

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº , DE DE DE 2010.

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no inciso III do art. 4º e inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando a necessidade de revisão das diretrizes para a cobertura assistencial, de adequação da nomenclatura, formatação e exclusão e inclusão de novos procedimentos aos Rols atualizados pelas Resoluções Normativas – RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008, e RN nº154, de 5 de junho de 2007, em reunião realizada em ____ de _____ de 2009, adota a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na forma dos anexos I e II desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em resolução específica.

Art. 2º O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde atualizado por esta resolução normativa é composto por dois anexos:

I – o anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II – o anexo II contém as Diretrizes de Utilização necessárias para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos identificados no anexo I.

Art. 3º O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde poderá ser revisto a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 4º A Atenção à Saúde na Saúde Suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, bem como de estímulo ao parto natural;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde.

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando a promoção da saúde, a prevenção de riscos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação.

Art. 5º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde.

§1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e seus Anexos, serão de cobertura obrigatória quando observado o disposto no Art. 12, inciso I, alínea b, da Lei nº 9656 de 1998, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

§2º É facultada às operadoras a cobertura aos atendimentos por profissionais de saúde previstos no Anexo I desta Resolução Normativa sem prévia solicitação pelo médico assistente.

CAPÍTULO III

DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos Ambulatorial, Hospitalar, Hospitalar com Obstetrícia, Odontológico e suas combinações.

Art. 7º A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

Art. 8º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/98, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Anexo I desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

I – Planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

II– Concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III– Anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV- Atividades educacionais: aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive a sexualidade. Podem ser realizadas em grupo ou individualmente e devem permitir a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V – Aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI – Atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Art. 9º O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

Parágrafo único. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos de saúde, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

Art. 10. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, à Lei 10.211 de 23 de março de 2001, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998, respeitando-se o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n.º 9.656/98.

§ 1º - Os transplantes e os procedimentos a estes vinculados, listados no Anexo I desta Resolução Normativa, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, deverão ser ressarcidos em conformidade com a legislação pertinente.

§ 2º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 3º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - Portaria GM n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde (ou outra que venha substituí-la) - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante -SNT.

§ 4º É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a) determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Art. 11. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único: Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art 12. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Art 13. Respeitadas a segmentação e a área de abrangência estabelecida no contrato, o atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento.

Art 14. Nos contratos de planos coletivos empresariais, não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer, no contrato com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos, desde que não haja previsão de franquia ou co-participação para estes eventos.

Parágrafo único. Nos contratos de planos individuais ou familiares e coletivos por adesão é obrigatória a cobertura dos Procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, inclusive medicação de uso oral domiciliar.

Seção I

Do Plano-Referência

Art. 16. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental: para fins de cobertura, é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, ou aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou ainda o tratamento a base de medicamentos para indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso **off-label**).

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: para fins de cobertura, são aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese entendida como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese entendida como qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

a) A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no sítio da ANS (www.ans.gov.br).

VIII – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Seção II

Do Plano Ambulatorial

Art. 17. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o **caput** deste artigo;

III - cobertura de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo I e nos artigos desta Resolução Normativa;

IV – cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos anexos I e II desta Resolução;

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos I e II desta Resolução, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo I, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial.

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

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

X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

a) Para fins de cobertura, define-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

XIII – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XIV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Anexo I desta Resolução.

Parágrafo único. Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III) embolizações;

Seção III

Do Plano Hospitalar

Art. 18. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso XII deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.

II - quando houver previsão de utilização de mecanismos financeiros de regulação dispostos em contrato, para internações hospitalares, deve - se observar:

a) nos casos em que o contrato preveja co-participação ou franquia para internação, a mesma regra deve ser estabelecida para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas;

b) excepcionalmente, pode ser estabelecida co-participação, crescente ou não, somente para internações psiquiátrica, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 dias de internação no transcorrer de 1 ano de contrato;

II – cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com anexo II desta resolução;

a) entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

III - cobertura de transplantes listados no anexo I desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

IV - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, quando indicado pelo médico assistente;

V – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no anexo I desta resolução.

a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (dimensões, material de fabricação e tipo) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME e justificar clinicamente sua indicação, quando solicitado, podendo a operadora escolher a marca e a procedência dos materiais a serem cobertos, desde que assegurada similaridade com o material indicado.

VI - cobertura das despesas relativas a um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

VII - cobertura das despesas relativas a um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

VIII - cobertura de cirurgias odontológicas listadas no anexo I desta resolução, que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho profissional, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX - cobertura dos exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou para procedimentos odontológicos que, por imperativo clínico, demandarem internação hospitalar, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho Profissional, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

X – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

a) o imperativo clínico, referido no inciso X deste artigo, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

b) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

c) nas situações de imperativo clínico, os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista para a execução dos procedimentos em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência, à exceção dos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação hospitalar.

XI - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Art. 17, inciso XI, desta Resolução;

- c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no anexo I desta Resolução Normativa;
- g) embolizações listadas no Anexo I desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo I desta Resolução Normativa;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Anexo I, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Parágrafo único: Para fins de aplicação do **caput** deste artigo é permitida a exclusão, de acordo com o art. 10 da Lei 9656, de 1998, dos seguintes itens:

I - tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

II - clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

III – transplantes não listados no anexo I desta Resolução Normativa; e

IV - consultas ambulatoriais e domiciliares.

Seção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Art. 18 desta resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108 de 07 de abril de 2005;

a) Para fins de cobertura assistencial na saúde suplementar, entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 horas após o parto.

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção;

Parágrafo Único. Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo I, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, conforme Art. 5º desta Resolução.

Seção V

Do Plano Odontológico

Art. 20. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitarem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Finais

Art. 21. Esta Resolução Normativa, bem como seus anexos estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.

Art. 22. Ficam revogadas a RN nº 192, de 27 de maio de 2009, RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008, RN nº 154, de 05 de junho de 2007, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 11, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº12, de 4 de novembro de 1998 e as demais disposições em contrário. Além disso, incorpora-se os entendimentos dispostos nas Súmulas Normativas – SN nº10, de 30 de outubro de 2006, SN nº 11, de 20 de agosto de 2007.

Art. 23. Esta resolução entra em vigor no dia 02 (dois) de abril de 2010.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor - Presidente