

ATO DELIBERATIVO Nº 71, DE 28 DE ABRIL DE 2017

Dispõe sobre a assistência odontológica do Plano de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais do Supremo Tribunal Federal (STF-Med).

A PRESIDENTE DO CONSELHO DELIBERATIVO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E BENEFÍCIOS SOCIAIS DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF-Med), no uso das atribuições que lhe confere o Regulamento Geral do STF-Med e considerando o decidido na reunião ordinária de 10 de abril de 2017 e o contido no Processo Eletrônico 003784/2017,

R E S O L V E:

**SEÇÃO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

Art. 1º A Assistência Odontológica do STF-Med fica regulamentada por este Ato Deliberativo e compreende as modalidades de:

I – Assistência Dirigida, quando prestada por instituições credenciadas ou conveniadas;

II – Assistência de Livre Escolha, quando prestada por profissionais e instituições não credenciados ou conveniados.

§ 1º A Assistência Dirigida ou de Livre Escolha será prestada por cirurgiões-dentistas que não estejam em atividade no Tribunal e estará sujeita às condições estabelecidas neste Ato Deliberativo.

§ 2º Tratamento ortodôntico e ortopédico dos maxilares somente será prestado na modalidade de Assistência de Livre Escolha.

SEÇÃO II
DA ASSISTÊNCIA DIRIGIDA
Do tratamento na rede credenciada

Art. 2º Ao optar pela Assistência Dirigida, o beneficiário deverá encaminhar-se ao prestador da rede credenciada. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 92, de 2 de abril de 2019)

§ 1º REVOGADO

§ 2º REVOGADO

§ 3º REVOGADO

§ 4º A critério da auditoria técnica do STF-Med, poderá ser realizada a perícia final presencial mesmo quando não solicitada pelo paciente.

§ 5º REVOGADO

§ 6º REVOGADO

§ 7º REVOGADO

§ 8º REVOGADO

Art. 3º A transferência de beneficiário com tratamento em curso para outro prestador credenciado poderá ocorrer por escrito, a pedido do beneficiário ou do profissional inicialmente encarregado do atendimento.

Parágrafo único. Nos casos previstos neste artigo, somente se fará a transferência após a autorização da Seção de Despesas Médicas e Odontológicas, com o auxílio da auditoria técnica do STF-Med, ficando assegurada a quitação integral das etapas de tratamento cumpridas pelo prestador inicialmente encarregado do atendimento.

Da interrupção e do abandono de tratamento

Art. 4º Poderá haver interrupção no tratamento, desde que por motivo justificado, assegurado ao prestador credenciado o pagamento pelos trabalhos efetuados.

Parágrafo único. O pagamento de que trata o *caput* fica condicionado à entrega da documentação necessária ao faturamento relativa aos procedimentos realizados até a data da interrupção. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 92, de 2 de abril de 2019)

Art. 5º São considerados abandono de tratamento:

I – a interrupção por iniciativa do prestador credenciado, sem motivo justificado;

II – a interrupção por iniciativa do beneficiário, sem motivo justificado;

III – os casos em que o paciente em tratamento deixar de:

a) comparecer ao consultório do cirurgião-dentista credenciado, sem motivo justificado, pelo prazo de trinta dias;

b) realizar a perícia final presencial ou documental, quando esta for exigida.

§ 1º Na hipótese prevista no inciso I, a empresa não terá direito ao pagamento pelos trabalhos executados.

§ 2º Nos casos mencionados nos incisos II e III deste artigo ficará assegurado ao prestador credenciado o pagamento pelos trabalhos efetuados desde que entregue os documentos comprobatórios dos procedimentos realizados. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 92, de 2 de abril de 2019)

§ 3º O valor integral referente ao pagamento de que trata o § 2º deste artigo será cobrado do titular ou agregado. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 80, de 28 de julho de 2017)

§ 4º A cobrança referida no § 3º deverá ser precedida de notificação ao titular ou agregado, expedida pela Seção de Despesas Médicas e Odontológicas. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 80, de 28 de julho de 2017)

Do custeio do tratamento

Art. 6º Os beneficiários que utilizarem a rede credenciada de odontologia participarão com o percentual de custeio de 20%.

§ 1º A participação financeira de que trata o *caput* será efetivada em folha de pagamento do titular, boleto bancário ou depósito em conta corrente, e segue as regras estabelecidas no Regulamento Geral do STF-Med. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 80, de 28 de julho de 2017)

§ 2º O abandono do tratamento nos termos do art. 5º, II e III, deste Ato Deliberativo acarretará a cobrança, a título de custeio, de 100% (cem por cento) sobre os valores dos procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos Odontológicos do STF-Med.

SEÇÃO III

DA ASSISTÊNCIA DE LIVRE ESCOLHA (REEMBOLSO)

Art. 7º Ao optar pela Assistência de Livre Escolha, o beneficiário deverá dirigir-se ao profissional ou à instituição para consulta e tratamento. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 92, de 2 de abril de 2019)

§ 1º Procedimentos não constantes da Tabela de Procedimentos Odontológicos do STF-Med não serão reembolsados.

§ 2º Fica dispensada a perícia inicial quando o beneficiário optar pela Assistência de Livre Escolha.

Art. 8º. Para habilitar-se ao reembolso, o beneficiário deverá entregar à Seção de Cadastro e Atendimento aos Beneficiários:

I – formulário de reembolso odontológico, disponível no sítio do STF-Med, assinado pelo beneficiário titular;

II – REVOGADO

III – recibo sem emendas ou rasuras ou nota fiscal contendo:

a) nome do beneficiário atendido;

b) descrição dos procedimentos realizados;

c) valor total;

d) data da emissão;

e) atesto firmado pelo beneficiário quanto à efetiva prestação do serviço;

IV – exames radiográficos e laudo legível, quando necessários e/ou requeridos pela Seção de Reembolsos.

Parágrafo único. No caso de recibo, deverá constar também o nome, especialidade, CRO, CPF, carimbo e assinatura do profissional.

Do reembolso do tratamento ortodôntico e ortopédico dos maxilares

Art. 9º. Para habilitar-se ao reembolso de tratamento ortodôntico e ortopédico dos maxilares, o beneficiário deverá entregar à Seção de Cadastro e Atendimento aos Beneficiários:

I – no caso de reembolso de aparelho ortodôntico, os documentos elencados no art. 8º;

II – no caso de reembolso de manutenções ortodônticas, o documento elencado no art. 8º, III.

§ 1º O laudo apresentado para reembolso de aparelho ortodôntico deverá ser firmado por cirurgião-dentista inscrito como especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial ou Ortopedia Funcional dos Maxilares no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

§ 2º O laudo de que trata o § 1º deste artigo deverá apresentar nome do beneficiário, diagnóstico morfofuncional, arcada na qual será colocado o aparelho, nome do aparelho a ser utilizado, duração estimada do tratamento, prognóstico, data, assinatura e carimbo do profissional com o respectivo CRO.

§ 3º O aparelho intra ou extrabucal será reembolsado uma única vez para cada beneficiário.

§ 4º Não serão reembolsadas despesas referentes ao reparo ou à substituição de aparelho danificado, quebrado ou perdido.

§ 5º O reembolso da manutenção dos aparelhos de ortodontia é limitado a 24 consultas.

Dos prazos e do deferimento do reembolso

Art. 10. O beneficiário deverá apresentar os recibos ou notas fiscais em até trinta dias a contar da data de emissão dos respectivos documentos.

Art. 11. O beneficiário perderá o direito ao reembolso caso não se submeta à perícia final presencial, quando exigida, e não apresente os documentos constantes dos artigos 8º e 9º, e a nota fiscal ou o recibo no prazo estabelecido no art. 10.

Art. 12. Somente serão aceitos os documentos emitidos pelo cirurgião-dentista que assiste o paciente, ficando proibida a emissão ou a substituição de documentos por outros profissionais.

Art. 13. O requerimento de reembolso deverá ser entregue pelo beneficiário até o dia vinte do mês vigente, para inclusão na folha de pagamento ou creditado em conta corrente no mês subsequente. (Redação dada pelo Ato Deliberativo 80, de 28 de julho de 2017)

Art. 14. O deferimento do reembolso está condicionado à exatidão das informações prestadas nos documentos apresentados pelo beneficiário, podendo a Seção de Reembolsos, com o auxílio da auditoria técnica do STF-Med, a qualquer tempo, solicitar outros documentos comprobatórios que repute necessários.

Art. 15. A critério da auditoria técnica do STF-Med, poderá haver glosa de procedimentos odontológicos após a realização da perícia documental ou presencial.

Art. 16. Os beneficiários residentes fora do Distrito Federal e do entorno ficarão liberados da perícia final presencial, desde que o reembolso não ultrapasse o limite de R\$ 1.300,00 (mil e trezentos reais) *per capita* no período de doze meses.

Parágrafo único. O reembolso de que trata o *caput* estará condicionado ao envio dos documentos descritos nos artigos 8º e 9º à Seção de Cadastro e Atendimento aos Beneficiários e ao atendimento do disposto neste Ato Deliberativo.

Do cálculo do reembolso

Art. 17. O reembolso obedecerá aos seguintes percentuais aplicados sobre os valores da Tabela de Procedimentos Odontológicos:

- I – cinquenta por cento para a especialidade de ortodontia;
- II – oitenta por cento para as demais especialidades.

Art. 18. Na hipótese de inexistência de prestadores na rede credenciada/conveniada do STF-Med, comprovada pela Seção de Rede Credenciada, o reembolso será calculado sobre o menor valor obtido a partir:

- I – do valor total das despesas realizadas; ou

II – do valor da tabela vigente dos procedimentos constantes da solicitação de reembolso multiplicado por duas vezes.

Art. 19. No caso de tratamento ortodôntico, para pacientes com necessidades especiais, cuja patologia dificulte o atendimento, o reembolso será de 75% (setenta e cinco por cento) do valor dos procedimentos da tabela.

Parágrafo único. A patologia de que trata o *caput* deverá ser comprovada mediante laudo médico, analisado e aprovado pela auditoria do STF-Med.

SEÇÃO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. Os beneficiários que não observarem os prazos previstos no art. 10 do Regulamento Geral do STF-Med ou solicitarem reinclusão decorrente de desligamento voluntário estarão sujeitos à carência de sessenta dias para a utilização dos serviços.

Art. 21. O beneficiário com manifestações bucais advindas de neoplasias malignas ou AIDS terá cobertura de 100% (cem por cento) dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Odontológicos do STF-Med.

Parágrafo único. O beneficiário deverá apresentar à Seção de Cadastro e Atendimento aos Beneficiários o laudo médico atestando a existência da correlação entre a patologia bucal e as patologias sistêmicas a que se refere o *caput*.

Art. 22. A interposição de recurso administrativo pelo beneficiário e/ou prestador observará o previsto no art. 57-A do Regulamento Geral do STF-Med.

Art. 23. Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria de Gestão do STF-Med, *ad referendum* do Conselho Deliberativo.

Art. 24. Ficam revogados os Atos Deliberativos 42 e 43, de 19 de junho de 2012.

Art. 25. Este Ato Deliberativo entra em vigor na data de sua publicação.

Ministra ROSA WEBER

[Alterado pelo Ato Deliberativo 80, de 28 de julho de 2017, publicado no Boletim de Serviço, Edição Extraordinária 5, em 1 de agosto de 2017.](#)

[Alterado pelo Ato Deliberativo 92, de 2 de abril de 2019, publicado no Boletim de Serviço Edição Extraordinária nº 2, em 8 de abril de 2019.](#)