- Hematologia;
- Homeopatia ambulatorial;
- Medicina intensiva;
- Medicina nuclear;
- Nefrologia;
- Neurocirurgia;
- Neurologia;
- Obstetrícia;

- Oftalmologia;
- Oncologia;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Proctologia;
- Psiquiatria ambulatorial;
- Radiologia;
- Reumatologia;
- Traumato-ortopedia;
- Urologia.

Obs.: Psiquiatria somente nos centros médicos exclusivos Golden Cross.

**Exames Complementares:**

- Análises Clínicas;
- Anátomo patológicos, exceto necrópsia;
- Angiografia;
- Audiometria;
- Ecocardiografia;
- Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- Eletrocardiograma;
- Eletroencefalograma;
- Eletromiografia;
- Endoscopias;
- Estudos hemodinâmicos, inclusive Cineangiocoronariografia;
- Fluoresceinografia;
- Medicina nuclear;
- Neuroradiologia;
- Provas de função pulmonar;

- Radiológicos;
- Ressonância magnética;
- Teste ergométrico;
- Tomografia computadorizada;
- Ultrassonografia.

**Serviços Auxiliares:**

- Fisioterapia: 10 sessões por patologia;
- Radioterapia;
- Quimioterapia anti-neoplásica em regime hospitalar ou ambulatorial;
- Hemodiálise nos casos de intoxicação exógena aguda e insuficiência renal aguda;
- Ato cirúrgico de implantação de marca-passo ou de substituição de geradores, não incluindo os aparelhos respectivos;
- Transfusão de sangue e derivados a nível ambulatorial. Autotransfusão;
- Remoções por serviços credenciados de até 100 km, não incluindo acompanhamento médico.

\* A critério do serviço médico, quando devidamente justificado, poderá ser autorizado:

- novas sessões de tratamento fisioterápicos,
- fisioterapia em caso de cirurgia traumatológica,
- cinesioterapia respiratória em regime de internação,
- tratamento de varizes de membros inferiores por esclerosantes,
- litotripsia,
- psicoterapia infantil,
- fonaudiologia infantil.



**Serviços Opcionais:**

- Exames médicos profissionais - admissional, periódico e demissional;
- Acidentes de trabalho e moléstias profissionais;
- AIDS e suas complicações.

**EXCLUSÕES**

- Neuroses e todas as doenças nervosas ou mentais que exijam internação; psicanálise; enfermidades decorrentes de uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; psicoterapia e fonoaudiologia;
- Cirurgias não éticas, inclusive interrupção de gestação; tratamento experimental, cirurgia ou uso de medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina; cirurgia ou tratamento para esterilização;
- Cirurgia ou tratamento odontológico, mesmo nos casos de lesão bucodentária, decorrente de acidente pessoal;
- Mamoplastia ainda que por hipertrofia mamária e distúrbios posturais;
- Tratamento clínico ou endocrinológico com finalidade estética e para alterações somáticas;
- Transplantes e implantes;
- Aparelhos destinados a substituição ou complementação de função, tais como: marca-passo, próteses e órteses de qualquer natureza;
- Reabilitação física, exceto quando por incapacidade temporária decorrente de lesão de origem traumática;
- Enfermagem particular;

- Atendimento nos casos de calamidade, epidemias, conflitos sociais, guerras e revoluções. Doenças tratadas exclusivamente nos Estabelecimentos de Saúde Governamentais e de notificação compulsória.
- Check-up (exceto para beneficiários titulares dos Planos Executivos, conforme cláusulas contratuais);
- Tratamento clínico ou cirúrgico de patologias já existentes antes do contrato;
- Casos crônicos e suas conseqüências, assim considerados aqueles que tenham atingido estado irreversível e não respondam a tratamento;
- Acidentes, lesões e patologias decorrentes da prática de ato ilícito devidamente comprovado, bem como os resultantes do exercício de atividade de risco voluntário, como por exemplo: asa-delta, paraquedismo, caça-submarina, motociclismo, automobilismo, motonáutica, boxe, lutas marciais e outros assemelhados; embriaguez e tentativa de suicídio.

## 4.2 - POLICLÍNICA CENTRAL SAÚDE E O MELHOR INVESTIMENTO

A Policlínica Central atua em Medicina de Grupo há 32 anos. Seus planos de saúde oferecem serviços médicos, hospitalares, odontológicos e fisioterápicos.

A Empresa possui sedes próprias, distribuídas pela Grande Porto Alegre e, através de sua infra-estrutura, o usuário tem à disposição telefones de apoio, onde, no caso de dúvidas sobre os planos e sugestões, poderá utilizar os telefones durante o horário comercial com o SAC- Serviço de Atendimento ao Cliente e fora destes horários com o SOS- Serviço de Orientação e Solução. Além desse apoio, conta dentro da Empresa filiada com um profissional atualizado e informado sobre o plano, encarregado dos Benefícios, que é o representante oficial junto à Policlínica.

### Vantagens Adicionais

- . Recursos diagnósticos concentrados em um único centro clínico,
- . prontuários médicos,
- . estatísticas de atendimento
- . controle de frequência dos funcionários atendidos (atestado de comparecimento),
- . atendimento centralizado em sedes próprias,
- . centro médico moderno em Porto Alegre e ambulatórios em Novo Hamburgo, Sapucaia do Sul, Gravataí, Canoas e Cachoeirinha,
- . mais de 170 consultórios médicos e odontológicos totalmente equipados,

- . pronto-socorro próprio 24 horas em Canoas, Sapucaia do Sul e na grande rede credenciada local, regional e nacional,
- . serviços próprios e credenciados para atendimento de urgências na Capital, Grande Porto Alegre, interior do Estado e várias regiões do país,
- . planos de saúde extensivos aos dependentes,
- . planos de saúde diferentes, adequados às necessidades de sua empresa.

## **BENEFICIARIOS**

São considerados automaticamente beneficiários dos diretores e funcionários, as esposas destes, filhos até 18 anos e filhas até 21 anos, enquanto solteiras.

## **CARÊNCIAS**

Carência de 300 dias para internações hospitalares  
Demais padrões: de utilização imediata.

## **PLANOS**

A Policlínica Central oferece atendimento em diversos padrões, projetados para as necessidades específicas da sua empresa.

## **PADRÃO PRÓ-CONSULTA**

Atendimento imediato sem carência nos ambulatórios próprios da Policlínica Central. O Padrão Pró-Consulta oferece

ainda os serviços de clínica geral e especializados, além de atendimentos de urgência.

#### **PADRÃO AMBULATORIAL**

Atendimento imediato sem carência. Pelo Padrão Ambulatorial, a empresa recebe os serviços do Padrão Pró-Consulta, acrescidos de fisioterapia completa, odontologia, procedimentos ambulatoriais e exames subsidiários.

#### **PADRÃO GLOBAL STANDART**

Atendimento imediato sem carência a nível ambulatorial. Participando do Padrão Global Standart, sua empresa tem os benefícios do Padrão Ambulatorial e ainda do atendimento no DAY HOSPITAL da Policlínica Central, além de internações em quartos semi-privativos na Rede Hospitalar Credenciada.

#### **PADRÃO EXECUTIVO E MAGNO**

Ampla gama de opções para sua empresa. Escolhendo entre os Padrões Executivos 4 e 6 e os Magnos (com 20 níveis), você tem direito a internações em quarto privativo na Rede Credenciada, livre escolha de médicos em consultórios particulares, com ressarcimentos quando o usuário utilizar privadamente serviços de sua escolha enquadrados nos atendimentos usuais.

#### **INTERNACÃO**

**Internações Hospitalares,** somente para planos globais.

Para os casos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e pediátricos em instalações coletivas ou semi-privativos, sem acompanhante, solicitados por médicos credenciados.

Total de internação ao ano: 30 dias intercalados ou não em doze meses

UTI/UTI Neo-Natal: dez dias

#### **Cirurgias:**

Na rede credenciada local.

DAY HOSPITAL com bloco cirúrgico composto por três salas que permitem cirurgias ambulatoriais e de porte médio com anestésias local ou geral. Possui ainda sala de estar, vestiário médico, conjunto de esterilização e preparo do paciente. Para o período de recuperação, o DAY HOSPITAL possui três apartamentos com frigobar, ar condicionado e banheiro privativo. A enfermaria infantil tem capacidade para cinco leitos.

Cirurgia geral

Cirurgia ginecológica

Cirurgia oftalmológica

Cirurgia otorrinolaringológica

Cirurgia ortopédica

Cirurgia pediátrica

Cirurgia urológica

#### **Tipos de Acomodações**

Standart (em enfermarias), 1ª classe e Especiais, com ou sem banheiro; ou apartamento, com ou sem acompanhante, de acordo com a opção contratual ou de acordo com a disponibilidade do Hospital.

### Diferenças de Acomodações

Caso você optar por acomodações superiores às contratadas, terá que acertar com hospital e médicos, diretamente estas diferenças.

A Policlínica Central conta ainda, com locais centrais de atendimento, unidades assistenciais próprias, atendimento de urgências com serviços credenciados na Grande Porto Alegre, serviços credenciados no interior do Estado e outros Estados.

### REEMBOLSOS

Permitido para o padrão Executivo; quando o usuário utilizar serviços enquadráveis em atendimentos usuais da Policlínica.

### COBERTURAS

#### Serviços Médicos:

Alergologia  
Angiologia  
Cardiologia  
Dermatologia  
Endocrinologia  
Gastroenterologia  
Ginecologia  
Medicina Nuclear  
Medicina Interna  
Nefrologia  
Neurologia  
Oftalmologia

Ortopedia  
Obstetrícia  
Otologia  
Otorrinolaringologia  
Pré e Pós-Natal  
Pediatría  
Pneumologia  
Proctologia  
Psiquiatria (Diagnose)  
Reumatologia  
Traumatologia  
Urologia

**Serviços Odontológicos:**

Consultas  
Extrações Simples  
Fluoretacão  
Obturações  
Odontopediatria  
Radiologia Odontológica Periapical  
Tratamento de Canal  
Restaurações  
Outros tratamentos, inclusive prótese: cirurgia maxilo-buco-facial

**Serviços Fisioterápicos:**

Exercício de bicicleta, na roda, etc.  
Forno de Bier  
Infravermelho, ultravioleta  
Massagens  
Tração cervical, lombar  
Ultra-som, ondas curtas  
Outros, como banhos de parafina, etc.



Fisiatria: 30 sessões por paciente ao ano

Obs.: Poderão ser realizados mediante autorização da empresa para débito, caso os limites sejam extrapolados.

**Exames Complementares de Diagnóstico:**

Exames laboratoriais de Análises Clínicas

Eletrocardiografia

Eletroencefalogramas

Ecografias

Ergometria

Serviços e exames radiológicos que permitem a realização de qualquer espécie de procedimento, inclusive contrastados:

Raio X Odontológico

Endoscopia, Cistoscopia e Colposcopia

**Exames Complementares para Diagnóstico e Terapia:**

Serviços de Ambulatório

Odontologia

Consultas Médicas para Especialidades

Consultas de Urgências e com Especialistas

Atendimento Médico Domiciliar/Remoções: Casos de chamado o pronto-socorro a domicílio e/ou remoções, **acarretam um débito do valor correspondente**, através da empresa ou cobrança no ato, conforme seu contrato.

**EXCLUSÕES**

- Cirurgia cardíaca e torácica
- Cirurgia cardíaca e vascular
- Cirurgia plástica e vascular periférica
- Oncologia

#### **4.3 - SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA**

O Seguro Multi Saúde Bradesco Empresa é um plano que visa garantir, de acordo com as condições e limites estabelecidos no contrato do seguro, para cada evento, o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo segurado e seus dependentes com tratamento decorrente de doença ou acidente pessoal.

O segurado tem liberdade para escolher médicos, hospitais, clínicas e laboratórios no Brasil e/ou no exterior, e a Seguradora efetuará o devido reembolso das despesas cobertas, observando os limites do plano contratado. A opção pela utilização dos serviços referenciados, transfere à Seguradora o pagamento direto aos médicos e, às Instituições prestadoras de Serviços, em nome e por conta do Segurado.

##### **Finalidade do Seguro**

Garantir, dentro dos limites do plano contratado e nos termos das condições gerais do seguro, o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo segurado titular e/ou seus dependentes incluídos na apólice, com liberdade de escolha de hospitais e médicos e sistema de referenciamento.

#### **BENEFICIARIOS**

##### **Segurados principais (titulares)**

São os diretores estatutários, diretores com vínculo empregatício e empregados do estipulante e de suas empresas coligadas, controladas e subsidiadas, de acordo com a lei das Sociedades Anônimas.

**Segurados dependentes**

Conjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros até 24 anos, filhos inválidos de qualquer idade, filhos adotivos, tutelados e enteados nos limites de idade e menores sob guarda devidamente comprovado através de alvará expedido pelo Poder Judiciário.

**CARÊNCIAS**

- a) Não há carência para tratamento decorrentes de acidentes pessoais;
- b) não é exigido o cumprimento de período de carência para aqueles funcionários incluídos na apólice na época da contratação do Seguro;
- c) não há carência para os planos com segurados com número superior a 50 vidas.

**PLANOS**

A Seguradora oferece sete modalidades de planos com serviços médicos e hospitalares, a saber:

**TOP-ENFERMARIA**

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

**Serviços Não-Hospitalares**

- . **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.
  
- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.
  
- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

**Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto coletivo em hospital referenciado ou reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
  
- . **Honorários Médicos:** Médicos referenciados ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.

**TOP-QUARTO**

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

**Serviços Não-Hospitalares**

- . **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.
  
- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.
  
- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 1x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

**Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto individual com banheiro privativo em hospital referenciado ou reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
  
- . **Honorários Médicos:** Médicos referenciados ou reembolso de 2x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.

**TOP 2**

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

**Serviços Não-Hospitalares**

- . **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 2x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.
  
- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 2x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.

- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 2x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

#### **Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto individual com banheiro privativo na rede referenciada. Reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
- . **Honorários Médicos:** Reembolso de até 2x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.

**Hospitais Referenciados Especiais:** Além dos hospitais referenciados, opção para contratação de Hospitais Referenciados Especiais, indicados em destaque na Lista de Referência.

#### **TOP 4**

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

#### **Serviços Não-Hospitalares**

- . **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 4x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.
  
- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 4x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.
  
- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 4x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

#### **Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto individual com banheiro privativo na rede referenciada. Reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
  
- . **Honorários Médicos:** Reembolso de até 4x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.



**Hospitais Referenciados Especiais:** Além dos hospitais referenciados, opção para contratação de Hospitais Referenciados Especiais, indicados em destaque na Lista de Referência.

**Hospitais Livre Escolha:** Além dos hospitais referenciados e dos Hospitais Referenciados Especiais, opção para contratação de todos os demais hospitais do país, com reembolso integral das despesas hospitalares cobertas.

#### TOP 6

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

#### Serviços Não-Hospitalares

. **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 6x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.

- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 6x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.
  
- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 6x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

#### **Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto individual com banheiro privativo na rede referenciada. Reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
  
- . **Honorários Médicos:** Reembolso de até 6x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.

**Hospitais Referenciados Especiais:** Além dos hospitais referenciados, opção para contratação de Hospitais Referenciados Especiais, indicados em destaque na Lista de Referência.

**Hospitais Livre Escolha:** Além dos hospitais referenciados e dos Hospitais Referenciados Especiais, opção para contratação de todos os demais hospitais do país, com reembolso integral das despesas hospitalares cobertas.

#### TOP 8

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

#### Serviços Não-Hospitalares

- . **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 8x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.
  
- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 8x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.
  
- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 8x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

**Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto individual com banheiro privativo na rede referenciada. Reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
  
- . **Honorários Médicos:** Reembolso de até 8x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.

**Hospitais Referenciados Especiais:** Além dos hospitais referenciados, opção para contratação de Hospitais Referenciados Especiais, indicados em destaque na Lista de Referência.

**Hospitais Livre Escolha:** Além dos hospitais referenciados e dos Hospitais Referenciados Especiais, opção para contratação de todos os demais hospitais do país, com reembolso integral das despesas hospitalares cobertas.

**TOP 10**

**Serviços oferecidos:** Consultas, exames complementares de diagnóstico, métodos auxiliares de tratamento, internações clínicas em fase aguda, internações cirúrgicas, maternidade e berçário, emergência e UTI.

**Tipos de Atendimento:** Rede referenciada e/ou livre escolha.

#### **Serviços Não-Hospitalares**

- . **Consultas Médicas:** Médicos referenciados ou reembolso de 10x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for médico constante da Lista de Referência.
  
- . **Exames Complementares:** Serviços referenciados ou reembolso de 10x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando não for prestador de serviço constante da Lista de Referência.
  
- . **Pequenos Atendimentos:** Rede referenciada ou reembolso de 10x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for serviço-médico não-constante da Lista de Referência.

#### **Serviços Hospitalares**

- . **Tipos de Acomodação:** Quarto individual com banheiro privativo na rede referenciada. Reembolso conforme Tabela de Serviços Hospitalares, exceto extraordinários, quando optar por hospitais não-relacionados na Lista de Referência.
  
- . **Honorários Médicos:** Reembolso de até 10x a Tabela de Honorários e Serviços da Bradesco Seguros, quando for médico não-constante da Lista de Referência.

**Hospitais Referenciados Especiais:** Além dos hospitais referenciados, opção para contratação de Hospitais Referenciados Especiais, indicados em destaque na Lista de Referência.

**Hospitais Livre Escolha:** Além dos hospitais referenciados e dos Hospitais Referenciados Especiais, opção para contratação de todos os demais hospitais do país, com reembolso integral das despesas hospitalares cobertas.

## **INTERNAÇÃO**

90 dias de internação por evento hospitalar para os eventos cobertos, inclusive em UTI.

### **Despesas Cobertas na Internação Hospitalar**

#### **Diárias e despesas hospitalares**

As diárias e despesas hospitalares serão cobertas de acordo com a natureza da doença ou com o porte da cirurgia, abrangendo:

- internação em quarto com banheiro privativo ou enfermaria dependendo do plano a ser escolhido (TOP ENFERMARIA; TOP QUARTO; TOP 2; TOP 4; TOP 6; TOP 8 e TOP 10), até o limite de 90 dias por usuário/ano e por evento;
- medicamentos, anestésicos e oxigênio, até a alta hospitalar;

- sala cirúrgica, inclusive material e esterilização e bem como serviços gerais de enfermagem;
- unidade de terapia intensiva;
- remoção do paciente em ambulância;
- utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento em pacientes internados;
- alimentação dietética, quando indicada, até a alta hospitalar; e
- despesas com acomodação e alimentação fornecida pelo hospital, em função do plano escolhido para acompanhante de pacientes menores de 14 anos.

#### **Despesas médicas**

As despesas médicas abrangem:

- despesas com honorários médicos nos limites estabelecidos no contrato de seguro durante a internação hospitalar referentes a procedimentos de diagnose e terapia, tais como endoscopias em geral,
- transfusões de sangue e seus derivados, até a alta hospitalar; e
- exames laboratoriais, radiológicos e cintilográficos, realizados durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial pertinente aos tratamentos autorizados.

#### **Internação em Instituição Referenciada**

Quando a internação for feita em instituição referenciada, será autorizado um período médio de dias necessários ao seu tratamento, mas poderá haver prorrogação do período já autorizado, desde que seja solicitada antes do seu término e jus-

tificada pelo médico assistente, não ultrapassando o limite máximo de 90 diárias por evento e para cada ano de vigência do seguro.

## **REEMBOLSO**

A escolha dos níveis de reembolso para consultas, exames e honorários médicos é feita a partir da contratação do plano TOP QUARTO. Existem seis opções de reembolso que multiplicados pelos valores da tabela da Bradesco Seguros, resultam no valor a ser reembolsado.

## **COBERTURAS**

### **Coberturas Básicas**

\* São aquelas a que todos os segurados têm direito após a contratação do seguro. As coberturas básicas são as seguintes:

- Internação para assistência médica e cirúrgica nas diversas especialidades, com acomodação em quarto com banheiro privativo ou enfermaria. O reembolso das despesas com internação está limitado a 90 diárias por evento e por ano de vigência do seguro.

- Urgências clínicas para casos que determinem riscos de vida imediato em fase aguda e que não podem ser tratados em residência.

- Pequeno atendimento para tratamentos e atendimentos de emergência ou eletivo, realizados em ambulatórios, hospital ou consultório médico.



- Remoção em ambulância por via terrestre na distância máxima de 100 quilômetros em perímetro urbano.
- Radioterapia e Imunoterapia para casos de doenças neoplásicas (tumores); e
- Quimioterapia realizada com medicamentos fabricados em território nacional e reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

**RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E IMUNOTERAPIA**  
**Necessita de autorização prévia da Seguradora.**

**No pequeno atendimento** - O pequeno atendimento pode ser um tratamento (retirada de verruga), um procedimento médico especializado (prova de esforço) ou um atendimento de emergência (fraturas, curativo ou sutura):

- não há necessidade de autorização prévia da Seguradora para pequeno atendimento de emergência realizado em consultório médico ou em hospital;
- há necessidade de autorização prévia da Seguradora para todo pequeno atendimento eletivo realizado em hospital.

**Coberturas Opcionais:**

. Somente poderão ser adquiridos em bloco, e não de forma isolada.

- Consultas Médicas - Consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica.
- Exames complementares - decorrente da consulta médica para diagnóstico e controle de doenças.

- Gravidez e parto - incluindo partos normais e operações de cesariana, abrangendo ainda as despesas de berçário.

- Fisioterapia - para tratamento decorrentes de acidentes pessoais, limitada a 40 sessões por evento.

### **Exames e Serviços Complementares de Diagnóstico**

- Exames simples que não necessitam de autorização prévia da Seguradora, como: análises clínicas, radiológicos, eletrocardiograma, eletroencefalograma ultra-sonografia, endoscopias em geral e anatomo-patológico;

- exames especiais que necessitam de autorização prévia da Seguradora, como: medicina nuclear, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, arteriografias em geral, ecocardiograma, eletrocardiografia dinâmica (Holter), eletromiografia, ecocardiografia, angiografias em geral, ressonância nuclear magnética, cicloergometria, provas funcionais respiratórios;

- exames que não possuem cobertura contratual, como por exemplo: histopatológicos de placenta e necrópsia do feto; além de exames de porte semelhante não previsto nas Tabela da Bradesco Seguros e que não sejam reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

### **FISIOTERAPIA**

\* Exclusivo para tratamento de acidente pessoal.

Na instituição referenciada é necessária a autorização da Seguradora.

Na Livre Escolha - reembolso das despesas limitado ao estabelecido na Tabela da Bradesco Seguros.

### Cláusulas Opcionais

- I - a) Cobertura para fisioterapia decorrente de Doença e,
  - b) trezentos e sessenta e cinco dias de internação.
- II - Cobertura de doenças infecto-contagiosas e outras
  - . Hemodiálise e Diálise e Peritonial em todos os casos
  - . Marca-passo e lente intra-ocular
  - . Cirurgia para correção de miopia
  - . Tratamento cirúrgico da esterilidade
  - . Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS), Meningite Meningocócica, Hepatite, Tuberculose, Sarampo, Rubéola, Poliomielite, Sífilis, Dengue, Malária, Cólera, Tifo e outras catalogadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

**\* A referida cobertura apresenta as seguintes características básicas:**

- 1 - Estão cobertas as despesas médico-hospitalares efetuadas pelo seguro titular e/ou dependentes incluídos na apólice em caso de internações hospitalares, ambulatoriais, consultas médicas e exames complementares.
- 2 - Nos casos de Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e somente nestes casos, a Seguradora reembolsará as despesas decorrentes de medicamentos necessários para controle e tratamento da doença, inclusive fora do regime de internação hospitalar. A cobertura também abrange o trata-

mento em regime de internação domiciliar quanto necessário e de acordo com indicação médica.

- 3 - A cobertura das despesas médico-hospitalares relacionadas à AIDS, para o segurado titular e para cada dependente, durante o ano de vigência do seguro não poderá exceder ao valor equivalente a R\$55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais), respeitados ainda os limites previstos para cada procedimento. A responsabilidade da Seguradora cessará de imediato ao ser atingido esse limite, não lhe cabendo nenhuma obrigação no tocante ao pagamento das despesas médico-hospitalares, ainda que o segurado se encontre em regime de internação hospitalar.
- 4 - A cada aniversário da apólice, o início da vigência desta cobertura será automaticamente renovado.
- 5 - A adoção desta cláusula não implicará qualquer prazo de carência, beneficiando, assim, os casos já existentes.
- 6 - A Seguradora não se responsabilizará pela indicação dos prestadores de serviços referenciados ao Saúde Bradesco, para o tratamento das doenças infecto - contagiosas.

**\* Observações:**

- a) As cláusulas opcionais não podem ser adquiridas isoladamente, mas sim em bloco e somente por empresas que possuam mais de 200 segurados;
- b) Para poder usufruir dos benefícios das cláusulas opcionais, é, necessário, antes adquirir as coberturas básicas.

### Formas de Utilização das Coberturas Contratadas

**Livre escolha** - O segurado paga as despesas havidas e com o recibo solicita o reembolso, que será feito dentro dos limites da tabela de honorários e serviços e da tabela de serviços hospitalares da Bradesco Seguro.

**Lista de referência** - Utilização da relação de médicos das mais variadas especialidades, laboratórios, hospitais, clínicas e outros prestadores de serviços médico-hospitalares.

### EXCLUSÕES

- Despesas médicas e hospitalares efetuadas no cumprimento das carências, para os casos em que a carência estiver prevista;

- Tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não-reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e suas conseqüências; cirurgias não éticas, cirurgias para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas conseqüências; cirurgias para miopia e hipermetropia e suas conseqüências;

- Tratamentos odontológicos, inclusive nos casos de lesões traumáticas bucodentárias, ainda que decorrentes de acidentes pessoais;

- Enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

- Cirurgias plásticas que não sejam restauradoras e não sejam decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigên-

cia do seguro, tratamentos cirúrgicos para displasia mamária e doenças fibrocísticas de mama, bem como quaisquer internações e tratamentos por motivo de senilidade, rejuvenescimento e finalidade estética em suas várias modalidades;

- Tratamento de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória e suas conseqüências, inclusive Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e suas conseqüências;

- Despesas extraordinárias e de acompanhamento em internação hospitalar, exceto para os casos de despesas com acomodação e com alimentação fornecidas pelo hospital para acompanhante de menor de 14 anos internado;

- Marca-passo, lente intra-ocular, próteses e órteses de qualquer natureza, excetuando-se as demais endopróteses;

- Casos psiquiátricos e doenças mentais de todas as espécies;

- Quaisquer atendimentos em casos de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamentos coletivos, ou qualquer outra causa que atinja maciçamente os funcionários da empresa e/ou a população, inclusive decorrentes de radiações e/ou emanações nucleares ou ionizantes;

- Acidentes, lesões e quaisquer conseqüências da ingestão de álcool, uso de entorpecentes e/ou psicotrópicos, ato ilícito ou tentativa de suicídio;

- Fisioterapia, exceto quando for incapacidade temporária decorrente de acidentes pessoais e se o seguro foi contratado com esta cobertura opcional;

- Reabilitação em geral, tal como neurológica ou respiratória, bem como tratamento de fonoaudiologia e logopedia;

- Consulta médica e exame complementar para diagnóstico, exceto se o seguro foi contratado com essas coberturas opcionais;

- Diálise e hemodiálise, imunoterapia (salvo para tratamento de doenças neoplásicas), bem como suas conseqüências

e despesas médico-hospitalares com doadores de qualquer natureza;

- Acupuntura e tratamentos de varizes por injeções esclerosantes;

- Exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, bem como "check-up" preventivo, internações para investigação diagnóstica não-seguida de tratamento e cirurgia, e internações para tratamento com medicamento homeopático;

- Acidente de trabalho e suas conseqüências;

- Atendimento médico-hospitalares após o limite de 90 diárias por evento e por ano de vigência do seguro;

- Todo e qualquer evento relacionado à gravidez e suas conseqüências, ainda que decorrentes de acidentes, exceto se o seguro foi contratado com a Cobertura Opcional de Gravidez e Parto;

- Hemodiálise, Imunoterapia e Betaterapia bem como suas conseqüências;

- Quaisquer medicamentos, inclusive vacinas fora da internação hospitalar.

#### 4.4 - UNIMED - PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO LTDA

A Unimed Porto Alegre é uma cooperativa de médicos que atua, há vinte e dois anos, na região da Grande Porto Alegre.

Atualmente, a Unimed conta com mais de quatro mil sócios e trezentos hospitais, laboratórios e serviços credenciados à escolha do conveniado, que dispõe, através do sistema Unimed, assistência médica a nível nacional.

#### Cooperativismo e Suas Relações Sociais

O cooperativismo médico se apresenta como a alternativa mais justa e responsável. É a classe organizada a partir de objetivos comuns.

Nos contratos, os objetivos estatutários estão claros: fornecer pelos médicos sócios da Cooperativa, e só por eles, assistência médica prevista nos contratos. Este ponto é do conhecimento do sócio e dos contratantes. Se qualquer elo desta relação contratual entre médico cooperado (Unimed) e paciente (contratante) for quebrado, o objetivo social da Cooperativa deixa de ser respeitado.

A hospitalização e os exames complementares estão presentes nos contratos da UNIMED por serem atividade meio do trabalho médico cooperativado necessário ao tratamento dos pacientes.



### Consultas médicas

Para o beneficiário Unimed usufruir da assistência médica oferecida pelos médicos associados, basta escolher o médico ou serviços constante na relação, marcando a consulta, pessoalmente ou por telefone, com antecedência em seu consultório particular.

Além dos médicos de Porto Alegre, também está incluída a relação de médicos da Grande Porto Alegre, dos serviços credenciados pela Cooperativa (hospitais, laboratórios, raios X, exames específicos, etc) da capital e da Grande Porto Alegre e as federações e Unimed's singulares do resto do país.

### BENEFICIÁRIOS

I - Esposo(a), companheiro(a) mantido(a) há mais de cinco anos, os(as) filhos(as) solteiros(as), menores de 21 anos e os inválidos(as), equiparando-se o(a) enteado(a), o menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o menor tutelado;

II - Pessoa designada;

III - O pai e a mãe;

IV - Os(as) filhos(as) estudantes de nível superior até 24 anos, desde que não tenham nenhuma renda própria;

V - O(a) sogro(a).

### Apoio ao beneficiário

Todas as sugestões, críticas ou reclamações podem ser enviadas, por escrito, à Unimed Porto Alegre, Av. Venâncio Aires, 1040 (Departamento de Atendimento ao Público).

Caso o contrato seja empresarial, deve ser enviada carta através do departamento de recursos humanos da empresa.

## **CARÊNCIAS**

\* A Unimed apresenta carências específicas dentro de cada módulo dos planos empresariais.

## **PLANOS**

**Módulo I - Básico: Consultas Médicas e Exames Complementares Prestados e Solicitados por Médico Associado.**

### **Objeto:**

Prestação de serviços de consultas médicas, por médicos associados (50% de participação);

Prestação de serviços urgentiais, nos prontos-socorros credenciados;

Atendimentos fisiátricos por médicos associados (total de 50 sessões por ano/25% de participação);

Exames necessários ao diagnóstico

Psiquiatria e foniatria - uma consulta mês

Exclui: Atendimento domiciliar

### **Exclusões:**

1 - Exames e testes, solicitados por médicos cooperativados, como necessários ao diagnóstico e que serão cobertos por este contrato, são os previstos na tabela da contratada, **excetuados** os casos:

- . angiografias
- . aortografias e arteriografias
- . hemodinâmicas

- . neuro-radiologia
- . ressonância magnética
- . investigações diagnósticas ("check-up") de caráter amplo e indiscriminado, que não terão cobertura contratual.

2 - Exames solicitados ou tratamentos realizados por médicos não-associados, bem como:

- a - quaisquer atendimento em hospitais,
- b - tratamento de quimioterapia, radioterapia e cobaltoterapia,
- c - procedimentos que não estão previstos na Tabela da Contratada (TUNIPOA),
- d - procedimento na área de Medicina do Trabalho, sejam admissionais, sejam periódicos, sejam demissionais.
- e - atendimentos nas especialidades de Psiquiatria e Foniatria (exceto 1 consulta/mês).

**Do direito de ressarcir-se:**

- quando solicitado por médico associado de outra

Unimed:

- a - cobertura até o limite de 100% do valor da tabela da Contratada por hipótese de atendimento similar em sua área de ação (acerto direto entre Unimed's, não é necessário reembolso);
- b - estar o beneficiário necessitando de exames ou tratamento de urgência, encontrando-se em localidade na qual não exista Unimed, ou mesmo existindo não disponha de especialista necessário a prescrever o exame ou dispensar o tratamento, tendo comprovado ser inescusável o atendimento naquelas circunstâncias.

**Carências:** 60 dias

\* Condições Especiais - Consultas Médicas e Exames Complementares Prestados e Solicitados por Médico Associado

**Objeto:** Alterações Opcionais ao Contrato de Consultas, exames complementares, fisioterapia e pronto-atendimento.

. Trata da redução ou extinção do prazo de carência; e redução de 50 para 30% do valor previsto para tais consultas na Tabela Unimed Porto Alegre (TUNI-POA).

#### **Módulo 2: Atendimentos Hospitalares**

**Objeto:** Prestação de serviços médicos nas hipóteses de internação ambulatorial e hospitalar.

Total de internação hospitalar: 40 dias/ano

Atendimento exclusivo por médicos cooperativados, em ambulatórios ou hospitais, ambos credenciados pela contratada.

Nas hipóteses de internação - e tão somente de internação, os exames e testes complementares que sejam solicitados por médicos cooperados, enquanto necessários ao seu diagnóstico, são os previstos na Tabela da Contratada, **excetuados:**

- angiografia
- aortografias e arteriografias
- neuro-radiologia
- ressonância magnética
- investigações diagnósticas ("check-up"), de caráter amplo e indiscriminado.

O atendimento a ser realizado por médico cooperativado, sempre nas hipóteses de internação hospitalar, será coberto, dentro dos seguintes limites:

I - Eventos previstos na tabela de honorários (TUNI-POA), **excetuados:**

- a - acidentes de trabalho decorrentes de catástrofes, motins, sinistros ou guerras,
- b - casos odontológicos de qualquer natureza,
- c - cirurgia plástica estética de qualquer natureza,
- d - cirurgia plástica reconstrutora de seqüelas existentes antes da inclusão do beneficiário no presente contrato,
- e - mamoplastias de qualquer natureza, mesmo com repercussão no esqueleto ósseo,
- f - moléstias infecto-contagiosas nos casos de surto epidêmico (calamidade pública), assim reconhecidas pelos órgãos da saúde pública,
- g - seqüelas de doenças agudas, quando em fase crônica, reconhecidamente irreversível (diálise, hemodiálise),
- h - síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) quando o contratante ou beneficiário, já seja portador do vírus causador da moléstia,
- i - moléstias decorrentes de calamidades públicas, motivadas por sinistros, motins ou guerras,
- j - transplantes de qualquer natureza,
- l - cirurgias ou tratamentos esterilizantes de qualquer natureza,
- m - cirurgias oftalmológicas refrativas,
- n - tratamento de infertilidade de ambos os sexos.

- o - tratamento de quimioterapia, radioterapia e cobaltoterapia (não cobertos, em hipótese alguma, pelo presente contrato),
- p - cirurgias eletivas com propósitos outros que não os de restabelecer o estado de saúde,
- q - "check-up" de qualquer natureza.

II - Despesas hospitalares em quarto semiprivativo, nos hospitais próprios ou credenciados da Contratada, conforme opção da contratante, quando da inclusão do beneficiário, **excetuados:**

- a - em qualquer hipótese, a remoção do paciente,
- b - em qualquer hipótese, as despesas com acompanhantes, ressalvada a previsão do inciso subsequente,
- c - em qualquer hipótese, despesas extraordinárias ao tratamento,
- d - em qualquer hipótese, produtos de toalete,
- e - internação superior a quarenta dias por ano de contrato, em todos os tratamentos admitidos enquanto cobertos por este contrato e em todas as modalidades de internação, seja em dependências próprias, seja em salas de recuperação, Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e similares,
- f - medicamentos e todo e qualquer tipo de materiais importados.

III - Despesas com acompanhantes de menores de doze anos, durante o período de internação contratualmente coberto, excetuados os casos previstos nas alíneas "c" e "d" do inciso imediatamente anterior e mediante referência expressa do nome do acompanhante quando da internação.

IV - Despesas com serviços normais de enfermagem, durante o período de internação contratualmente cobertos.

V - Despesas com salas de cirurgias, salas de parto, Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Unidade de Tratamento Intensivo(UTI), exclusivamente durante o período de internação contratualmente coberto.

VI - despesas de materiais hospitalares e medicamentos previstos durante o período de internação, excetuados os casos de:

- a - aparelhos ortopédicos e fixadores externos (não cobertos, em qualquer hipótese pelo presente contrato),
- b - aparelhos de surdez (não cobertos, em qualquer hipótese, pelo presente contrato),
- c - aviamento de óculos e lentes (não cobertos, em qualquer hipótese, pelo presente contrato)
- d - próteses de qualquer natureza, (não cobertas pelo presente contrato),
- e - remoção de pacientes de qualquer natureza (não coberta em qualquer hipótese, pelo presente contrato),
- f - válvulas e aparelhos similares utilizados em cirurgias cardíacas (não cobertos, em qualquer hipótese, pelo presente contrato) e
- g - quaisquer materiais e medicamentos para continuidade de tratamento fora do hospital.

VII - Despesas de exames previstos contratualmente, excetuando-se aqueles expressamente excluídos, desde que requisitados pelos médicos assistentes cooperativados nos pacientes internados, durante o período de cobertura contratual.

VIII - Despesas de serviços especializados e integrantes do tratamento prescrito pelo médico assistente cooperativado, tais como aplicação de oxigênio ou plasma, durante o período de internação coberto por este contrato.

\* Na hipótese de ocorrer internação hospitalar e o beneficiário, ultrapassando o prazo de internação, necessitar de prorrogação, deverá a contratante solicitá-la perante a contratada, assumindo o compromisso de restituir, posteriormente, os valores decorrentes das despesas pelo prazo adicional.

\* Nas hipóteses de internação hospitalar de urgência, poderá a mesma realizar-se mediante a exibição da carteira de identificação do beneficiário obrigando-se o contratante, seu beneficiário ou representante dos mesmos, sob pena de perda da cobertura contratual, a comparecer à sede da contratada no prazo improrrogável de dois dias úteis, para obtenção do fornecimento da autorização de internação hospitalar (AIH).

ACIDENTES PESSOAIS - é considerado pela Unimed, acidente pessoal enquanto sendo todo aquele causado por evento exclusivo, externo, súbito e involuntário, tendo como consequência uma lesão física.

URGÊNCIA - para os fins previstos neste contrato, todo evento súbito cuja terapêutica deva ser ofertada imediatamente, sob pena de gravíssima lesão ao paciente.

**Ressarcimento** - na hipótese de comprovada urgência, em que o beneficiário demonstre que era inescusável o atendimento em hospital que não era o próprio ou credenciado, terá o mesmo direito a ressarcir-se das despesas que tiver, no limite do que a CONTRATADA arcaria com idêntico atendimento, conforme o custo médio dos hospitais de sua rede credenciada.



**Carências:**

- I - Acidentes pessoais e internações: 60 dias
- II - Cirurgias cardíacas e vasculares: 180 dias
- III - Eventos Obstétricos: 300 dias
- IV - Intercorrências clínicas e cirúrgicas decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS): 360 dias.

\* Os nascidos na vigência deste contrato, uma vez cumprida pela mãe a carência, para eventos obstétricos, terão assistência médica durante a permanência desta no hospital;

\* O recém-nascido, inscrito até 30 dias, após seu nascimento, fica desobrigado ao cumprimento das carências previstas neste contrato, contanto que sua genitora já haja completado seu período de carência.

Condições Especiais - Atendimento Hospitalar - Dependência Hospitalar - Quarto Semi-Privativo

Objeto: Alterações opcionais ao contrato de atendimentos hospitalares

\* Excluem as partes do contrato de hospitalização os atendimentos decorrentes de moléstias diretamente causadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), os quais não serão cobertos pela Contratada, sob qualquer hipótese e em nenhuma forma de atendimento.

\* Ainda, alteram o prazo de carência, ampliando-o ou diminuindo-o.

**Módulo 3: Contrato Adicional ao Contrato de Atendimentos Hospitalares**

**- Procedimentos Especializados**

**Objeto:** Prestação de Serviços de procedimentos especializados complementares ao diagnóstico, em auxílio à atividade Médica

Dos Procedimentos Especializados:

\* A serem prestados por pessoas jurídicas ou físicas credenciadas pela Contratada.

Os procedimentos especializados, solicitados por médicos cooperativados, enquanto necessários ao seu diagnóstico, e que serão cobertos por este contrato, são:

- I - Angiografias
- II - Aortografias
- III - Arteriografias
- IV - Neuro-radiologia
- V - Testes de ressonância magnética

**Exclui:** Material e medicamentos importados, que sejam utilizados para a realização dos procedimentos aqui contratados, desde que os mesmos tenham preços bem superiores aos similares nacionais, corriqueiramente utilizados para celebração dos mesmos.

A cobertura destes exames far-se-á até o limite de 100% da tabela TUNIPOA.

**Ressarcimento**

Na hipótese de encontrar-se o beneficiário necessitando de exame de urgência, definida esta nos termos do contrato básico, encontrando-se aquele em localidade na qual não exista Unimed, ou, mesmo existindo não disponha do especialista

necessário para prescrever o exame, terá o usuário deste, ou a pessoa que por ele fizer a despesa, o direito de ressarcir-se, contanto que comprovado ser inescusável o atendimento naquelas circunstâncias.

**Peculiaridade contratual:**

**Da mensalidade:** O beneficiário que complete 60 anos ou quando já for incluído com idade igual ou superior a 60 anos, será devido em dobro (duas vezes); ou em triplo (três vezes) na hipótese do beneficiário completar 70 anos, ou ser incluído com idade igual ou superior a 70 anos.

**Carências:** 90 dias

**Particularidade contratual:** O vencimento do contrato, no curso de atendimento não interromperá seus efeitos, mas tornará obrigatório o pagamento das mensalidades enquanto durar o tratamento.

**Condições Especiais - Procedimentos Especializados**

**Objeto:** Alterações opcionais ao contrato de procedimentos especializados

Redução, ampliação ou extinção dos prazos de carência.

**Módulo 4: Adicional de prazo de internação em quarto semiprivativo.**

\* Exclusivamente para os signatários do contrato de atendimento hospitalar - Módulo 2.

**Objeto:** Prestação de serviços médicos nas hipóteses de internação hospitalar em quarto semiprivativo, em prazo adicional ao previsto no módulo 2.

**Carências:** Mesma do Módulo 2

**Módulo 5: Atendimentos Hospitalares e adicional de internação em quarto privativo.**

**\* Contrato adicional ao contrato de atendimentos hospitalares.**

**Objeto:** Prestação de serviços médicos nas hipóteses de internação hospitalar em quarto privativo.

- Quarto privativo: com banheiro, nos hospitais da rede própria, quando houver, ou credenciada.

**Peculiaridade contratual:**

A mensalidade quando o beneficiário completar 60 anos ou quando incluído com idade igual ou superior a 60 anos, será devida em dobro (duas vezes); ou em triplo (três vezes) na hipótese do beneficiário completar 70 anos, ou ser incluído com idade igual ou superior a 70 anos.

**Carências:** Mesmo do Módulo 2.

**PEA - Plano Extensão Assistencial**

Extensão das coberturas contratadas por cinco anos gratuitamente em caso de falecimento do titular.

**Carência:** 180 dias

### **Características dos Planos**

Os contratos entram em vigor, na data de sua assinatura e terminam exatamente dois anos depois, passando a vigorar por prazo indeterminado a partir daí.

## **INTERNAÇÃO**

. 40 dias ao ano.

## **REEMBOLSOS**

Conforme estabelecido em contrato, a relação é sempre médico cooperado e paciente, não existindo, portanto, a figura do reembolso para a utilização dos serviços que não estejam listados como credenciados Unimed.

## **COBERTURAS**

**Coberturas oferecidas nos diversos módulos:**

- Consultas médicas
- Psiquiatria e foniatria (uma consulta por mês)
- Exames complementares, densiometrias ósseas, cintiografias e tomografias computadorizadas
- Fisiatria (50 sessões por ano)
- Pronto-socorro (atendimento ambulatorial)
- Honorários médicos pela AMB
- Acidentes pessoais
- Cirurgias cardíacas e vasculares
- Eventos obstétricos

- AIDS
- Despesas médicas e hospitalares
- Procedimentos especializados pela tabela AMB/92:  
angiografias, aortografias, arteorografias, neuro-  
radiologia, ressonância magnética.

### **EXCLUSÕES**

\* Exclusões pertinentes a todos os módulos.

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cobaltoterapia
- Psicoterapia
- Fonoaudiologia
- Medicina do trabalho (admissionais, demissionais e  
periódicos)
- Mamoplastia
- Plásticas estéticas
- Transplantes de qualquer natureza
- Remoções
- Aparelhos ortopédicos e fixadores externos
- Próteses de qualquer natureza
- Válvulas
- Tratamento de infertilidade (ambos os sexos)
- Medicamentos e materiais importados
- Casos odontológicos
- Cirurgias plásticas reconstrutivas
- Doenças agudas em fases crônicas
- AIDS quando já for portador
- Cirurgias ou tratamentos esterilizantes
- Cirurgias oftalmológicas (refrativas)
- Despesas com acompanhantes.

## V - COMENTARIOS SOBRE OS BENEFICIOS OFERECIDOS

Dentro de uma visão empresarial, um plano de saúde deve proporcionar uma proteção da integridade física e mental do trabalhador, preservando-o dos riscos de saúde inerentes às tarefas do cargo e ao ambiente físico onde estão sendo executadas. Tem de haver uma relação com o diagnóstico e com a prevenção das doenças ocupacionais, a partir do estudo e controle da relação homem X ambiente de trabalho.

Dentro desta ótica, nenhum dos planos analisados pode ser considerado o melhor ou mais adequado para uma empresa. Existe, acima de tudo, a necessidade anterior à escolha do plano, de verificar, dentro da empresa, as suas peculiaridades, atividades profissionais, riscos envolvidos nas atividades, necessidades de avaliações médicas periódicas, um levantamento do que os funcionários esperam do plano, entre outros.

Depois de verificar o básico desejado, acrescido dos riscos decorrentes das atividades que lhe são peculiares, a satisfação de algumas necessidades dos empregados, adequar aos planos ofertados e negociar através da relação custo-benefício, é que, sem dúvida, poderá ocorrer a escolha de um plano adequado às necessidades, resultando, em conseqüência, em ganhos reais para a empresa, com a elevação do moral e um aumento de produtividade, como resultados mais imediatos.

As vantagens e limitações dos planos já foram apresentadas. Nesse momento, cumpre avaliar os planos de saúde enquanto modo de produção de serviços de saúde.

Esse modo de produção pode ser analisado, por exemplo, tomando-se como referência o conceito de modelo tecno-assistencial de um serviço de saúde, ou seja, a conformação concreta de ações em saúde, bem como a estruturação de um serviço

capaz de dar conseqüência às mesmas<sup>1</sup>. O conceito de modelo tecno-assistencial - ao articular dimensões como a estrutura de um serviço (capacidade instalada, recursos disponíveis, etc) às ações por ele desenvolvidas, permite o reconhecimento do conjunto de saberes e práticas que dá sustentação a um determinado modo de produção de serviços de saúde. Ou seja, pode-se, a partir da caracterização do modelo tecno-assistencial de um modo de produção de serviços de saúde, construir formas de aproximação do conjunto de saberes e práticas que dá sentido ao mesmo.

Na visão Campos<sup>2</sup>, há no Brasil uma forma definida de produção "neo-liberal" de serviços de saúde que se estruturam a partir de diferentes modelos assistenciais, como o trabalho assalariado, cooperativados e a prestação privada. Esses conjugam-se com a intervenção estatal de modo a assegurar a reprodução de uma prática mercantilista, que ora representa interesses de corporações profissionais, ora se aproxima dos interesses empresariais. Nesse modelo, o Estado assume ações em caráter complementar, que variam desde a sustentação financeira do sistema, até a incorporação de ações em saúde coletiva consideradas "estranhas" ao interesse liberal, como campanhas de vacinação, ações em saúde do trabalhador, doenças infecto-contagiosas, reabilitação, saúde mental, entre outras. Para o autor, há notadamente uma forma hegemônica de produção de serviços de saúde no Brasil marcadamente identificada com o ideário neo-liberal<sup>3</sup>. Essa forma tem seu modelo tecno-assistencial característico: calcada numa atenção à saúde de forma medicalizada, que prioriza a realização de procedimentos médicos, envolvendo marcada presença de tecnologia, curativa, individualizante e delegando ao profissional médico uma autonomia relativa na execução

---

<sup>1</sup>Emerson Mehry e alli, Por um Modelo Tecno-Assistencial de uma Política de Saúde em Defesa da Vida, Saúde em Debate, 33:83,1991.

<sup>2</sup>Campos, GWS, A Reforma da Reforma, Repensando a Saúde, São Paulo, Hucitec,1992.

<sup>3</sup>Campos, GWS, A Reforma da Reforma, Repensando a Saúde, São Paulo, Hucitec,1992.



de suas práticas. Nos planos de saúde analisados, essas características são identificadas por diversas vezes. As vantagens listadas envolvem a livre escolha do profissional, bem como o livre acesso facilitado à tecnologia médica sem que se evidencie qualquer forma de comprometimento com a eficácia e a resolutividade das mesmas. À medida que os planos oferecem diversas especialidades clínicas, serviços complementares e serviços opcionais (com opções dentro de cada plano, dependendo da capacidade financeira de cada usuário), o médico, dentro destes parâmetros, consegue "trabalhar livremente", assegurando um diagnóstico e uma terapêutica embasados em exames com uma tecnologia adequada.

Com tais características, os planos de saúde reúnem atrativos capazes de permitir maior captação da clientela, ao passo que remetem ao Estado àquelas ações mais onerosas e que requerem uma intervenção continuada. Assim, equilibram suas contas de modo a não onerar excessivamente sua clientela.

Porém, ainda assim, a sustentação financeira deste modo de produção de serviços de saúde é onerosa. Desta forma, são necessários diferentes mecanismos de custeio. Esses mecanismos articulam interesses privados e interesses de parte daqueles que estão à frente da gestão do Estado. Configuram mecanismos estatais de sustentação de uma atividade de mercado. O primeiro deles reside na delimitação da cobertura de recursos diagnósticos e terapêuticos que reservem tratamentos crônicos, como hemodiálise, reabilitação e a AIDS, ações em saúde mental, à responsabilidade do Estado. Outro mecanismo é determinado pela não remuneração do serviços prestados pelos órgãos do SUS, principalmente aqueles mais dispendiosos - e, portanto, oferecidos por centros de excelência como os hospitais universitários - aos "usuários" dos planos de saúde. Há uma gritante discriminação econômica, que se sobrepõe a critérios técnicos e

profissionais, que desconsidera a necessária integralidade das ações em saúde, que não prevê ações racionalmente articuladas, de modo a minimizar os gastos e a maximizar a capacidade de cobertura e resolutividade. Além disso, os gastos com planos de saúde privados são amplamente dedutíveis do Imposto de Renda, o que onera duplamente o Estado no custeio das ações em saúde. Instala-se aí uma lógica muito peculiar. Uma parcela da população brasileira, com maior poder aquisitivo, tem acesso às formas privadas de prestação de serviços de saúde. Este acesso é financiado pelo conjunto da população, sem que os benefícios possam ser usufruídos por todos.

A disposição das ações em saúde oferecidas pelos planos não obedecem a nenhum mecanismo de planejamento médico-sanitário, de utilização criteriosa de tecnologia, de parâmetros racionais de aferição de resolutividade e, principalmente, de avaliação do grau de satisfação do usuário. Com efeito, não há definição objetiva de garantia dos direitos dos usuários.

Se o modelo tecno-assistencial dos planos pode assim ser caracterizado, e a partir da constatação de que esse modelo diverge substancialmente dos princípios do SUS, há que se questionar quanto ao futuro de um sistema que conjuga práticas tão díspares: de um lado uma assistência à saúde universalizada, que, no entanto, é pouco resolutiva, sucateada e não comporta a imensa demanda por serviços de saúde. De outro lado, uma assistência cara, privilégio de poucos, que não guarda a mesma racionalidade pelo menos no campo conceitual. É somente com a aquiescência daqueles que gerem o Estado que a dualidade entre esses sistemas se perpetua ainda hoje. Vale ressaltar que há estimativas de mais de 40 milhões de trabalhadores vinculados à assistência à saúde privada no Brasil, atualmente<sup>4</sup>. Essa dualidade, que nada menos representa a privatização do Estado, vem perpetuando-se há vários anos sem que tenham sido tomadas ini-

---

<sup>4</sup>Campos, GWS. A Reforma da Reforma. Repensando a Saúde, São Paulo, Hucitec, 1992.

ciativas efetivas por parte dos últimos governos federais. Além disso, é importante ressaltar o fator custo. Neste sentido, há uma série de especificidades inerentes às práticas em saúde que devem ser consideradas. Uma delas refere-se à incorporação de novas tecnologias e equipamentos no processo de trabalho em saúde, que ocorre de modo diferenciado dos demais setores produtivos. Ao contrário de outras áreas, as inovações tecnológicas na saúde não necessariamente diminuem a importância ou a participação de diferentes etapas e trabalhadores nos processos de trabalho em questão. Um exemplo pode ser dado a partir de uma investigação de quadro de dor abdominal: a incorporação da tomografia não foi capaz de suplantar a importância de um exame ecográfico da cavidade abdominal, que normalmente precede a tomografia. E muito menos a tomografia substituiu a participação do radiologista, responsável pela interpretação desses métodos diagnósticos por imagens. Vista a partir deste prisma, a incorporação de tecnologia, que é utilizada de forma pouco racional, é responsável por um progressivo aumento nos custos das ações de saúde, como é o caso do problema encontrado na saúde pública dos Estados Unidos<sup>2</sup>. A leitura e análise dos planos levam a observar que possuem exclusões gerais, de modo especial em:

1) diversos casos crônicos com suas conseqüências, lembrando que algumas doenças agudas podem facilmente se tornarem crônicas, fazendo com que, a partir deste momento, o paciente fique sem o acompanhamento do médico do plano, para passar ao tratamento dentro do Sistema Público;

2) doenças psiquiátricas e mentais tão desprestigiadas - a saúde mental vista como sendo uma parte isolada da saúde total física, desintegrante do indivíduo;

3) enfermidades decorrentes do uso de drogas (aí lembramos a AIDS - um dos fatores mais significativos para sua transmissão) fazendo com que, mesmo que um plano ofereça opcio-

---

<sup>2</sup>Possas, CA e Marques, MB. A Reforma da Saúde de Clinton: Lições para o Brasil? Saúde em Debate, 44:44, 1994.

nalmente esta cobertura, por causa deste pré-requisito passará a ser não usufruído;

4) saúde bucal - a não cobertura para os tratamentos odontológicos, apesar do oferecimento nas especialidades clínicas da cirurgia buco-maxilo-facial; não oferecem tratamentos dentários, tão importantes já que a saúde começa pela boca (exceção feita à Policlínica Central que oferece atendimentos dentários em sua sede própria);

5) mamoplastias - mesmo com repercussão no esqueleto ósseo e causando também problemas estéticos, pelo seu alto custo, ficam delegadas ao Sistema Público;

6) transplantes e implantes - alguns oferecem o ato cirúrgico, os serviços médicos, mas todos são unânimes em negar a cobertura para qualquer tipo de aparelho, mesmo no usufruto da internação hospitalar;

7) senilidade - que provoca um enfraquecimento intelectual e fisiológico. Deixam a descoberto uma gama de usuários, que depois de contribuírem anos, na esperança de usufruírem do plano, ficam sem qualquer atendimento, retornando mais uma vez ao Serviço Público. A falta também de uma previsão, quando existe a cobertura para determinados casos, nesta faixa etária, de acompanhantes durante a internação hospitalar;

8) atendimentos em casos de calamidade pública, lembrando que estes não dependem da vontade do usuário.

#### **Mais especificamente, os planos restringem:**

##### **A - GOLDEN CROSS:**

A fisioterapia pode ser usufruída somente para os casos de lesões de origem traumática, em um número de 10 sessões por evento.

A enfermagem em nível particular, quando existir a real necessidade, por parte do usuário, de um serviço mais especializado para a continuidade de seu tratamento após a alta hospitalar para a administração de medicação, às vezes de difícil acesso para o leigo ou ainda por não conseguir mais manter sua independência, dependendo de alguém para higiene, alimentação, entre outros.

O tratamento clínico ou cirúrgico de patologias adquiridas antes dos planos, que possuam controle através da continuidade do tratamento, abrangendo período anterior à celebração do contrato, ficando a descoberto consultas, exames e demais procedimentos clínicos que poderiam ser utilizados para sua cura.

Nas despesas previstas na internação hospitalar, não lista a previsão para: hemodiálise, diálise, utilização de leitos especiais, aparelhagens e materiais que sejam indispensáveis ao tratamento e a previsão para as despesas que envolvam a remoção do paciente. O não pagamento para os medicamentos estrangeiros, muitas vezes de custo menor que os nacionais.

Nos serviços auxiliares oferecidos, não contempla o acompanhamento médico durante a remoção do paciente. A remoção com acompanhamento médico é importante, à medida que um paciente, pelo tipo de patologia apresentada, necessite uma monitorização médica durante o trajeto de seu deslocamento, quando poderá apresentar mudanças repentinas em seu quadro. A remoção entre hospitais às vezes torna-se necessária pelo término das coberturas, outras vezes ocorre para execução de exames complementares ao tratamento. Há, ainda, a considerar a remoção do paciente da residência para o hospital, que, também, sugere os mesmo tipos de cuidado.

O estranho, na análise do plano, é que, por ser empresarial, ofereça apenas, opcionalmente, o tratamento para as

moléstias profissionais, acidentes de trabalho, já que um trabalhador permanece em média 8 horas/dia, na empresa, onde existe a maior probabilidade de ocorrência destas enfermidades.

Opcionalmente, também, oferece os exames médicos admissionais, periódicos e demissionais, arcando assim com uma assistência médica após a inclusão de novo funcionário (no caso uma admissão) que poderá não ter sido bem avaliado, acarretando com isto despesas e custos inesperados no decurso da utilização do plano.

Os exames médicos profissionais admissionais, periódicos ou demissionais, estão previstos em Lei, através do artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho. Ao serem oferecidos, porém, em nível opcional, encarecem o plano.

#### **B - POLICLÍNICA CENTRAL**

O maior fator restritivo deste convênio é o baixo período proporcionado para a internação hospitalar, acrescido de um longo prazo de carência para sua utilização.

Ao contrário dos demais planos, não prevê o acompanhamento para os menores de 14 anos.

Como tem um serviço centralizado em sede própria, possui poucos serviços médicos especializados em relação aos demais planos, em virtude do seu espaço físico restrito, além da impossibilidade da livre escolha em relação ao profissional de saúde (exceção feita aos planos que oferecem cobertura em nível de diretoria e gerência).

Não discrimina, dentro da internação, os serviços prestados.

Não oferece cobertura para anestesiologia, quimioterapia, hemodiálise e radioterapia, entre outras.

### C - SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA

O oferecimento dos serviços de radioterapia, quimioterapia e imunoterapia, dentro das coberturas básicas, depende de avaliação e de autorização da Seguradora, o que significa dizer que estes serviços poderão, eventualmente, ser bloqueados. O mesmo acontece com exames e serviços complementares de diagnóstico como, por exemplo, tomografia, eletrocardiografia dinâmica (Holter), ecocardiografia, etc.

A cobertura básica não possui previsão para exames médicos e consultas, o que é mais útil do que uma imediata internação.

A fisioterapia é oferecida, exclusivamente, para acidentes pessoais e, opcionalmente, poderá ser contratada uma cobertura mais abrangente para ser usufruída em casos de doenças.

Quando houver a contratação das cláusulas opcionais, ocorre a previsão de cobertura para a AIDS. Neste particular, a previsão para as despesas ao ano é, atualmente, de 55 mil reais, respeitando o limite para cada procedimento, o que, no primeiro momento, parece ser razoável, mas ao analisar-se o relatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em anexo, referente às despesas com o tratamento com a AIDS, chega-se à conclusão de que abrangem um período muito curto de cobertura.

Passados 60 dias da contratação do plano, caso sejam admitidos novos funcionários, ocorrem outros prazos de carências, impossibilitando a sua utilização imediata.

Não contempla as cirurgias plásticas que não sejam restauradoras e nem decorrentes de acidentes pessoais, restringindo, assim, os motivos que levam o paciente a recorrer a esse tipo de procedimento.



## D - UNIMED

Módulo I - Básico: Consultas médicas e exames complementares

A lista de médicos cooperativados, apesar de bastante ampla, muitas vezes acaba restringindo a escolha do profissional da confiança do usuário, por não se encontrar entre os credenciados, obrigando o segurado a recorrer a outro profissional fora do seu conhecimento e confiança, alterando com isto a relação médico-paciente, fundamental para o pronto reestabelecimento da saúde.

Fisiatria - O tratamento fisiátrico é de 50 sessões ao ano. A não utilização completa ou parcial não dá o direito a acrescer estas sessões aos anos subsequentes, fazendo com que o usuário, mesmo que utilize estes serviços uma única vez, não possa usufruir de um maior número de sessões para o seu tratamento.

Tratamento e pequenos atendimentos - mesmo de pequenas dimensões e que possam ser realizados em consultórios particulares dos médicos, com um porte anestésico zero - não poderão, mesmo assim, ser executado por falta de previsão na tabela TUNIPOA.

## Módulo II - Atendimentos Hospitalares

Internação - A quantidade de dias previstos na internação é de 40 dias/ano, mesmo em cirurgias eletivas. Considerando, porém, a probabilidade de haver complicações não programadas e, também, considerando o alto nível de infecção hospitalar, este limite é freqüentemente ultrapassado. Os pacientes, ao término deste prazo, obrigam-se a procurar uma baixa junto



ao Sistema Público. Há ainda a considerar outros aspectos envolvidos:

a) cobrança pela Contratada de 50% das despesas hospitalares que tiver no período que exceder à cobertura contratual;

b) a remoção do paciente do hospital privado para a rede SUS é cobrada do conveniado;

c) haver uma vaga junto a um hospital público;

d) o tipo de atendimento que este hospital oferecerá ao paciente;

e) o profissional que irá atendê-lo, questionando com isto o tipo de continuidade oferecida ao tratamento.

Exames previstos na internação - Quando da hipótese de internação, não existe previsão para os exames e testes complementares de angiografias, aortografias e arteriografias, neuro-radiologia, ressonância magnética, obrigando o usuário a somar à assistência o módulo III, onde estes exames passarão a ter cobertura.

Remoção - A impossibilidade de cobertura para a remoção do paciente não prevista pela Unimed, muitas vezes, necessária quando os hospitais se encontram com problemas em equipamentos, ou, ainda, a busca de atendimento compromete em muito a exatidão de um diagnóstico, e conseqüentemente a certeza de sua cura.

Acompanhantes - Há previsão para acompanhante apenas para menores de 12 anos, quando os outros planos oferecem até 14 anos.

### Módulo III - Procedimentos Especializados

Abre a cobertura para angiografia, aortografia e arteriografia, neuro-radiologia e ressonância magnética, excluída do módulo II.

Mensalidades - As mensalidades, a partir do módulo III, passam a ser cobradas em dobro (duas vezes) para os maiores de 60 anos e em triplo (três vezes) para os maiores de 70 anos. Levando em consideração o número de doenças e complicações nestas idades, desconsideram, mais uma vez, o fato do usuário ter pago um longo período e não ter utilizado o plano, fazendo com que os custos de manutenção deste se elevem e os serviços esperados não possam ser usufruídos, provocando o retorno do paciente ao Sistema Público.

## VI - VANTAGENS DOS PLANOS

Os planos privados de saúde constituem uma opção privilegiada de uma pequena camada social. A sua difusão, além de ser uma alternativa dentro do mercado, deve-se, em parte, à ineficiência do sistema governamental.

O presente estudo aborda, apenas, os planos empresariais de saúde. Ainda é pequeno o número de empresários que oferecem esse benefício aos seus empregados. É evidente, no entanto, que a tendência moderna de um novo empresariado ampliará mais e mais esse benefício, pois a repercussão sobre a produtividade e a qualidade é muito grande.

Entre as várias vantagens de um plano de saúde, podem ser enumeradas as que seguem:

- a segurança e a certeza de contar com uma assistência médica de bom padrão num caso de emergência e, também, nos casos previstos e previamente programados;
- no caso de emergência, ser atendido de uma forma mais privilegiada sobre os demais, em termos de tempo de espera, local de atendimento, instituição procurada e etc;
- a certeza da resolutividade ao menos, momentânea, de forma rápida e sem custos;
- a escolha de profissionais qualificados e de hospitais de bom padrão e de excelentes equipamentos;
- a confiança de ter uma boa assistência, sem ter a preocupação com os custos financeiros, eis que estão cobertos pelo plano da empresa, tanto no que diz respeito aos profissionais de saúde, quanto aos demais serviços como por exemplo, internação hospitalar, medicamentos e exames;

- a confiança depositada no profissional escolhido, mercê do bom nome do plano e das referências do próprio mercado;
- a certeza de um atendimento qualificado, minucioso, com maior disponibilidade de tempo e com maior atenção, o que reverterá na convicção de que o tratamento recebido foi o mais adequado e correto possível;
- a possibilidade e a comodidade da escolha de horários, de profissionais e dos locais para o atendimento, o que permite melhor programação e administração do tempo;
- em casos de atendimento ineficiente ou inadequado, o usuário poderá recorrer à administração do plano, visando a esclarecimentos e aperfeiçoamentos.

## VII - LIMITAÇÕES DOS PLANOS

Os planos estudados não cobrem, de forma ampla, a todos os casos de assistência à saúde. Apresentam muitas limitações, impostas pelo alto custo de determinados serviços de saúde.

É claro que os seus benefícios estão diretamente ligados ao seu custo. Ninguém criaria um plano de saúde, dentro do nosso mercado, para ter prejuízos. Além disso, para que um plano tivesse uma ampla assistência representaria um custo muito elevado, tornando-se inviável pela falta de clientes.

Entre as limitações mais evidentes dos planos privados de saúde, podem ser citadas:

- falta de cobertura a doenças de saúde mental, bucal, como parte integrante do bem-estar físico e psicológico do indivíduo;
- falta de cobertura aos casos de doenças mais caras e de tratamento de longa duração;
- longos prazos de carência para usufruto dos benefícios;
- na maioria dos casos, o reembolso das despesas é sempre muito aquém dos custos relativos aos serviços necessários;
- alguns planos não contemplam a remoção de pacientes de um hospital para outro ou da residência para o hospital, ficando sem o acompanhamento de médico ou profissional competente;
- os módulos dos planos sempre apresentam limitações, o que acarretará, fatalmente, que o beneficiário ficará sem algum tipo de cobertura;

- a massificação dos planos com o aumento do número de consultas para baixar o seu custo, acaba diminuindo, aos poucos, a qualidade dos serviços prestados;
- a impossibilidade de utilizar de forma cumulativa os benefícios não usufruídos num determinado período. Por exemplo, não é permitido no segundo ano de vigência do plano, utilizar o período de internamento não usufruído no ano anterior;
- a descrição dos planos é realizada mediante uma linguagem muito técnica, pouco acessível à grande maioria dos segurados e, em consequência, estes são obrigados, constantemente a recorrer à orientação profissional, sem mencionar a forma desorganizada pela qual muitos são apresentados, gerando dificuldade na compreensão de seu funcionamento;
- dificuldade de definir a opção pela melhor modalidade do plano que vá dar cobertura às futuras necessidades, face à impossibilidade de prever doenças e/ou acidentes;
- a falta de cobertura para acompanhante de pessoas com idade superior a 60 anos, condição quase sempre necessária.

#### **Principais Exclusões**

- Acidentes, lesões provocadas por ato voluntário ou ilícito;
- Acupuntura;
- Aparelhos ortopédicos e fixadores externos;
- Atendimentos em casos de calamidade pública;
- Betaterapia;
- Casos psiquiátricos;

- Cirurgias:
  - . de miopia e hipermetropia
  - . experimentais
  - . oftalmológicas refrativas
  - . ou tratamentos para eventos decorrentes de acidente de trabalho
  - . não éticas
  - . para mudança de sexo;
- Controle de natalidade;
- Displasias mamárias;
- Doenças crônicas;
- Doenças infecto-contagiosas e parasitárias (quando em surto epidêmico). Listagem das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, segundo R. Veronese:  
Doenças causadas por vírus:
  - Doenças respiratórias agudas,
  - Resfriado comum,
  - Influenza,
  - Rubéola,
  - Síndrome da Rubéola Congênita
  - Sarampo,
  - Roseola Infantum (Exanthema subitum),
  - Eritema infeccioso,
  - Herpes simples,
  - Varicela. Herpes-Zoster,
  - Variola,
  - Poliomielite,
  - Coxsackioses,
  - Enterovirose: III - Echovirose,
  - Gastroenterites por Rotavirus,
  - Neuroviroses,
  - Raiva (Hidrofobia),
  - Hepatite por vírus,
  - Arboviroses,

- Febre Amarela.
- Febres hemorrágicas.
- Caxumba.
- Citomegalia.
- Mononucleose Infecciosa.
- Tracoma.
- Febre Aftosa.
- Vírus e tumores malignos humanos.

Doenças causadas por Rickettsias

- Riquetsioses.
- Febre Q.

Doenças causadas por Mycoplasma

- Infecções por mycoplasma.
- Pneumonia atípica primária.

Doenças Causadas por Bactérias

- Estreptococias Humanas.
- Staphylococcus aureus e as Estafilococias Humanas.
- Endocardite Infecciosa.
- Septicemias.
- Choque Infeccioso.
- Pneumonias Bacterianas.
- Legionelose (Doença dos Legionários).
- Tuberculose Pulmonar.
- Micobactérias não-tuberculosas e Doenças Associadas.
- Lepra.
- Difteria.
- Coqueluche.
- Shigeloses.
- Salmoneloses.
- Salmoneloses Prolongadas.



- Febre Tifóide.
- Infecções Intestinais por Colibacilos Enteropetogênicos Clássicos.
- Infecções Intestinais por Colibacilos Enterotoxigênicos.
- Cólera.
- Infecção Puerperal.
- Peste.
- Carbúnculo.
- Tularemia.
- Gangrena Gasosa.
- Tétano.
- Bartonelose.
- Listeriose.
- Meningites.
- Doença Meningocócica.
- Meningoencefalite Tuberculosa.
- Brucelose.
- Botulismo.
- Infecções por Pseudomonas aeruginosas.
- Infecções por Germes Anaeróbios.
- Infecções Hospitalares.

Doenças Causadas por Espiroquetídeos

- Leptospirose.
- Pinta ou Caraté.
- Boubá.
- Febre por Mordida de Rato.

Doenças Causadas por Fungos

- Micoses.
- Blastomicose Sul-Americana (Paracoccidioidomicose).
- Doença de Jorge Lôbo.
- Histoplasmose.
- Micose Ocular.

## Doenças Causadas por Protozoários

- Doenças de Chagas,
- Tripanossomiase Africana,
- Leishmaniose Visceral,
- Leishmaniose Tegumentar Americana (Leishmaniose Cutâneo-Mucosa),
- Malária,
- Toxoplasmose,
- Amebíase,
- Infecções por Ameba de Vida Livre,
- Giardíase,
- Balantidíase,
- Isoporose Humana,
- Pneumocistose (Infecções por *P. carinii*)
- Ancilostomíase,
- Ascaridíase,
- Teníases,
- Cisticercose,
- Hidatidose,
- Esquistossomose Mansoní,
- Estrongilodíase,
- Enterobíase,
- Filariases,
- Trinquinelose,
- Tricocefaliase,
- Difilobotríase,
- Distomíase
- Fasciolíase,
- Angiostrongilíase Abdominal.

## Doenças Venéreas

- Sífilis,
- Gonorréia,

- Cancro Mole.
- Donavanose.
- Linforreticulose Benigna de Inoculação.

#### Doenças de Etiologia Não Esclarecida

- Aftas.
  
- Doenças fibrocísticas da mama;
- Enfermagem particular;
- Hemodinâmica (cateterismo, cineangiocoronariografia, etc);
- Inseminação artificial;
- Mamoplastia.
- Medicamentos e materiais de procedência estrangeira;
- Medicamentos homeopáticos;
- Medicamentos fora da internação hospitalar;
- Diteses e próteses;
- Plástica estética;
- Serviços de necrópsia;
- Transplantes;
- Tratamentos para:
  - a) esterilidade ou controle de natalidade,
  - b) internação para senilidade.
  - c) rejuvenescimento e finalidade estética.

## VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Constituição Federal vigente, promulgada em 1988, a saúde é um dever do Estado, conforme estabelece o artigo 196:

" A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Saúde para todos significa e deve ser colocada ao alcance de cada indivíduo. Ela remete ao estado de bem-estar pessoal, onde estão disponíveis os serviços sanitários, como também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva. Como direito de todos, suprime os obstáculos que se opõem ao desenvolvimento sadio, como: desnutrição, ignorância, água não potável e habitação não higiênica, assim como não resolve problemas, tais como a falta de médico, de leitos hospitalares, de medicamentos e vacinas.

O Estado tem o dever de satisfazer as necessidades básicas coletivas na área de saúde, colocando à disposição da população atividades específicas sob o nome de serviços públicos.

A iniciativa privada também pode atuar, de forma complementar, na área da saúde. É o que preceitua o artigo 199 da Constituição:

" A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1º: As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos."

Como participação de forma complementar, encontra-se paralelamente ao SUS, um sistema privado de atenção médica supletiva, composto pelas modalidades assistenciais como a medicina de grupo, a autogestão, as cooperativas médicas, os planos administrados e o seguro-saúde.

Como função complementar, resgatam apenas a possibilidade de alguns usuários, de posse de seu plano de saúde particular possuir um diferencial de atendimento, escolhendo horários, médicos, laboratórios, o que lhes permite melhor organizar o seu tempo.

Observa-se, também, que os planos privados apresentam grandes limitações. A primeira delas é o baixo tempo permitido de internação, constituindo uma preocupação constante para o segurado. Além disso, não oferecem cobertura para exames de alta tecnologia e de grande resolutividade, com alguma possibilidade de reembolso, sem propostas básicas para as doenças mais caras, para radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia, cirurgias plásticas reconstrutivas, traumatologia com exclusões de várias doenças crônicas, doenças infecto-contagiosas, medicamentos importados, materiais utilizados em cirurgias cardiovasculares, saúde mental, saúde bucal, medicina do trabalho, entre outras; além dos constrangimentos à liberdade de escolha dos profissionais, quanto dos hospitais e clínicas, o que geralmente gera insatisfação entre profissionais e usuários de saúde.

É de domínio público o caos em que vive a saúde brasileira. O SUS, embora bem planejado, na prática não consegue

atender à demanda; pelo contrário, o que se verifica são hospitais superlotados, filas enormes de pessoas em busca de atendimento médico. O sistema é ineficiente, com grande carência de recursos. Os profissionais são mal remunerados e vivem insatisfeitos e a população tem um péssimo atendimento. Em meio a esta desorganização em que se encontra a saúde pública brasileira, a proposta do atual presidente Fernando Henrique Cardoso, quando em campanha, surgiu como uma alternativa e esperança de que as coisas pudessem se organizar.

O que se espera dentro do dever do Estado, é o cumprimento das metas propostas, no plano de Fernando Henrique Cardoso, onde ele promete uma regulamentação sobre o sistema de atenção médica supletiva, com ampla discussão com todos os segmentos interessados. Fala em promover a participação na definição das políticas de saúde e no controle e avaliação de sua implantação como diretriz fundamental de seu governo.

É necessário que o governo aloque recursos para o setor e ponha em prática a sua proposta na área da saúde, de modo especial, no que se refere à reforma do Estado, com a agilização do processo de descentralização para estados e municípios e o fortalecimento da atuação do governo federal no que se refere às funções regulatórias e de auditoria.

A municipalização da saúde poderá ser uma medida eficaz, todavia será possível com o conseqüente repasse dos recursos e investimentos significativos. Não se pode, também, deixar de considerar que os problemas de saúde da população são a conseqüência das demais carências, como a falta de saneamento básico, a pobreza e a miséria generalizada, com a crescente fome e desnutrição.

É preciso desenvolver programas de conscientização da cidadania; promover o saneamento básico; mobilizar a sociedade para exigir a realização das metas básicas da proposta de governo de Fernando Henrique Cardoso; avaliar constantemente a qualidade dos serviços prestados. São ações que poderão dimi-

nuir as graves injustiças impostas à grande camada da população em favor de uma minoria privilegiada.

Faz-se necessário regulamentar a atuação da iniciativa privada, na área da saúde, visando a impedir, como ocorre atualmente, de que venha a onerar ainda mais o sistema público, já ineficiente e sucateado. Não é possível beneficiar os seguradores privados com incentivos e descontos no imposto de renda, sabendo que o sistema público de saúde acaba arcando com os serviços mais caros dos beneficiários desses seguros, dadas as suas limitações. Assim, o sistema público acaba lesado duplamente: com a diminuição das receitas dos impostos e arcando com as grossas despesas das contas hospitalares dos usuários de seguros.

O que ocorre, na prática é a acentuação e a legitimação das desigualdades e injustiças sociais. Os planos privados, com os incentivos governamentais, criam a possibilidade de um atendimento mais privilegiado e de simples resolutividade mas recorrem ao sistema público nos procedimentos de alto custo e complexidade, onde, em geral, ocorrem internações a longo prazo.

**IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 . A Saúde Pública e a Defesa da Vida  
Gastão Wagner de Souza Campos  
Editora Hucitec - SP - 1991
- 2 . Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde  
1980 - Ministério da Saúde - FM - UFRGS
- 3 . Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde - Brasília  
1987 - Ministério da Saúde
- 4 . Constituição da República Federativa do Brasil - 1988
- 5 . Constituição do Estado do Rio Grande do Sul - 1989
- 6 . Lei 8080 de 19 de setembro de 1990
- 7 . Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990
- 8 . Reforma da Reforma - Repensando a Saúde  
Gastão Wagner de Souza Campos  
Editora Hucitec - SP - 1992



## **X - ANEXOS**

## A - QUADRO COMPARATIVO DOS PLANOS

Simbologia Utilizada:

- \* **Sim** = quando existe o fornecimento do serviço por parte do plano.
- \* **Não** = exclui o serviço.
- \* **-** = quando o serviço pode estar contido sob outro título ou ainda, de maneira mais abrangente.

EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
<b>BENEFICIÁRIOS</b>				
<b>A) TITULARES</b>				
- sócios, diretores, empregados	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>B) DEPENDENTES</b>				
<b>Econômicos:</b>				
- conjuge, companheiro	Sim	Sim	Sim	Sim
- filhos solteiros até 18 a	Sim	Sim		
- filhos solteiros até 21 a	-	-	-	Sim
- filhos solteiros até 24 a	-	-	Sim	Não
- filhas solteiras até 21 a	Sim	Sim		
- estudantes até 24 a	Sim	Não	Não	Sim
- mãe solteira ou viúva	Sim	Não	Não	Não
<b>Especiais:</b>				
- enteados, tutelados	Sim	Não	Sim	Sim
- irmãos (as) solteiras (as) até 64 a	Sim	Não	Não	Não
- pai, mãe até 64 a	Sim	Não	Não	Sim
- sogra, sogro até 64 a	Sim	Não	Não	Sim
<b>Outros:</b>				
- filhos adotivos	Não	Não	-	Não
- filhos inválidos	Não	Não	Sim	Sim
- menores sob guarda	Não	Não	-	Sim
- pessoa designada	Não	Não	Não	Sim
<b>CARÊNCIAS</b>				
- sem carência p/ dependentes e titulares	Sim	Sim	Sim	60d a 360d
- carências especiais p/ dependentes especiais	30d a 360 d	300 d	-	-
- outras	-	300d	-	-

EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
----------	--------------	---------------------	-------------------------------------	--------

* PLANOS				
- consultas	Sim	Sim	Sim	Sim
- exames médicos complementares	Sim	Sim	Sim	Sim
- serviços auxiliares	Sim	-	Sim	Sim
- remoções	Sim	-	Sim	-
- internações	Sim	Sim	Sim	Sim
- rede preferencial	Sim	Não	Sim	-
- rede credenciada	Sim	-	Sim	Sim
- livre escolha de médicos	Sim	-	Sim	-
- livre escolha de hospitais	Sim	Não	Sim	-
- livre escolha de serviços	Sim	-	Sim	-
INTERNAÇÃO				
- leitos hospitalares (dias)	90	30	-	-
- leitos UTI/CTI - Neo-Natal (em dias)	30	10	-	-
- internação total incluído CTI	-	-	90	40
REEMBOLSOS				
	Sim	Sim	Sim	Não

EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
----------	--------------	---------------------	-------------------------------------	--------

## COBERTURAS

### A) ESPECIALIDADES CLÍNICAS/ SERVIÇOS ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARES

- Abreugráficos	-	Sim	-	-
- Alergologia	-	Sim	Sim	-
- Alergia e Imunologia	Sim	-	-	Sim
- Análises Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim
- Anatomia Patológica	Sim	Sim	Sim	Sim
- Anestesiologia	Sim	Não	-	Sim
- Angiografia	Sim	-	-	Sim
- Angiologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Aortografia	-	-	-	Sim
- Arteriografia	-	-	-	Sim
- Artroscopia	-	Sim	-	-
- Audiometria	Sim	Sim	Sim	-
- Audiometria Impedanciometria	-	-	-	Sim
- Banco de Sangue	Não	Não	Não	Sim
- Biópsia Colo Uterino	Não	Sim	Não	Não
- Broncoesofagologia	Não	Não	Não	Sim
- Cancerologia	-	-	-	Sim
- Cardiologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Cardiologia Pediátrica	Não	Não	Sim	Não
- Cauterização Colo Uterino	Não	Sim	Não	Não
- Cintilografia	-	Sim	-	-
- Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	Não	Não
- Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial	Não	Não	Não	Sim
- Cirurgia Cardiovascular	Sim	Não	Sim	Sim
- Cirurgia da Cabeça e Pescoço	Sim	Não	Sim	Sim
- Cirurgia da Mão	Sim	Não	Não	Sim
- Cirurgia Gastroenterológica	Não	Não	Não	Sim
- Cirurgia Geral	Sim	Sim	Sim	Sim
- Cirurgia Ginecológica	Não	Sim	Não	Não
- Cirurgia Oftalmológica	Não	Sim	Não	Não
- Cirurgia Otorrinolaringológica	Não	Sim	Não	Não
- Cirurgia Ortopédica	Não	Sim	Não	Não
- Cirurgia Pediátrica	Sim	Sim	Sim	Sim
- Cir. Plástica Restaurad.	Sim	Não	Sim	Sim

EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
- Cirurgia Torácica	Sim	Não	Sim	Sim
- Cirurgia Vascular	Não	Não	Não	Sim
- Cirurgia Vascular Periférica	Sim	Não	Sim	Não
- Cintilografia	-	Sim	-	-
- Citoscopia	-	Sim	-	-
- Cito Hormonal	-	Sim	-	-
- Citopatologia	-	Sim	Sim	Sim
- Clínica Médica	Sim	-	Sim	Não
- Cobaltoterapia	Não	Não	Sim	Não
- Colposcopia e colpocitologia	-	Sim	-	Sim
- Dermatologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Doenças Infecto Parasitológica	-	-	Sim	Sim
- Ecocardiografia	Sim	-	Sim	Sim
- Ecocardiograma	-	-	-	Sim
- Ecografia	-	Sim	-	Sim
- Ecografia Pélvica	-	Sim	-	-
- Ecografia Renal	-	Sim	-	-
- Ecografia Obstétrica	-	Sim	-	-
- Eletrocardiografia	-	-	Sim	-
- Eletrocardiografia dinâmica (Holter)	Sim	-	Sim	Sim
- Eletrocardiograma	Sim	Sim	-	-
- Eletroencefalografia	-	-	Sim	Sim
- Eletroencefalograma	Sim	Sim	-	Sim
- Eletromiografia	Sim	-	Sim	Sim
- Endocrinologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Endoscopia em geral	Sim	Sim	-	Sim
- Endoscopia Digestiva	-	-	Sim	Sim
- Endoscopia Per-Oral	Não	Não	Não	Sim
- Endoscopia Respiratória	-	-	Sim	-
- Ergometria	-	Sim	Sim	Sim
- Espirometria	-	-	Não	Sim
- Estudos Hemodinâmicos	Sim	-	-	-
- Fluoresceinografia	Sim	Não	Não	Não
- Fisiatria	-	-	Sim	Sim
- Fisioterapia: sessões/ano	10	30	40	50
- Foniatria: consultas/mês	Não	Não	Não	01
- Gastroenterologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Geriatria e Gerontologia	Não	Não	Não	Sim
- Ginecologia	Sim	Sim	-	Sim
- Ginecologia e Obstetrícia	-	-	Sim	Sim

EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
- Hematologia	Sim	-	Sim	Sim
- Hemodinâmica	-	-	Sim	Sim
- Hemoterapia	-	-	-	Sim
- Histerosalpingografia	Não	Sim	Não	Não
- Homeopatia	-	Não	Sim	Sim
- Homeopatia Ambulato- rial	Sim	Não	Não	Não
- Impedanciometria	-	Sim	-	-
- Imunoterapia	Não	Não	Sim	Não
- Laparoscopia	-	-	Sim	Não
- Laringoscopia	-	Sim	-	-
- Litotripsia extracorpór.	-	-	Sim	-
- Mamografia	-	Sim	Sim	-
- Mastologia	Não	Não	Sim	Sim
- Medicina do Esporte	Não	Não	Não	Sim
- Medicina do Trabalho	Não	Não	Não	Sim
- Med.Geral Comunitária	Não	Não	Não	Sim
- Medicina Intensiva	Sim	-	-	-
- Medicina Interna	-	Sim	-	Sim
- Medicina Nuclear	Sim	Sim	Sim	Sim
- Nefrologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Neurocirurgia	Sim	Não	Sim	Sim
- Neurofisiologia Clínica	Não	Não	Não	Sim
- Neurologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Neuropediatria	Não	Não	Sim	Sim
- Neuro-radiologia	Sim	Não	Não	Sim
- Nutrologia	Não	Não	Não	Sim
- Odontologia	Não	Sim	Não	Não
- Obstetrícia	Sim	Sim	-	-
- Oftalmologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Oncologia	Sim	-	Sim	Sim
- Ortopedia	Não	Sim	Não	Não
- Ortopedia e Traumato- logia	-	-	-	Sim
- Otologia	Não	Sim	Não	Não
- Otorrinolaringologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Peniscopias	Não	Sim	Não	Não
- Pediatria	Sim	Sim	Sim	Sim
- Pneumologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Proctologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Pré e Pós-Natal	-	Sim	-	-
- Prova de Função Pulmo- nar	Sim	-	Sim	-
- Psiquiatria Ambulatorial	Sim	Não	Não	-
- Quimioterapia	Sim	Não	Sim	Não
- Radiologia	Sim	Sim	Sim	Sim

<b>EMPRESAS</b>	<b>GOLDEN CROSS</b>	<b>POLICLÍNICA CENTRAL</b>	<b>SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA</b>	<b>UNIMED</b>
- Radioimunoensaio	-	Sim	-	-
- Radiologia Vascular	-	Não	Sim	-
- Radioterapia	Sim	Não	Sim	Sim
- Ressonância Magnética	Sim	-	Sim	Sim
- Reumatologia	Sim	Sim	Sim	Sim
- Rx Sistema Ósseo	-	Sim	-	-
- Rx Tórax	-	Sim	-	-
- Serviços Odontológicos	Não	Sim	Não	Não
- Terapia Intensiva	-	-	-	Sim
- Testes Ergométricos	Sim	-	-	-
- Tomografia Computado- rizada	Sim	-	Sim	Sim
- Tonometria	-	Sim	-	-
- Traumatologia	-	Sim	-	-
- Traumato-Ortopedia	Sim	-	Sim	-
- Ultrassonografia	Sim	-	Sim	Sim
- Urologia	Sim	Sim	Sim	Sim



EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
----------	--------------	---------------------	-------------------------------------	--------

### B) SERVIÇOS AUXILIARES

- Ato cirúrgico de implantação de Marca-passo (não incluem aparelhos)	Sim	Não	Sim	Sim
- Endopróteses	Não	Não	Sim	Não
- Fonoaudiologia Infantil	Sim	Não	Não	Não
- Hemodiálise	Sim	Não	Sim	-
- Litotripsia	Sim	Não	Não	Não
- Pequenos Atendimentos (emergências ou eletivo)	Sim	Sim	Sim	Sim
- Psicoterapia Infantil	Sim	Não	Não	Não
- Transfusão de Sangue e Hemoderivados	Sim	-	Sim	-
- Tratamento de Varizes (membros inferiores)	Sim	Não	Não	Não
- Urgências Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim

### C) SERVIÇOS OPCIONAIS

- Acidentes de Trabalho	Sim	-	-	Sim
- AIDS	Sim	-	Sim	Sim
- Cirurgia p/Correção de Miopia	Não	Não	Sim	Não
- Diálise Peritoneal	Não	Não	Sim	Não
- Doenças Infecto-Contagiosa	Não	Não	Sim	Sim
<b>Extensão de Cobertura para:</b>	*	*	*	*
a) Fisioterapia	Não	Não	Sim	Não
b) Internação Hospitalar	Não	Não	Sim	Não
<b>Exames Médicos:</b>				
a) admissional	Sim	Sim	Não	Não
b) periódico (revisonais)	Sim	Sim	Não	Não
c) demissional	Sim	Sim	Não	Não
- Lente Intra-ocular	Não	Não	Sim	Não
- Marca-passo	Não	Não	Sim	Não
- Moléstias Profissionais	Sim	Não	Não	Não
- Opções para redução dos prazos de carências	Não	Não	Não	Sim
- Tratamento Cirúrgico da Esterilidade	Não	Não	Sim	Não

EMPRESAS	GOLDEN CROSS	POLICLÍNICA CENTRAL	SEGURO MULTI SAÚDE BRADESCO EMPRESA	UNIMED
----------	--------------	---------------------	-------------------------------------	--------

<b>D) DESPESAS DE INTERNAÇÃO</b>				
<b><u>Acompanhante para menores de:</u></b>				
a) 12 anos	-	Não		Sim
b) 14 anos	Sim	Não	Sim	Não
- Cinesioterapia Respiratória	Sim	-	-	-
- Despesas c/ acompanhantes	Sim	Não	Sim	Sim
- Diárias	Sim	Sim	Sim	Sim
- Exames Laboratoriais, Radiológicos e Cintilográficos	-	-	Sim	Sim
- Materiais de Osteosíntese	Sim			
- Medicamentos e Materiais Diversos	Sim	Sim	Sim	Sim
- Nutrição Enteral	Sim	-	-	-
- Sala Cirúrgica	Sim	Sim	Sim	Sim
- Serviços Dietéticos	Sim	-	Sim	-
- Serviços Gerais de Enfermagem	Sim	-	Sim	Sim
- Taxas Diversas	Sim	-	Sim	Sim
- UTI	-	-	Sim	Sim

B - CUSTO HOSPITALAR - SIDA INTERNAÇÃO

a) incluídas as subvenções econômicas

b) excluídas as subvenções econômicas

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**GRUPO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA**  
**SERVIÇO DE CUSTOS**

**CUSTO HOSPITALAR**

**POR NOSOLOGIA PESQUISADA**

**INCLUIDAS AS SUBVENÇÕES ECONÔMICAS**

**SIDA - INTERNAÇÃO - 6º Sul**

**JULHO/1995**

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**GRUPO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA**  
**SERVIÇO DE CUSTOS**

Mês de Referência: Maio/95

Emissão em: 31-jul-95

PACIENTES = 33

**CUSTO DO TRATAMENTO DA AIDS - 6º SUL INTERNAÇÃO**  
**INCLUIDAS SUBVENÇÕES ECONÔMICAS**

1. Pessoal Próprio:		
1 Professor (Média )	R\$	1.588,50
1 Enfermeira	R\$	7.042,15
1 Auxiliar de Enfermagem	R\$	6.903,82
1 Téc. em Enfermagem	R\$	3.520,50
2 Médicos Residentes	R\$	2.162,32
2. Material Médico de Consumo:		6.184,32
3. Despesas gerais/Depreciação	R\$	1.175,99
4. Custo Direto	R\$	28.577,60
5. Medicação:	R\$	20.585,73
6. Custo Indireto de Base:	R\$	7.381,27
7. <u>Exames:</u>		
Lab. de Análises Clínicas	R\$	6.402,64
Hemoterapia	R\$	1.876,13
Unidade de Métodos Não Invasivos	R\$	39,69
Lab. de Anatomia Patológica	R\$	94,25
Radiologia	R\$	2.853,49
Fisiologia Pulmonar	R\$	56,75
8. Custo Total:	R\$	67.867,55
9. Custo por paciente internado	33 Pac.	R\$ 2.056,59
10. Receita Total:		R\$ 48.172,59
11. Receita por paciente internado	127 Pac.	R\$ 381,67

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**GRUPO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA**  
**SERVIÇO DE CUSTOS**

**LEVANTAMENTO DE CUSTO POR NOSOLOGIA**

Relatório emitido em: Agosto/95

Mês Base para a Análise:

Maior/95

MP. = 17,8

Pac.Int. = 33

PATOLOGIA/PROCEDIMENTO:

AIDS - 6º SUL

Pac/Dia = 587

**CUSTO HOSPITALAR INCLUIDAS AS SUBVENÇÕES ECONÔMICAS**

<b>INDICADORES</b>	<b>CUSTO/RECEITA TOTAL PAC/INT.</b>	<b>CUSTO/RECEITA POR PACIENTE</b>	<b>OBS: 33 Pac</b>
PESSOAL PRÓPRIO	17.466,47	529,29	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	0,00	0,00	
PESSOAL AUTÔNOMO	3.750,82	113,66	
MATERIAL DE CONSUMO	6.184,32	187,40	
DEPRECIÇÃO	414,77	12,57	
DESPESAS GERAIS	761,22	23,07	
<b>TOTAL DE CUSTO DIRETO</b>	<b>28.577,60</b>	<b>865,99</b>	
ADMINISTRAÇÃO	2.401,21	72,76	
TRANSPORTE PRÓPRIO	0,00	0,00	
ALMOXARIFADO	25,98	0,79	
HIGIENIZAÇÃO	153,13	4,64	
MANUTENÇÃO GERAL	307,75	9,33	
CALDEIRA	114,51	3,47	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	3.132,99	94,94	
LAVANDERIA E ROUPARIA	978,98	29,67	
CENTRO DE MATERIAIS ESTÉREIS	233,66	7,08	
SAMIS	10,02	0,30	
SERVIÇO DE PSICOLOGIA	2,81	0,09	
SERVIÇO SOCIAL	20,22	0,61	
FARMÁCIA-MEDICAMENTOS	20.585,73	583,54	Pesq. relat. "Bull"
<b>TOTAL DO CUSTO DE BASE</b>	<b>27.967,00</b>	<b>847,48</b>	
GASOTERAPIA	0,00	0,00	
RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	0,00	0,00	
LABORAT. DE ANÁLISES CLÍNICAS	6.402,64	194,02	3928 exames
NEONATOLOGIA	0,00	0,00	
HEMOTERAPIA/BANCO DE SANGUE	1.876,13	56,85	163 exames
UNID. DE MÉTODOS NÃO INVASIVOS	39,69	1,20	9 exames
E.L.C./ELETROMIOGRAFIA	0,00	0,00	
LABORAT. DE ANATOMIA PATOLÓGICA	94,25	2,86	13 exames
ANESTESIA	0,00	0,00	
RADIOLOGIA	2.853,49	86,47	206 exames
FARMÁCIA BÁSICA	0,00	0,00	
MEDICINA NUCLEAR	0,00	0,00	
FISIOLOGIA PULMONAR	56,75	1,72	5 consultas
HEMODINÂMICA	0,00	0,00	
FISIATRIA	0,00	0,00	
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	0,00	0,00	
CENTRO CIRÚRGICO (BCC)	0,00	0,00	
CENTRO OBSTÉTRICO	0,00	0,00	
UTI - ADULTO	0,00	0,00	
UTI - PEDIÁTRICA	0,00	0,00	
<b>TOTAL DE CUSTO INTERMEDIÁRIO</b>	<b>11.322,95</b>	<b>343,12</b>	
<b>CUSTO</b>	<b>67.867,55</b>	<b>2.056,59</b>	<b>33 Pacientes</b>
<b>RECEITA</b>	<b>48.472,59</b>	<b>381,67</b>	<b>127 Pacientes</b>
<b>RESULTADO</b>	<b>(18.066,01)</b>	<b>(1.674,92)</b>	



CODIGO	NOME DO MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	QUANT.	VALOR
154.030	ACETATO DE MEGESTROL 180 MG	1 CP/DIA	1,26	7CP	8,77
16.926	ACICLOVIR 200 MG	5 CP/DIA	1,04	21 CP	21,84
14.081	ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG	1 CP/DIA	2,37	118 CP	279,86
13.884	ALLOPURINOL 110 MG	1 CP/8X8H=3 CP/DIA	0,05	0	0,00
13.692	AMICACINA 2 ML 250 MG/ML	1 AMP/DIA	2,48	31 AMP	76,88
13.820	AMITRIPTILINA 25 MG	1 CP/DIA	0,14	5 CP	0,70
13.911	AMPICILINA 1.000 MG	2 G/8X8H=8 G/DIA=8 CP/DIA	0,89	56 CP	49,84
13.838	ANFOTERICINA B 50 MG	45 MG/DIA=0,9 CP/DIA	5,32	7 CP	37,24
136.905	BENZOATO DE BENZINA 25% LOÇÃO 200 MG/ML	1 FR/DIA	1,39	5 FR	6,95
13.997	BIPERIDENO 2 MG	1 CP/DIA	0,53	10 CP	5,30
16.969	CEFTRIAXONA 1.000 MG	2 CP/DIA	0,14	36 CP	5,04
16.268	CETOCONAZOL 200 MG	1 CP/12X12H=2 CP/DIA	0,24	55 CP	13,20
14.133	CIMETIDINA 200 MG	2 CP/12X12H=4 CP/DIA	0,02	87 CP	1,74
19.003	CIPROFLOXACINA, OROFLOXACINA ORAL 400 MG	2 CP/DIA	3,09	12 CP	37,06
169.153	CLARITROMICINA 250 MG	3 CP/DIA	1,52	21 CP	31,92
14.168	CLINDAMICINA 4 ML 150 MG/ML	60MG/4XDIA=0,4 AMP/DIA	7,02	70,8 CP	497,16
16.233	CLORETO DE POTÁSSIO 10% 100 MG/ML	10 ML/DIA	0,16	8,3 FR	1,32
14.311	CLORETO DE POTÁSSIO 60 MG/ML SOL ORAL FR	20 ML/3XDIA	1,59	19 FR	30,21
14.346	CLORETO DE SÓDIO 0,9% FR 1.000 ML	100 ML/DIA=1/10 FR/DIA	0,76	69 FR	52,44
16.225	CLORETO DE SÓDIO 20% 20 ML 200 MG/ML	30 ML/DIA=1,5 AMP/DIA	0,15	166,50 CP	24,98
19.488	CALAMINA+MENTOL+CÂNFORA LOÇÃO 100 ML	3 FR/DIA		0	0,00
139.882	CODEÍNA + PARACETAMOL 30 MG	4 CP/DIA	0,25	104 CP	26,01
139.882	CODEÍNA + ACETAMINA FENOL 30 MG	6 CP/DIA		0	0,00
139.882	CONCENTRADO FATOR VIII 100 UI/ML	2XDIA		400 ML	0,00
157.660	CREME DE URÉIA 10% 100 G	3 TB/DIA	2,36	27 TBS	63,72
14.575	DEXAMETASONA ACETATO 2 ML 8 MG/ML	12 MG/12X12H=1,5 AMP/DIA	0,58	20 AMP	11,60
14.575	DEXAMETASONA FOSFATO 2,5 ML 4 MG/ML	0,4 MG/12X12H=0,08 AMP/DIA	0,58	3,2 AMP	1,85
14.583	DEXCLORENIRAMINA 2 MG	1 CP/6X6H=4 CP/DIA	0,01	83 CP	0,83
14.630	DIAZEPAN 2 ML 5MG/ML	1 AMP/DIA	0,01	12 AMP	0,12
14.770	DIOCTIL 60 MG	3 CP/DIA	0,06	21 CP	1,26
14.826	DIPIRONA 2 ML 500 MG/ML	4 AMP/DIA	0,12	150 AMP	18,01
15.556	ESCOPOLAMINA 20 MG/ML	2 AMP/DIA	0,16	196 AMP	31,36
14.301	ESPIRONOL ACTOMIA 100 MG	1 CP/DIA	0,25	13 CP	3,25
135.631	ETAMBUTOL 400 ML	2 CP/DIA	0,01	17 CP	0,17
15.024	FENITOÍNA 100 MG	3 CP/DIA	0,03	45 CP	1,35
122.327	FLUCONAZOL	2 CP/DIA	6,35	80 CP	508,01
122.327	FLUCONAZOL 100 MG ( ZOLTEC )	1 CP/DIA	6,35	81 CP	514,35
15.121	FLUNITRAZEPAN 2 MG	1 CP/DIA	0,16	10 CP	1,61
0	FÓRMULA MAGISTRAL	10 ML/DIA	0,00	200 ML	0,00
15.180	FUROSEMIDA 10 MG/ML 2 ML AMP	2 AMP/DIA	0,18	24 AMP	4,32
15.172	FUROSEMIDA 40 MG	60 MG/DIA=1,5 CP/DIA	0,01	3 CP	0,03
178.365	GANCICLOVIR 500 MG	800 MG/DIA=1,6 CP/DIA	33,91	0	0,00
178.365	GANCICLOVIR 500 MG	600 MG/DIA=1,2 CP/DIA	33,91	0	0,00
18.228	GELÉA DE PETRÓLEO	1 TB/DIA	1,31	10 TBS	13,11
15.202	GENTAMICINA 80 MG	3 DOSES/DIA	0,19	1,5	0,28
15.296	GLICOSE 5% 1.000 ML 50 MG/ML	1 FR/DIA	0,87	67 FR	58,29
15.415	HALOPERIDOL 0,2% SOL ORAL 2 MG/ML	24 GT/DIA	1,17	3 FR	3,51
15.423	HALOPERIDOL 1 ML 5 MG/ML	1/2 AMP/DIA	0,70	6 AMP	4,21
15.407	HALOPERIDOL 5 MG	2 CP/DIA	0,03	18 CP	0,54
15.431	HEPARINA SÓDICA SUBCUTÂNEA 0,25 ML 50.000 UI	2 AMP/DIA	1,62	10 AMP	16,20
15.474	HIDROCORTISONA 100 MG	50 MG/DIA=0,5 CP/DIA	1,26	8,5 CP	10,71
15.504	HIDROXIDO DE ALUMÍNIO SUSP ORAL 80 MG/ML	15 ML/DIA	1,00	15 ML	15,01
16.772	BIPERIDENO 2 MG	1 CP/DIA	0,06	0	0,00
0	ISONIAZIDA 100 MG	3 CP/DIA		46 CP	0,00
0	ISONIAZIDA + RIFAMPICINA 500 MG	2 CPS/DIA		20 CP	0,00
148.261	LACTULOSE SOL ORAL 120 ML 667 MG/ML	60 ML/DIA=0,5 FR/DIA	4,64	2 FR	9,28
19.542	LOÇÃO LANETE + MENZOL + CÂNFORA	400 ML/DIA	0,09	24 FR	2,16
15.911	LOPERAMIDA 2 MG	1 CP/12X12H=2 CP/DIA	0,05	52 CP	2,61
122.327	FLUCONAZOL 100 MG	2 CPS/DIA		0	0,00
15.938	MANITOL 250 ML 200 MG/ML	100 UI/3XDIA=300 UI/DIA	1,15	3 FR	3,45
15.946	MEBENDAZOL 100 MG	2 CP/DIA	0,05	20 CP	1,01

CÓDIGO	NOME DO MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	QUANT.	VALOR
0	METAMIDINA 300 MG	1 AMP/DIA		0	0,00
16.101	METOCLOPRAMIDA 0,2 ML 5 MG/ML	4 AMP/DIA	0,09	0	0,00
16.080	METOCLOPRAMIDA 10 MG	4 GOTAS/DIA	0,02	720 GTS	0,00
16.101	METOCLOPRAMIDA 2 ML 5 MG/ML	4 AMP/DIA	0,09	714 AMP	64,26
12.777	METRONIZADOL 100 ML 5 MG/ML	375 MG/6X6H=3 AMP/DIA	0,88	30 AMP	26,41
16.160	MONOSSULFIRAN 25% SOL 250 MG/ML	1 SL/DIA	3,10	6 SL	18,60
16.179	MORFINA 10 MG/ML	4 MG/8X8H=1,2 AMP/DIA	0,97	5,8 AMP	5,62
16.160	MUCILOÍDE PSYLLIUM 7 G	1 ENV/12X12H=2 ENV/DIA	3,10	0	0,00
17.329	NAPROXENO 500 MG	3 CP/DIA	0,27	27 CP	7,29
17.361	NIFEDIPINA 10 MG	1 CP/DIA	0,08	48 CP	3,84
17.388	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSP. ORAL	20 ML/6XDIA	1,08	103,50 TBS	111,78
17.370	NISTATINA 4 G, CREME VAGINAL 25.000 UI/G	1 TB/2XDIA	1,48	0	0,00
25.048	NITRATO DE PRATA 10%	50 ML/DIA	1,76	0	0,00
17.418	NITROFORANTOÍNA 100 MG	4 CP/DIA	0,08	36 CP	2,88
17.442	OLEO MINERAL LIQUIDO	10 ML/DIA	1,30	4 FR	5,20
17.489	OXACILINA 500 MG SOL. INJ. FR/AMP	12G/DIA=24 AMP	0,93	347 AMP	322,71
109.070	OXICONAZOL CREME 10 MG	3 TB/DIA	4,09	33 TBS	134,97
13.560	PARACETAMOL 500 MG	2 CP/6X6H=8 CP/DIA	0,05	256 CP	12,80
13.560	PARACETAMOL 500 MG	6 CP/DIA	0,05	492 CP	24,60
17.540	PENICILINA CRISTALINA 5.000.000 UI	1 AMP/4X4H= 6 AMP/DIA	1,53	78 AMP	119,34
0	PENTAMIDINE 300 MG	1 CP/DIA	0,00	3 CP	0,00
17.620	PERIMETAMINA 25 MG	3 CP/DIA	0,01	96 CP	0,96
20.095	PERMANGANATO DE POTÁSSIO FR 200 ML	200 ML/DIA=1 FR/DIA	0,01	64 FR	0,64
17.574	PETIDINA 12 ML 50 MG/ML	30 MG/DIA=0,6 AMP/DIA	0,70	36,5 AMP	25,55
135.615	PIRAZIDAMIDA 500 MG	3 CP/DIA	0,00	56 CP	0,00
17.680	PREDINISONA 80 MG	2 CP/DIA	0,11	20 CP	2,21
17.760	PROMETAZINA 2 ML 25 MG/ML	1 AMP/DIA	0,02	7 AMP	0,14
17.850	RIFAMPICINA 300 MG	2 CP/DIA	0,25	37 CP	9,25
15.903	SOLUÇÃO DE LIPÍDIOS 10% OLEO DE SOJA 250 ML	100 ML/DIA=0,4 FR/DIA	44,44	56 FR	2.488,64
19.690	SOLUÇÃO DE THIERSCH 1.000 MI	3 FR/DIA	0,17	27 FR	4,59
17.973	SULFADIAZINA 500 MG	2 CP/4XDIA=12 CP/DIA	0,08	411 CP	32,88
12.858	SULFAMEIOXAZOL + TRIMETROPINA 480 MG/15ML	12 AMP/DIA	0,64	414 AMP	264,96
18.007	SULFATO FERROSO 60 MG	3 CP/DIA	0,02	79 CP	1,58
18.074	THIABENDAZOL 20 MG	4 CP/DIA	0,00	0	0,00
136.085	OMEPRAZOL 20 MG	1 CP/DIA	1,29	7 CP	9,03
18.465	VANCOMICINA 10 ML 50 MG/ML	1 AMP/12X12H=2 AMP/DIA	8,90	65 AMP	578,50
18.490	VITAMINA A + D POMADA 15 G	3XDIA, 1 TB/DIA	1,22	27 TBS	32,94
18.309	VITAMINA B 6 40 MG	1 CP/DIA	0,05	10 CP	0,50
19.341	VITAMINA COMPLEXO B	2 CP/DIA	0,02	10 CP	0,20
18.333	VITAMINA COMPLEXO B 1 ML	3 AMP/DIA	0,10	9 AMP	0,90
18.384	VITAMINA K 10 MG/ML	1 AMP/DIA		0	0,00
156.272	ZIDOVUDINA 100 MG	3 CPS/DIA	2,69	14 CP	37,66

MES BÁSICO. MAIO/95

RELATORIO "BULL" - 10 DIAS

TOTAL: 6.661,90

30 DIAS

TOTAL: 20.585,73



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**GRUPO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA**

**SERVIÇO DE CUSTOS**

**CUSTO HOSPITALAR**

**POR NOSOLOGIA PESQUISADA**

**EXCLUIDAS AS SUBVENÇÕES ECONÔMICAS**

**SIDA - INTERNAÇÃO - 6º Sul**

**JULHO/1995**

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**GRUPO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA**  
**SERVIÇO DE CUSTOS**

Mês de Referência: Maio/95

Emissão em: 31-jul-95

PACIENTES = 33

---

**CUSTO DO TRATAMENTO DA AIDS - 6º SUL INTERNAÇÃO**  
**Excluídas as Subvenções Econômicas**

---

1. Pessoal Próprio:			
1 Professor	R\$	1.588,50	
2. Material Médico de Consumo:		6.184,32	
3. Despesas gerais/Depreciação	R\$	1.175,99	
4. Custo Direto	R\$	8.948,80	
5. Medicação:	R\$	20.585,73	
6. Custo Indireto de Base:	R\$	7.381,27	
7. Exames:			
Lab. de Análises Clínicas	R\$	6.402,64	
Hemoterapia	R\$	1.876,13	
Unidade de Métodos Não Invasivos	R\$	39,69	
Lab. de Anatomia Patológica	R\$	94,25	
Radiologia	R\$	2.853,49	
Fisiologia Pulmonar	R\$	56,75	
8. Custo Total:	R\$	48.238,75	
9. Custo por paciente internado	33 Pac.	R\$	1.461,78
10. Receita Total:		R\$	48.472,59
11. Receita por paciente internado	127 Pac.	R\$	381,67

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**GRUPO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA**  
**SERVIÇO DE CUSTOS**

**LEVANTAMENTO DE CUSTO POR NOSOLOGIA**

Relatório emitido em: Agosto/95

Mês Base para a Análise:

Maio/95

MP. = 17,8

Pac.Int. = 33

PATOLOGIA/PROCEDIMENTO:

AIDS - ADULTO 6º SUL - INTER.

Pac/Dia = 587

**CUSTO HOSPITALAR EXCLUIDAS AS SUBVENÇÕES ECONÔMICAS**

<u>INDICADORES</u>	<u>CUSTO/RECEITA TOTAL: PAC/INT.</u>	<u>CUSTO/RECEITA POR PACIENTE</u>	<u>OBS: 33 Pac</u>
PESSOAL PRÓPRIO	0,00	0,00	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	0,00	0,00	
PESSOAL AUTÔNOMO	1.588,50	48,14	
MATERIAL DE CONSUMO	6.184,32	187,40	
DEPRECIÇÃO	414,76	12,57	
DESPESAS GERAIS	761,22	23,07	
<b>TOTAL DE CUSTO DIRETO</b>	<b>8.948,80</b>	<b>271,18</b>	
ADMINISTRAÇÃO	2.401,21	72,76	
TRANSPORTE PRÓPRIO	0,00	0,00	
ALMOXARIFADO	25,98	0,79	
HIGIENIZAÇÃO	153,13	4,64	
MANUTENÇÃO GERAL	307,75	9,33	
CALDEIRA	114,51	3,47	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	3.132,99	94,94	
LAVANDERIA E ROUPARIA	978,98	29,67	
CENTRO DE MATERIAIS ESTÉREIS	233,66	7,08	
SAMIS	10,02	0,30	
SERVIÇO DE PSICOLOGIA	2,81	0,09	
SERVIÇO SOCIAL	20,22	0,61	
FARMÁCIA-MEDICAMENTOS	20.585,73	623,81	Pesq relat. "Buil"
<b>TOTAL DO CUSTO DE BASE</b>	<b>27.967,00</b>	<b>847,48</b>	
GASTOTERAPIA	0,00	0,00	
RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	0,00	0,00	
LABORAT DE ANÁLISES CLÍNICAS	6.402,64	194,02	3.928 exames
NEONATOLOGIA	0,00	0,00	
HEMOTERAPIA/BANCO DE SANGUE	1.876,13	56,85	163 exames
UNID. DE MÉTODOS NÃO INVASIVOS	39,69	1,20	9 exames
E.L.C./ELETTROMIOGRAFIA	0,00	0,00	
LABORAT DE ANATOMIA PATOLÓGICA	94,25	2,86	13 exames
ANESTESIA	0,00	0,00	
RADIOLOGIA	2.853,49	86,47	206 exames
FARMÁCIA BÁSICA	0,00	0,00	
MEDICINA NUCLEAR	0,00	0,00	
FISIOLOGIA PULMONAR	56,75	1,72	5 consultas
HEMODINÂMICA	0,00	0,00	
FISIATRIA	0,00	0,00	
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	0,00	0,00	
CENTRO CIRÚRGICO (BCC)	0,00	0,00	
CENTRO OBSTÉTRICO	0,00	0,00	
CTI - ADULTO	0,00	0,00	
UTI - PEDIÁTRICA	0,00	0,00	
<b>TOTAL DE CUSTO INTERMEDIÁRIO</b>	<b>11.322,95</b>	<b>343,12</b>	
<b>CUSTO</b>	<b>48.238,75</b>	<b>1.461,78</b>	<b>33 Pacientes</b>
<b>RECEITA</b>	<b>48.472,59</b>	<b>381,67</b>	<b>127 Pacientes</b>
<b>RESULTADO</b>	<b>1.562,79</b>	<b>38,55</b>	