

AMS & VOCÊ



AMS & VOCÊ

AMS e Você

A AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde - é o benefício de saúde criado pela Petrobras para atender empregados, aposentados, pensionistas e seus respectivos dependentes. Assegurada através de Acordo Coletivo de Trabalho, a AMS oferece a todos os seus beneficiários serviços de assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica, com ampla cobertura e qualidade comprovada.

Com o objetivo de esclarecer o funcionamento da AMS e se aproximar de seus beneficiários, é com satisfação que a unidade de Recursos Humanos da Petrobras apresenta o guia AMS e Você.

Com esse suplemento, você vai entender melhor alguns termos administrativos e de saúde importantes para compreender o benefício, critérios de uso e as principais coberturas assistenciais, modalidades de custeio e atendimento disponíveis. Aqui você encontrará também os programas de saúde incluídos no benefício, localização dos postos de atendimento da AMS e outras formas de contato.

Se ainda assim você ficar com alguma dúvida, contamos com a parceria dos Serviços Compartilhados com suas unidades operacionais de AMS, além do *Call Center*. Entre em contato conosco, estaremos a sua disposição.



Sumário

Definição da AMS

O que é a AMS?

10

10

Beneficiários

Quem define os tipos de beneficiários da AMS?

10

Quem é o beneficiário titular da AMS?

10

Existem regras para inscrição e manutenção do beneficiário titular?

12

É possível solicitar a exclusão da AMS?

12

Em que casos um beneficiário titular pode perder o direito à AMS?

12

Quem é beneficiário dependente da AMS?

12

O que é AMS 28 Anos?

13

O que é beneficiário dependente temporário?

13

Quando os beneficiários dependentes perdem o direito à AMS?

13

Cartão AMS

O que é o cartão AMS?

14

14

Quem pode utilizar o cartão AMS?

14

Como solicitar o cartão AMS?

14

O que significa responsável nomeado?

14

O que significa dependente responsável?

14

Modalidades de custeio da AMS

Como é custeada a AMS?

15

15

Como são custeados os procedimentos de Grande Risco?

15

Como são custeados os procedimentos de Pequeno Risco?

15

Em quais circunstâncias haverá contribuição integral das despesas pelo beneficiário titular da AMS?

16

Modalidades de Atendimento da AMS

O que é Escolha Dirigida?

16

16

O que é Livre Escolha?

16

Como deve ser o Recibo / Nota fiscal?

17

Quais os procedimentos (exames, terapias, medicamentos) não são reembolsáveis?

17

Como proceder quando houver indisponibilidade ou inexistência de recurso credenciado na cidade onde o atendimento for demandado?

18

Coberturas da AMS

Como é feita a análise da cobertura assistencial da AMS?

18

18

Quem são os profissionais envolvidos na validação da cobertura assistencial da AMS?

18

Quais os procedimentos em saúde que são cobertos pela AMS?

19

Quais são os procedimentos cobertos pela AMS e classificados como Pequeno Risco?

19

Quais são os procedimentos cobertos pela AMS e classificados como Grande Risco?

20

Quais os procedimentos em saúde que não são cobertos pela AMS?

21

Quais os exames e tratamentos que exigem autorização prévia da AMS?

23

Programa de Atenção Domiciliar – PAD

24

O que é o PAD?

24

Quem tem direito?

24

Como ingressar?

25

O que é coberto pelo PAD?

26

O que é uma internação domiciliar?

26

O que é a Assistência Domiciliar?

27

O que é o Auxílio Equipamento?

28

Em quais situações o beneficiário da AMS será desligado do PAD?

29

Benefício Farmácia

29

O que é o Benefício Farmácia da AMS?

29

Quais os medicamentos cobertos pelo Benefício Farmácia?

29

Como adquirir os medicamentos pelo Benefício Farmácia?

30

Quais medicamentos podem ser adquiridos nas farmácias credenciadas?

32

Qual a validade da receita ?

32

Há algum tipo de limite de utilização do Benefício Farmácia?

32

PASA Programa de Avaliação da Saúde do Aposentado

32

Quem pode utilizar?

34

Como funciona?

34

Remoção

34

Como proceder em casos de remoção quando o beneficiário estiver internado?

34

Como proceder em casos de remoção quando o beneficiário não estiver internado?

35

Quando a remoção é considerada Grande Risco?

35

Quando a remoção é classificada como Pequeno Risco?

35

Quando a remoção não tem cobertura pela AMS?

36

Psicoterapia	36	Odontologia	45
O que é Psicoterapia?	36	Quais as especialidades odontológicas cobertas pela AMS?	45
Quais profissionais de saúde estão habilitados pela AMS para a realização de Psicoterapia?	36	Quais os procedimentos odontológicos não cobertos pela AMS?	47
Quais tipos de tratamentos psicoterápicos não são cobertos pela AMS?	36	A AMS prevê a realização de tratamentos odontológicos em ambiente hospitalar?	48
Como obter autorização para realização de Psicoterapia?	36	Como proceder para se submeter a um tratamento odontológico?	48
Qual a validade da autorização para tratamento psicoterápico?	38	O que você precisa saber sobre auditorias de tratamentos odontológicos.	49
Quais as modalidades de Psicoterapia cobertas pela AMS?	38	Sobre Implantodontia	50
Quais os prazos da Psicoterapia cobertos pela AMS?	38	O que é implantodontia?	50
A AMS cobre modalidades de psicoterapias concomitantes para o mesmo beneficiário?	39	O que é implante dentário?	50
Consultas Médicas	39	Quem pode se submeter ao procedimento?	51
Como marcar consultas?	39	Quais os critérios de elegibilidade para este tratamento?	51
Como proceder nas consultas de retorno?	39	Em que modalidade de atendimento este tratamento está incluído?	51
O médico agendou consulta de retorno, e precisou realizar novo exame clínico. Essa consulta poderá ser cobrada?	39	Obtive autorização para realizar implante dentário pela Livre Escolha, mas desejo realizá-lo pela Escolha Dirigida. Como devo proceder?	52
O que fazer em caso de indisponibilidade para agendamento de consulta com profissional da Escolha Dirigida?	40	Como o tratamento será custeado?	52
O profissional de saúde da minha escolha não integra a rede credenciada da AMS. A minha consulta poderá ser reembolsada?	40	O que não será coberto?	52
Exames Complementares	41	Como devo fazer para realizar um implante dentário?	53
O que fazer quando o médico solicitar exames?	41	Sobre Tratamentos Ortodônticos	54
Em situações de Urgência e Emergência, qual o prazo para a realização dos exames complementares?	41	Quem pode se submeter a tratamento ortodôntico?	54
Internação Programada	42	Em que modalidade de atendimento os tratamentos ortodônticos estão incluídos?	54
O que é internação programada?	42	Como os tratamentos ortodônticos são custeados?	54
Quais os tipos de acomodações hospitalares cobertos pela AMS?	42	O que devo saber sobre pagamento de tratamento ortodôntico?	55
Como obter a autorização para internação?	42	O que devo saber sobre os aparelhos ortodônticos?	55
Como proceder ao final da internação?	44	Existe prazo para a conclusão dos tratamentos ortodônticos pela AMS?	57
Quais as despesas da internação hospitalar que não são cobertas pela AMS?	44	Como proceder nos casos de tratamentos encerrados antes do prazo previsto pela AMS?	57
Emergência	44	Como proceder nos casos de interrupção de tratamento?	57
O que é uma situação de emergência médica?	44	O beneficiário pode desistir do tratamento?	57
O que devo fazer em caso de emergência médica ou acidente?	44	O que acontece com o beneficiário que abandonar o tratamento?	58
Como proceder se ocorrer uma internação de emergência?	45	O beneficiário pode mudar de ortodontista após iniciar um tratamento?	58
		O que acontece se o beneficiário perder o direito à AMS no decorrer do tratamento?	59
		Como fazer para me submeter a tratamento ortodôntico?	59
		Glossário	60

Definição da AMS

O que é a AMS?

A AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde - é um benefício de cunho trabalhista assegurado por meio de Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), que oferece serviços de assistência à saúde, com abrangência nacional e sem carência, nas modalidades ambulatorial, hospitalar com Obstetrícia e Odontologia, a todos os empregados - inclusive impatriados - , aposentados, pensionistas, anistiados políticos e seus respectivos dependentes, reconhecidos pelos critérios normativos estabelecidos pela Petrobras.

Embora não seja obrigada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a seguir a cobertura assistencial definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, por ter suas normas internas definidas e asseguradas em ACT, a AMS disponibiliza uma cobertura mais ampla que a sugerida pela Agência, incluindo procedimentos e eventos em saúde que ainda não foram incorporados pela listagem oficial.

Além da ampla cobertura assistencial e da rede de prestadores, a AMS possui programas e benefícios que, de forma

articulada, oferecem atenção integral à saúde dos seus beneficiários. Destacam-se como diferenciais da AMS, na saúde suplementar, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e o Benefício Farmácia.

Beneficiários

Quem define os tipos de beneficiários da AMS?

Os critérios para definição e inscrição de beneficiários na AMS são estabelecidos em ACT ou por normas da companhia, podendo sofrer alterações em vista de necessidades de ajustes na AMS, em função de eventuais aspectos conjunturais.

A AMS oferece a mesma cobertura assistencial a todos os beneficiários titulares e seus dependentes.

Não é permitido ao beneficiário titular ser dependente de outro beneficiário, assim como um beneficiário não pode ser dependente de mais de um titular da AMS.

Quem é o beneficiário titular da AMS?

Todo o empregado, aposentado, ou pensionista inscrito no benefício.



Para que aposentados e pensionistas tenham direito à AMS, a aposentadoria ou pensão devem ser requeridas por intermédio do convênio Petrobras/INSS e os seus proventos devem ser recebidos pela Petros - independente de receberem ou não suplementação da Petros.

Também têm direito a titularidade da AMS empregados impatriados e anistiados pela Lei 10.559/2002.

Existem regras para inscrição e manutenção do beneficiário titular?

A adesão e permanência do titular na AMS são voluntárias. O beneficiário é livre para não aderir ou sair da AMS a qualquer tempo. A inscrição só poderá ocorrer enquanto o empregado estiver na ativa, recebendo remuneração da Petrobras ou de alguma de suas subsidiárias, controladas ou coligadas, nas quais a AMS for o plano de assistência à saúde oferecido. Aposentados não podem se inscrever ou se reinscrever na AMS.

É possível solicitar a exclusão da AMS?

Sim, o beneficiário titular poderá, a qualquer momento, solicitar espontanea-

mente a sua exclusão ou a de qualquer de seus beneficiários dependentes inscritos. Os beneficiários dependentes serão automaticamente excluídos quando o beneficiário titular for suspenso ou excluído.

Em que casos um beneficiário titular pode perder o direito à AMS?

Quando forem suspensos ou excluídos da AMS, conforme normas internas da Petrobras.

Quem é beneficiário dependente da AMS?

A AMS considera como dependente os inscritos por empregados, aposentados ou anistiados.

A inclusão de dependentes precisa atender alguns critérios normativos no ato da inscrição e ter com o titular uma das relações de parentesco a seguir:

- Cônjuge ou companheiro
- Filho
- Enteado
- Menor sob Guarda em Processo de Adoção
- Temporário (recém-nascido até 30 dias de vida)

- Agregado (exclusivamente para empregados em missão no exterior)

O beneficiário titular pensionista não pode incluir dependentes na AMS.

O que é AMS 28 Anos?

É a possibilidade de extensão do benefício da AMS aos dependentes com mais 21 anos (ou 24 anos, para os matriculados em curso universitário), filhos ou enteados de beneficiários titulares, até que completem 34 anos.

Para ter direito ao AMS 28 anos, o dependente deve ter sido inscrito como tal antes de completar 21 anos (ou 24 anos, quando universitário). E a extensão precisa ser solicitada pelo titular antes da exclusão automática do dependente.

No AMS 28 anos, as modalidades de custeio e de atendimento são diferenciadas. Para custeio do Grande Risco, o beneficiário titular deverá pagar uma contribuição mensal, reajustada anualmente, no ACT.

Já os procedimentos do Pequeno Risco serão integralmente custeados pelo titular. O desconto integral dos valores pagos pela Petrobras à rede credenciada será feito na folha de pagamento ou de proventos de aposentadoria ou pensão, sem obedecer à margem consignável da AMS.

O que é beneficiário dependente temporário?

É o recém-nascido de parto coberto pela AMS, filho de titular ou dependente (filha, enteada, curatelada ou menor sob guarda), durante um período máximo de 30 dias, a contar da data do nascimento.

Após este período, o benefício será mantido apenas para aqueles que atenderem aos critérios de elegibilidade, se o beneficiário titular assim desejar.

A inscrição do beneficiário dependente temporário deve ser requisitada no momento da autorização da internação para o parto.

Quando os beneficiários dependentes perdem o direito à AMS?

- Quando o Beneficiário Titular perde seu direito à AMS
- Quando excluídos pelo beneficiário titular
- Quando atingir o limite de idade que o tornou elegível à AMS
- Quando cessarem os critérios que lhe permitiram ser inscrito como beneficiário dependente
- Quando cometer fraude contra a AMS.



bras e responde diretamente pelo uso indevido do cartão.

Como solicitar o cartão AMS?

Nos postos de atendimento da AMS, para quem é considerado elegível, de acordo com as normas internas da AMS vigentes à época da solicitação.

Cartão AMS

O que é o cartão AMS?

O cartão AMS permite a utilização dos serviços da rede credenciada. Nele constam o nome, número de matrícula, o código do beneficiário, foto (para maiores de 5 anos de idade), assinatura do portador e o número de telefone do *Call Center*.

Quem pode utilizar o cartão AMS?

O cartão AMS é pessoal e intransferível. Sua utilização está condicionada à elegibilidade do beneficiário e às normas internas do benefício AMS.

O beneficiário titular é responsável pelos seus dependentes perante a Petro-

O que significa responsável nomeado?

É a pessoa, maior de 21 anos designada pelo beneficiário titular como responsável para assinar as Guias TISS dos serviços de saúde utilizados pelos beneficiários dependentes menores de idade, através da Escolha Dirigida.

O responsável nomeado não precisa ser beneficiário da AMS e sua nomeação pelo titular não faz dele beneficiário.

O que significa dependente responsável?

E o beneficiário dependente maior de 16 anos que, quando designado pelo beneficiário titular, se torna responsável

pela assinatura das guias TISS dos serviços de saúde utilizados tanto por ele próprio quanto por outros beneficiários dependentes do mesmo titular.

Modalidades de custeio da AMS

Como é custeada a AMS?

A AMS é custeada pela Petrobras e por seus empregados, aposentados e pensionistas, conforme critérios definidos em ACT, que prevê duas modalidades de custeio: Grande Risco e Pequeno Risco.

Como são custeados os procedimentos de Grande Risco?

Os procedimentos classificados como de Grande Risco são custeados pelo beneficiário titular por meio de uma contribuição mensal fixa, descontada do salário ou dos proventos de aposentadoria ou pensão.

Os valores desta contribuição variam de acordo com a faixa etária e a faixa salarial do beneficiário titular e são anualmente atualizados, conforme tabela negociada no ACT.

Para os beneficiários titulares anistiados, a cobrança da contribuição de Grande Risco é feita por meio de boleto bancário.

A tabela de participação no Grande Risco pode ser consultada no ACT vigente, no Portal AMS e na intranet.

Como são custeados os procedimentos de Pequeno Risco?

Os procedimentos classificados como de Pequeno Risco são custeados pelo beneficiário titular por meio de uma participação variável, de acordo com o valor do procedimento realizado, descontada do salário ou dos proventos de aposentadoria ou pensão, na dependência de utilização da AMS e limitado à margem consignável.

Os beneficiários titulares anistiados recebem a cobrança de sua participação de Pequeno Risco através de boleto bancário.

Os valores percentuais da coparticipação no Pequeno Risco variam de acordo com as faixas salariais e são atualizados anualmente, conforme tabela negociada no ACT.

A tabela com o percentual de participação no Pequeno Risco pode ser con-

sultada no Acordo Coletivo de Trabalho vigente, no Portal AMS e na intranet.

Em quais circunstâncias haverá contribuição integral das despesas pelo beneficiário titular da AMS?

- Custeio de medicamentos que não são subsidiados pela Petrobras
- Procedimentos não cobertos pela AMS
- Despesas de beneficiários incluídos por determinação judicial

Modalidades de Atendimento da AMS

O que é Escolha Dirigida?

É a modalidade de atendimento prestada por profissionais e instituições credenciados pela AMS.

Para ser atendido pela rede de credenciados, basta apresentar o Cartão AMS.

Nesta modalidade não é necessário realizar qualquer desembolso no ato do atendimento. O beneficiário ou responsável nomeado deve assinar a Guia TISS,

devidamente preenchida com a discriminação dos serviços realizados.

A Petrobras efetua o pagamento ao credenciado, descontando, posteriormente, do beneficiário titular, o valor de participação do mesmo no custo do atendimento, quando este for classificado como de Pequeno Risco.

O que é Livre Escolha?

Modalidade de atendimento na qual o beneficiário da AMS se utiliza de serviços assistenciais de saúde não credenciados, podendo ser reembolsado por este tipo de atendimento, segundo referenciais de preços praticados pela companhia.

Nos procedimentos ou tratamentos classificados como Pequeno Risco, a Petrobras efetua o reembolso parcial das despesas, limitados aos Referenciais de Preços em vigor, descontando o valor da coparticipação do beneficiário.

No caso de procedimentos ou tratamentos enquadrados no Grande Risco, o reembolso é de 100% do valor estabelecido nos Referenciais de Preços em vigor na data do procedimento de saúde.

Para obter o reembolso, é necessário apresentar, nas Unidades de Execução

da AMS, o recibo ou nota fiscal (original e cópia) referente às despesas, acompanhado das requisições e relatórios médicos ou odontológicos relativos ao procedimento ou tratamento realizado.

Mesmo na Livre Escolha, alguns atendimentos exigem autorização prévia, sem a qual não será efetuado o reembolso. Informações sobre procedimentos que exigem prévia autorização podem ser obtidas nas unidades de execução da AMS ou através do *Call Center*.

Como deve ser o Recibo / Nota fiscal?

O recibo ou nota deve:

- Ser emitido em papel timbrado
- Conter o número do registro do profissional no Conselho Regional da categoria, o CPF ou, no caso de instituição, o CNPJ
- Ser emitido em nome do beneficiário titular ou em nome do dependente atendido (em ambos os casos, deve ser informado, no verso, o nome do beneficiário atendido)
- Caso o beneficiário atendido seja o dependente, devem ser informados, no verso, o nome e a matrícula do beneficiário titular (com assinatura)
- Trazer o carimbo ou número de inscrição do ISS (ou de inscrição esta-

dual), conforme legislação estadual ou municipal específica

- Ter sido emitido há menos de 90 (noventa) dias;
- Conter a discriminação dos serviços prestados ou o relatório técnico do profissional anexado ao recibo/nota fiscal, com quitação confirmada;
- Não conter rasuras;
- Vir acompanhado da autorização prévia emitida pela AMS para os procedimentos que a requeiram.

Quais os procedimentos (exames, terapias, medicamentos) não são reembolsáveis?

Aqueles:

- Realizados por profissionais ou instituições credenciados pela AMS, mesmo que para outra especialidade ou serviço
- Realizados por profissionais ou instituições descredenciados por falta grave
- Em que o beneficiário tenha a participação integral nas despesas;
- Classificados como Pequeno Risco, realizados em beneficiários dependentes inscritos na AMS 28 anos
- Que não têm cobertura prevista, consultar o item Coberturas do presente guia
- Medicamentos não subsidiados pela Petrobras

Como proceder quando houver indisponibilidade ou inexistência de recurso credenciado na cidade onde o atendimento for demandado?

Nessas situações, o beneficiário pode utilizar os serviços de um profissional ou instituição não credenciados e solicitar reembolso de suas despesas, conforme os Referenciais de Preços praticados pela Companhia.

É importante verificar se o procedimento em saúde a ser realizado necessita de autorização prévia. Em caso positivo, o beneficiário deverá solicitar a autorização à Unidade de Execução da AMS ou *Call Center*, pois sem ela o reembolso não poderá ser feito.

Coberturas da AMS

A AMS disponibiliza, historicamente, uma ampla cobertura de procedimentos e eventos em saúde, com a incorporação de novas tecnologias em saúde, antecedendo, muitas vezes em anos, a sua incorporação no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Como é feita a análise da cobertura assistencial da AMS?

Por se tratar de um benefício social trabalhista e não ter finalidade lucrativa, a AMS toma como referência as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde e das Sociedades especializadas competentes, para definir sua ampla cobertura assistencial.

Cabe a essas entidades estabelecer o nível de evidência científica e grau de recomendação para os procedimentos em saúde.

Outro norteador para autorização é a indicação técnica para o paciente submeter-se a determinado procedimento, tendo em vista que a indicação indevida e indiscriminada de intervenções diagnósticas e terapêuticas acarreta, na maioria das vezes, consequências prejudiciais à própria saúde daquele que as utiliza.

Quem são os profissionais envolvidos na validação da cobertura assistencial da AMS?

A AMS conta com profissionais competentes – médicos, enfermeiros e dentistas – que, de forma integrada, dão suporte à gestão e à operação do benefício.

Eles desempenham papel fundamental para que a unidade corporativa da AMS, possa buscar uma assistência à saúde de qualidade, com a segurança necessária para todos os seus beneficiários.

Quais os procedimentos em saúde que são cobertos pela AMS?

As principais coberturas da AMS são:

- Acupuntura (com limite de sessões definido no ACT)
- Alguns medicamentos ambulatoriais, conforme regulamento do Benefício Farmácia
- Assistência domiciliar, conforme regras do Programa de Atenção Domiciliar (PAD)
- Cirurgias, inclusive as refrativas
- Consultas médicas e odontológicas
- Diálise e hemodiálise
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Internações hospitalares
- Implante Dentário, de acordo com as normas específicas da AMS
- Tratamentos Odontológicos
- Partos (normal e cesáreo)
- Psicoterapia (Individual, Grupo e Familiar)
- Quimioterapia e radioterapia do câncer
- Reeducação postural global (RPG)

- com limite sessões definido no ACT
- Serviços complementares de diagnóstico e tratamento
- Terapia Ocupacional
- Transplantes
- Tratamentos da dependência química (ao álcool e outras drogas), de acordo com as normas específicas da AMS e SMES
- Tratamento do HIV, Hepatites virais e demais doenças infecto-contagiosas
- Tratamento de má-formação ou deformidades congênitas
- Tratamento da obesidade mórbida (cirurgia bariátrica)
- Tratamentos de transtornos psiquiátricos

Quais são os procedimentos cobertos pela AMS e classificados como Pequeno Risco?

- Assistência odontológica
- Assistência domiciliar, conforme regras do Programa de Atenção Domiciliar (PAD)
- Consultas médicas em consultório, clínicas ou ambulatoriais
- Procedimentos cirúrgicos realizados em *Day Clinic*
- Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, incluindo as cirurgias refrativas

- Procedimentos complementares de diagnóstico não realizados durante internação hospitalar
- Remoção em ambulância, exceto os classificados como Grande Risco
- Tratamentos seriados, não realizados durante internação hospitalar, tais como: psicoterapia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional
- Tratamentos realizados em *Day Clinic*
-

Quais são os procedimentos cobertos pela AMS e classificados como Grande Risco?

- Atendimento médico de urgência e emergência.
- Exames complementares, procedimentos médicos e medicamentos (excluindo-se os fornecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS) prescritos aos pacientes inscritos em fila de transplante, desde que estejam diretamente relacionados com as disfunções orgânicas causadas pela falência do órgão a ser transplantado
- Hemodiálise e Diálise Peritoneal
- Internação domiciliar, obedecidas as regras previstas no Programa de Atenção Domiciliar (PAD)
- Internação em regime de *Day Clinic*

para realização de procedimentos cirúrgicos, desde que os mesmos estejam classificados como de Grande Risco no sistema informatizado da AMS

- Partos (normal e cesáreo);
- Quimioterapia e radioterapia do câncer
- Acidentes pessoais, considerados aqueles eventos exclusivamente externos, súbitos e causadores de lesão física e/ou mental
- Cirurgias (inclusive de catarata e de correção de fimose);
- Transfusões de sangue ou de hemoderivados (quando na vigência das doenças onco-hematológicas, mielodisplásicas, hepáticas, oncológicas e renais crônicas) e os exames de análises clínicas necessários para a avaliação da terapia transfusional, desde que realizados no mesmo dia das transfusões
- Serviços de remoção em ambulância entre hospitais ou da residência para o hospital, quando realizados em situação de emergência e seguidos de internação
- Tratamentos ambulatoriais ou em regime de *Day Clinic* a que se submetam os beneficiários com doenças onco-hematológicas, mielodisplásicas, hepáticas, oncológicas e renais crônicas, durante os quais sejam

administrados medicamentos injetáveis, cuja infusão seja feita, obrigatoriamente, sob supervisão médica

- Tratamentos clínicos que exijam internação em hospital, desde que previamente autorizados pelo médico/dentista da companhia
- Tratamentos psiquiátricos e de dependência química, que exijam internação.
- Tratamentos psiquiátricos sob a modalidade de hospital-dia

Quais os procedimentos em saúde que não são cobertos pela AMS?

- Procedimentos/eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época da sua solicitação, exceto aqueles em que esteja prevista a sua cobertura nas normas internas da AMS
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade



estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais

- Trabalhos odontológicos com finalidade estética
- Procedimento para reversão de cirurgia esterilizadora prévia (reversão de laqueadura tubária e reversão de vasectomia)
- Trabalhos protéticos em ligas preciosas
- Tratamento para infertilidade a exemplo da inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- Tratamento esclerosante de varizes
- Fornecimento de órtese, assim entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, que não esteja ligada ao ato cirúrgico, a exemplo de: óculos/lentes de contato, aparelhos auditivos,

muletas, bengalas, talas, colchões d'água e assemelhados, coletes ortopédicos/splint, botas, tênis, sapatos ortopédicos, tutores não cirúrgicos;

- Internação em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar
- Manutenção da Internação em ambiente hospitalar (geral, especializado ou psiquiátrico), após a alta médica hospitalar ou após a estabilidade clínica de pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas, passíveis de tratamento ambulatorial/domiciliar
- Investigação de paternidade, qualquer técnica, inclusive o exame de DNA
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, seja por traumatismo ou anomalia congênita.
- Qualquer procedimento que não seja coberto pela AMS, mesmo aquele necessário ao tratamento de complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pela AMS

- Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura e considerados parte integrante do procedimento inicial
- Remoção aérea, inclusive UTI aérea
- Tratamento fora do território nacional
- Procedimento/Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido como aquele que:

- *Emprega medicamentos, produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) ou técnicas não registrados/não regularizados no país;*
- *É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO;*
- *Emprega medicamentos e produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso “off-label”)*
- *Não possui codificação pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar TUSS ou não consta nos referenciais vigentes à época*

- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar

cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

- Procedimentos/tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Transplante cujo doador seja não ideal (marginal) ou de órgão não ideal (marginal);
- Fator estimulador de crescimento ósseo;
- Teste NAT;
- Despesas decorrentes de programas de condicionamento físico, tais como: professores de educação física, academias de ginástica e demais práticas desportivas.
- Despesas médicas e odontológicas resultantes de lesões sofridas durante a participação em rebeliões, greves ou insurreições, lutas e/ou crimes, nos quais o empregado ou dependente tenha participado diretamente, comprovada sua culpabilidade.

Quais os exames e tratamentos que exigem autorização prévia da AMS?

- Angiografia
- Angioplastia

- Angiotomografia e angioressonância magnética
- Aplicações de YAG LASER
- Arteriografia digital
- Cateterismo cardíaco
- Cintilografias
- Colonoscopia
- Densitometria óssea
- Eletroneuromiografia
- Estudos eletrofisiológicos
- Exames neuropsicológicos
- Hemodiálise/Diálise Peritoneal
- Hemofiltração
- Hemoperfusão
- Litotripsia renal extracorpórea e hipertermia prostática
- Mapeamento de retina
- Polissonografia
- Quimioterapia
- Radioterapia e Radiocirurgia
- RAST - Teste radioalergoabsorvente
- Remoções em ambulância
- Ressonância magnética
- Tilt Table Test
- Tipagens HLA
- Tomografia computadorizada
- Toda e qualquer cirurgia
- Toda e qualquer internação (clínica ou cirúrgica)
- Todos os transplantes
- Tratamentos de dependência química
- Tratamentos dermatológicos
- Tratamentos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional
- Tratamentos odontológicos
- Tratamentos psicoterápicos
- Tratamentos psiquiátricos
- Ultrassonografia (quando realizado mais de um exame no mesmo momento)
- Visitas médicas hospitalares
- Quaisquer outros aqui não citados, a critério exclusivo da AMS.

Os exames ou tratamentos que exigem prévia autorização são os mesmos na Livre Escolha e na Escolha Dirigida.

Programa de Atenção Domiciliar – PAD

O que é o PAD?

O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) oferece atenção domiciliar temporária ao beneficiário com comprovada impossibilidade de locomoção e deslocamento de sua residência. Mesmo não fazendo parte da cobertura obrigatória prevista pela ANS, os serviços de *Home Care* são oferecidos, nas suas diversas modalidades, por liberalidade da Petrobras, desde que preenchidos todos os critérios normativos do PAD.

Quem tem direito?

O beneficiário da AMS, cuja condição de saúde impeça seu deslocamento

até os serviços ambulatoriais de saúde (clínicas, consultórios etc.) para realizar seus tratamentos.

Para ser inscrito no PAD, o beneficiário deve residir em município que conte com recursos credenciados para tal. A localidade e o domicílio do usuário precisam ter uma infraestrutura adequada para a prestação dos cuidados assistenciais, excluindo-se as áreas que exponham os profissionais a situações de risco à sua integridade ou que representem grande dificuldade de acesso até o local de atendimento.

Como critério de inclusão no PAD, o beneficiário também deverá contar com um familiar responsável, de preferência que possa assumir as atividades de cuidador.

Como ingressar?

O beneficiário titular ou seu representante deve procurar uma das Unidades de Execução da AMS e apresentar relatório médico detalhado, contendo a solicitação de ingresso no PAD, acompanhada da devida justificativa, histórico clínico, prescrições, resultados de exa-



mes, intercorrências e cuidados de saúde necessários. Isto deverá ser feito em um prazo mínimo de 96 horas úteis anteriores à data de alta prevista do hospital, ou a qualquer momento, caso o beneficiário já esteja em sua residência.

O ingresso no PAD e a determinação da modalidade de atendimento/benefício dependerão da disponibilidade de serviço credenciado existente na localidade onde o beneficiário residir, bem como de análise do relatório médico e da avaliação técnica periódica da equipe local de gerenciamento do PAD.

O que é coberto pelo PAD?

O PAD prevê duas modalidades de atendimento no domicílio – Internação Domiciliar e Assistência Domiciliar; e dois benefícios pecuniários – Auxílio Cuidador e Auxílio Equipamentos – com regras específicas para elegibilidade e para modalidade de atendimento e custeio.

É natural que a condição de saúde do paciente se altere com o passar do tempo. Assim, é importante ressaltar que as modalidades de atenção ou de auxílio concedidos inicialmente pelo PAD são temporárias e variam conforme as mudanças nas necessidades dos cuidados de saúde do paciente.

O que é uma internação domiciliar?

A internação domiciliar prevê assistência para beneficiários clinicamente elegíveis que necessitem, temporariamente, de cuidados ou recursos específicos de saúde, que devem ser efetuados ou manipulados por um profissional de saúde especializado que, para tanto, permanecerá no domicílio do beneficiário por um período variado de tempo (Ex: necessidade de medicamento endovenoso de forma contínua, utilização de ventilação mecânica etc.).

É considerada uma etapa intermediária entre a alta hospitalar e a alta definitiva. Nesse momento, uma pessoa de confiança do beneficiário, preferencialmente um familiar, será preparada para prestar os cuidados que se fizerem necessários.

É classificada como de Grande Risco, não sendo permitida a Livre Escolha.

Nesta modalidade estão previstas algumas coberturas, conforme critérios específicos estabelecidos pelo Programa, disponíveis para consulta em uma das Unidades de Execução da AMS.

O beneficiário será desligado desta modalidade de atendimento quando

já estiver em condições clínicas de ser acompanhado pela família.

O que é a Assistência Domiciliar?

Indicada para beneficiários que necessitam de cuidados pontuais no domicílio, a serem prestados por profissionais de saúde, tais como sessões de fisioterapia e fonoaudiologia, entre outros.

É classificada como de Pequeno Risco e não permite Livre Escolha.

Nesta modalidade estão previstas algumas coberturas, conforme critérios específicos estabelecidos pelo Programa, disponíveis para consulta em uma das Unidades de Execução da AMS.

O beneficiário será desligado desta modalidade de atendimento quando o agravamento do seu quadro clínico resultar em internação domiciliar ou mesmo hospitalar, ou quando houver melhora do seu quadro clínico que possibilite seu deslocamento para continuar os tratamentos em instituições de saúde, caracterizando, assim, alta da modalidade.

O que é o Auxílio Cuidador?

É um auxílio financeiro temporário concedido pela Petrobras com o objetivo

de remunerar uma pessoa, maior de 18 anos, alfabetizada, contratada pelo beneficiário ou seu responsável, para executar tarefas relacionadas às necessidades de alimentação, administração de medicamentos de rotina, movimentação, higiene e outras atividades de vida diária e cuidados continuados em saúde de beneficiário que não possua familiar com possibilidade de assumir tais cuidados.

A necessidade do cuidador deve ser indicada pelo médico assistente do beneficiário, através de relatório detalhado, contendo a devida justificativa. Sua concessão depende de autorização da equipe do PAD e será de, no máximo, 90 dias, renováveis por até mais 90 dias, mediante novo laudo do médico responsável pelo paciente, a ser apresentado para nova avaliação da equipe técnica operacional, para possível aprovação.

Por se tratar de um auxílio financeiro, o valor é limitado a um salário mínimo nacional por mês, creditado em folha de pagamento/proventos de aposentadoria/pensão do beneficiário titular, sempre no mês subsequente, mediante apresentação do recibo assinado pelo cuidador. Caso o valor pago pelo beneficiário ao cuidador exceda o teto estabelecido, o pagamento da diferença será de inteira

responsabilidade do beneficiário titular. Se o beneficiário optar por mais de um cuidador, o auxílio continuará sendo único, sem qualquer acréscimo no seu valor. Além disso, todos os encargos legais relativos à prestação dos serviços do cuidador são da inteira responsabilidade do beneficiário titular, de sua família ou de seu representante, não cabendo, portanto, à Petrobras arcar com nenhuma dessas despesas.

O Auxílio Cuidador não poderá ser pago a membro da família do beneficiário, mesmo que este atue como cuidador.

O cuidador escolhido pela família receberá um treinamento, sem ônus para o beneficiário titular.

O beneficiário titular é responsável pela escolha do cuidador, seu pagamento (inclusive de eventuais encargos trabalhistas) e acompanhamento dos cuidados a ele atribuídos.

Crianças que necessitem do Auxílio Cuidador só o receberão se não receberem auxílio creche/acompanhante ou auxílio pré-escolar concomitantemente.

O beneficiário perderá o direito ao Auxílio Cuidador se houver substituição do cui-

dador contratado sem comunicação prévia à equipe local de gerenciamento do PAD.

O que é o Auxílio Equipamento?

É um auxílio financeiro, temporário, concedido pela Petrobras para aluguel ou compra de equipamentos médico-hospitalares não-descartáveis indicados pelo médico assistente, a serem utilizados por beneficiário inscrito no PAD que deles necessite, para auxílio em seu cuidado diário.

Haverá participação financeira do beneficiário titular, conforme tabela de Pequeno Risco, tanto para compra quanto para aluguel dos equipamentos.

O auxílio se dará pela modalidade de reembolso, ao beneficiário titular, limitado aos referenciais de preços praticados pela companhia, após autorização prévia e mediante apresentação de nota fiscal original de compra ou aluguel do equipamento, nas Unidades de Execução da AMS. Caso o valor pago pelo equipamento seja maior que o auxílio concedido, a diferença entre o valor concedido e o valor pago será de inteira responsabilidade do beneficiário titular.

A decisão sobre compra ou aluguel do equipamento e o respectivo período

de uso (no caso de aluguel), será tomada pela equipe local de gerenciamento do PAD, após cotação dos equipamentos e análise da relação custo/benefício de cada caso.

O beneficiário perderá o direito ao Auxílio Equipamento se for verificado dano ao equipamento alugado, causado intencionalmente ou por uso inadequado.

Em quais situações o beneficiário da AMS será desligado do PAD?

- Óbito
- Perda do direito à AMS
- Agravamento do quadro clínico que resulte na necessidade de reinternação hospitalar
- Mudança do quadro clínico com recuperação da autonomia, possibilitando o tratamento ambulatorial
- Mudança nas condições de infraestrutura domiciliar que inviabilizem a adequada assistência ao beneficiário
- Não aceitação ou não participação efetiva do paciente, família ou cuidador no plano terapêutico proposto e não cumprimento das orientações do médico e demais profissionais do SAD
- Mudança de endereço para locais fora da área de abrangência do Programa ou para áreas que exponham os profissionais a situações de risco

à sua integridade, ou que representem grande dificuldade de acesso ao local de atendimento.

Os casos suspensos por não cumprimento das normas não poderão voltar a ser contemplados pelo Programa de Atenção Domiciliar, exceto se surgirem novas condições de elegibilidade.

A equipe de execução do PAD faz o acompanhamento periódico dos beneficiários inscritos no Programa, verificando sua evolução clínica e a qualidade dos cuidados prestados no domicílio, a fim de avaliar a concessão de recursos e modalidade, de acordo com as necessidades do momento.

Benefício Farmácia

O que é o Benefício Farmácia da AMS?

É o benefício que a AMS oferece aos seus beneficiários para aquisição de medicamentos em condições especiais, favorecendo, desta forma, maior adesão ao tratamento prescrito pelo médico, com consequente melhora da saúde e da qualidade de vida.

Quais os medicamentos cobertos pelo Benefício Farmácia?

Somente os medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são cobertos pelo Benefício Farmácia.

A lista de medicamentos cobertos é submetida a revisão periódica e encontra-se disponibilizada para os beneficiários no Portal da AMS e Intranet.

São cobertos tanto medicamentos genéricos quanto de marca, mas os me-

dicamentos ditos similares não têm cobertura pelo Benefício Farmácia, por não apresentarem comprovação de equivalência terapêutica.

Como adquirir os medicamentos pelo Benefício Farmácia?

Os medicamentos cobertos pelo Benefício Farmácia podem ser adquiridos de três formas:

Sistema de Delivery

Os medicamentos subsidiados parcial ou totalmente pela Petrobras serão entregues na residência ou local de trabalho do beneficiário, conforme sua escolha. Este sistema trará mais comodidade, principalmente para quem precisa fazer uso de medicamentos por tempo prolongado, pois permitirá a entrega programada dos remédios.

As doenças crônicas cujos medicamentos são subsidiados pela companhia e adquiridos somente pelo sistema de Delivery são: Hipertensão Arterial, Diabetes, Dislipidemia (Colesterol e Triglicérides altos), Insuficiência Cardíaca, Doença Coronariana, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Asma e Glaucoma. Nestes casos, a participação do beneficiário será pela tabela de Pequeno Risco.

Também poderão ser solicitados pelo sistema de Delivery os medicamentos para o tratamento de Câncer (orais e subcutâneos), Hepatites Virais, Insuficiência Renal Crônica e HIV/AIDS. Nestes casos, não haverá participação pecuniária do beneficiário.

Obs: Os medicamentos termolábeis, como Insulinas e Hormônio

de Crescimento, também serão entregues no endereço indicado pelo beneficiário.

A solicitação poderá ser feita pessoalmente - em um dos Postos de Atendimento dos Serviços Compartilhados - ou através de carta enviada para o seguinte endereço:

*Petróleo Brasileiro S/A- Petrobras
Compartilhado/RSPS/SAMS/ATA
Benefício Farmácia - DELIVERY
Av. Paulista, nº 901 - 14º andar -
Lado Santos - Cerqueira César
São Paulo - SP - CEP: 01311-100.*

Sistema de PBM – Farmácias Credenciadas

Os medicamentos subsidiados parcialmente pela Petrobras controlados (sujeitos a retenção de receita) para Depressão, Epilepsia, Tabagismo e os antipsicóticos deverão ser adquiridos em farmácias credenciadas, não podendo ser entregues via Delivery. O mesmo acontece com todos os medicamentos não subsidiados.

Reembolso

Todos os medicamentos parcial ou totalmente subsidiados pela Petrobras poderão ser adquiridos em farmácias não credenciadas para reembolso posterior.



Quais medicamentos podem ser adquiridos nas farmácias credenciadas?

- Os medicamentos com participação financeira integral dos beneficiários, constantes na Lista de Medicamentos disponibilizada.
- Os medicamentos antipsicóticos e os controlados (retenção de receita) utilizados para tratamento de Depressão, Epilepsia e Tabagismo.

Obs: Os pacientes inscritos no PAE poderão comprar alguns medicamentos com participação financeira reduzida, conforme tabela PAE.

Qual a validade da receita ?

O prazo de validade das receitas médicas para compra de medicamentos parcial ou totalmente subsidiados pela companhia foi estendido para 120 dias, exceto para os medicamentos controlados (retenção de receita), cujo prazo legal é de 30 dias e para os antibióticos, cujo prazo legal é de 10 dias.

Há algum tipo de limite de utilização do Benefício Farmácia?

Sim, há um valor limite mensal para todo o grupo familiar. Este limite não é cumulativo e é definido de acordo com a faixa salarial do beneficiário titular.

A “Tabela de limite de utilização mensal do Benefício Farmácia”, bem como o extrato de utilização, lista de medicamentos cobertos, rede de farmácias credenciadas e outras informações relacionadas ao Benefício Farmácia, poderão ser consultadas no Portal AMS, www.ams.petrobras.com.br.

PASA Programa de Avaliação da Saúde do Aposentado

O Programa de Avaliação da Saúde do Aposentado (PASA) é o programa direcionado aos aposentados e pensionistas, estes últimos com idade igual ou superior a 50 anos, que tem como objetivo principal o estímulo à promoção da saúde e o controle dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Desta forma, busca minimizar possíveis agravamentos ou sequelas dessas doenças.



Quem pode utilizar?

Aposentados de qualquer idade e pensionistas com idade igual ou superior a 50 anos.

Como funciona?

O aposentado deve procurar um médico de sua confiança (de preferência Clínico Geral ou Geriatra), credenciado, para avaliação de sua saúde.

Caso o médico solicite exames complementares ou novas consultas, o PASA disponibilizará um total anual de Unidades de Serviço (US) para essas despesas. Nestes casos, o aposentado terá sua participação financeira reduzida a 20% de sua participação no Pequeno Risco. Para tanto, o médico deverá registrar a sigla PASA em todas as Guias TISS de solicitações de exames e consultas a serem realizados.

O saldo de US não utilizado em cada ano será acumulado para o ano seguinte, num limite máximo de 642,30 US. Já os atendimentos que ultrapassarem os limites anuais de US disponibilizadas terão seus valores descontados de acordo

com a participação normal da Tabela de Pequeno Risco do titular.

O PASA contempla apenas os procedimentos de Pequeno Risco (consultas e exames). Não contempla odontologia nem tratamentos complementares.

Remoção

A AMS oferece cobertura para remoção em ambulância, em caráter de emergência, apenas no percurso de ida ao hospital ou entre hospitais, por via terrestre, dentro do território nacional. O serviço de remoção também pode ser utilizado no percurso do hospital para casa, mas apenas quando o beneficiário se destina à internação domiciliar (PAD).

Como proceder em casos de remoção quando o beneficiário estiver internado?

- A instituição de saúde entrará em contato com a Unidade de Execução da AMS ou *Call Center* e solicitará autorização para a remoção
- Se a remoção for autorizada, a instituição de saúde fará contato com o

serviço de remoção credenciado e solicitará o transporte

- A justificativa médica deverá ser entregue ao serviço de remoção para que seja anexada à cobrança a ser enviada à Petrobras.

Como proceder em casos de remoção quando o beneficiário não estiver internado?

- O beneficiário, ou o seu responsável, entrará em contato com um serviço de remoção credenciado da AMS
- Ao chegar ao hospital, o beneficiário, ou o seu responsável, deverá solicitar ao médico que realizou o atendimento um relatório com a justificativa médica para uso do serviço de remoção
- A justificativa médica deverá ser entregue ao serviço de remoção, que encaminhará à AMS e esta realizará Auditoria Médica para análise do pagamento

Quando a remoção é considerada Grande Risco?

- Quando seguida de internação hospitalar ou internação Domiciliar (PAD)

- Para realização de exames e/ou procedimentos fora do hospital onde o paciente esteja internado
- Quando realizada entre hospitais, desde que caracterizada a necessidade técnica ou a ausência de recursos no hospital onde o paciente está internado, devendo a remoção ser feita para o hospital mais próximo que atenda às necessidades do paciente
- Quando realizada entre hospital da rede pública e hospital da rede credenciada, em caso de transferência por indicação médica ou solicitação do beneficiário, ou seu responsável

Quando a remoção é classificada como Pequeno Risco?

- Quando realizada da residência para o hospital, e não for seguida de internação hospitalar, desde que haja justificativa técnica
- Quando realizada do hospital para a residência, desde que seguida de utilização da modalidade de Assistência Domiciliar (PAD)
- Quando utilizada pelos beneficiários inscritos no PAD, na modalidade de Assistência Domiciliar, para a realização de exames e procedimentos em ambiente hospitalar, desde que indicados pelo médico assistente do SAD

Quando a remoção não tem cobertura pela AMS?

- Quando não for caracterizada a condição de emergência/urgência da remoção em ambulância
- Quando não houver justificativa técnica médica ou quando esta não for aceita pela Auditoria Médica da AMS

Importante: as remoções não justificadas ou cuja justificativa não for aceita pela AMS, serão descontadas integralmente do beneficiário titular, sem qualquer tipo de parcelamento.

Psicoterapia

O que é Psicoterapia?

É uma forma de tratamento de caráter continuado, que se utiliza de técnicas psicológicas para auxiliar o beneficiário na identificação de seus conflitos, realizar mudanças adaptativas em seu comportamento e restabelecer seu equilíbrio emocional.

Quais profissionais de saúde estão habilitados pela AMS para a realização de Psicoterapia?

A Psicoterapia é coberta exclusivamente quando realizada médico psiquiatra ou psicólogo, ambos com especialização em psicoterapia, mediante atendimento de forma individual, grupal e familiar, pela Escolha Dirigida ou pela Livre Escolha.

Quais tipos de tratamentos psicoterápicos não são cobertos pela AMS?

- orientação vocacional,
- psicopedagogia
- terapias alternativas (florais, cristais, vidas passadas, etc)

Como obter autorização para realização de Psicoterapia?

- O beneficiário escolhe um profissional credenciado (Escolha Dirigida) ou não credenciado (Livre Escolha)
- O profissional escolhido (credenciado ou não) emite um laudo confidencial e, em receituário ou formulário próprio, solicita autorização prévia para início do tratamento
- Para o início do tratamento (avaliação) estão previstas até 3 sessões de avaliação por ano para adultos



e até 5 sessões para crianças e adolescentes

- O beneficiário deve apresentar o laudo lacrado e a solicitação de autorização à unidade de execução da AMS
- Caso o tratamento seja autorizado, o beneficiário deverá entregar a autorização ao profissional credenciado ou no caso de profissional não credenciado, esta será arquivada pela AMS, para fins de reembolso

Qual a validade da autorização para tratamento psicoterápico?

A autorização é válida por um ano. Caso o tratamento seja prorrogado, será necessário renová-la, apresentando novo laudo, ainda que os atendimentos continuem a ser realizados pelo mesmo profissional;

Quais as modalidades de Psicoterapia cobertas pela AMS?

- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Terapia familiar

Quais os prazos da Psicoterapia cobertos pela AMS?

Os prazos máximos para cobertura os tratamentos psicoterápicos são:

Terapia individual

- Até o 5º ano, pela tabela de Pequeno Risco (Escolha Dirigida ou Livre Escolha)
- A partir do 6º ano, a participação financeira pelo beneficiário titular é integral, sem reembolso

Terapia de grupo

- Até o 3º ano, a participação financeira do beneficiário titular é pela tabela de Pequeno Risco (Escolha Dirigida ou Livre Escolha)
- A partir do 4º ano, a participação financeira do beneficiário titular é integral, sem reembolso

Terapia familiar

- Até o 2º ano pela tabela de Pequeno Risco (Escolha Dirigida ou Livre Escolha)
- A partir do 2º ano, a participação financeira pelo beneficiário titular é integral, sem reembolso

Atenção: se houver interrupção do tratamento e, posteriormente, seu reinício, o período utilizado anteriormente é acumulado ao das novas autorizações.

A AMS cobre modalidades de psicoterapias concomitantes para o mesmo beneficiário?

A acumulação das modalidades de Terapia individual e em grupo para o mesmo beneficiário não é coberta pela AMS. Entretanto, caso haja indicação técnica, a terapia familiar pode ser autorizada concomitantemente à terapia individual ou de grupo.

Também não são autorizados tratamentos de psicoterapia concomitantes, com o mesmo profissional, para mais de um membro da família.

Consultas Médicas

Como marcar consultas?

- Escolha um profissional ou instituição da rede de atenção básica de saúde (Clínica Médica, Cardiologia, Cirurgia Geral, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia ou Pediatria), na relação de credenciados, ou peça a indicação de um médico da Petrobras. Caso o profissional sinta a necessidade de intervenção de um médico especialista, ele indicará a especialidade em que você deverá se consultar

- Lembre-se de levar o Cartão AMS
- Após a realização da consulta, assine a Guia TISS, conferindo o que foi realizado. Não assine a Guia TISS sem a discriminação dos serviços prestados

Como proceder nas consultas de retorno?

Considera-se consulta de retorno aquela utilizada para avaliação de resultados de exames médicos que não foram apreciados na consulta inicial.

O prazo para o agendamento da consulta de retorno fica a critério do médico assistente. Neste caso, de acordo com a Resolução CFM nº1.958/2010 não deve haver cobrança de novos honorários.

O médico agendou consulta de retorno, e precisou realizar novo exame clínico. Essa consulta poderá ser cobrada?

Sim. A Resolução CFM nº1.958/2010 também prevê que, nos casos em que o médico identifique necessidade de novo exame clínico e/ou nova prescrição médica decorrente de alteração da hipótese diagnóstica, esta consulta poderá ser cobrada.

O que fazer em caso de indisponibilidade para agendamento de consulta com profissional da Escolha Dirigida?

Caso o profissional escolhido não esteja disponível, o beneficiário poderá entrar em contato com a AMS, através dos canais de comunicação Fale com a AMS ou *Call Center* AMS para solicitar orientação e encaminhamento a outro profissional, com capacitação técnica equivalente.

Ao fazer contato com a AMS, tenha em mãos o nome do profissional credenciado

demandado, dia e hora do telefonema para agendamento da consulta, bem como a previsão do atendimento informado.

O profissional de saúde da minha escolha não integra a rede credenciada da AMS. A minha consulta poderá ser reembolsada?

Sim. A AMS prevê, através da modalidade de atendimento Livre Escolha, o reembolso dos valores de consulta com profissionais não integrantes da rede credenciada da AMS, descontado o valor de coparticipação do beneficiário titular.

Atenção: Caso não possa comparecer à consulta, telefone desmarcando-a com antecedência de, pelo menos, 24 horas.

As consultas médicas devem ser realizadas, preferencialmente, em consultório. Evite ir ao hospital para este tipo de atendimento.

Exames Complementares

O que fazer quando o médico solicitar exames?

- Consulte, no item Coberturas da AMS, os exames que exigem autorização prévia (AP). Nesses casos, entre em contato com a Unidade de Execução da AMS ou *Call Center* e verifique como proceder para solicitá-la.
- Não esqueça de levar o Cartão AMS, e o documento de autorização, se este for obrigatório.
- Após a realização do exame, assine a Guia TISS, conferindo o que foi realizado. Não assine a Guia TISS sem a discriminação dos serviços prestados.

Em situações de Urgência e Emergência, qual o prazo para a realização dos exames complementares?

Nas situações de urgência ou emergência (ver glossário), os exames complementares ao diagnóstico e tratamento do beneficiário deverão ser realizados imediatamente, sem necessidade de autorização prévia pela AMS, cabendo aos profissionais da instituição responsável pelo atendimento tomar as providências necessárias para que isso aconteça.

Atenção: Caso a auditoria médica da AMS identifique a realização de exames complementares, sem autorização prévia, em situações que não se enquadrem como urgência e emergência, os mesmos não serão cobertos pela AMS.

Lembre-se: Exames recentes devem sempre ser levados à consulta, pois isso favorece o diagnóstico e o acompanhamento da sua doença.

Evite fazer várias vezes o mesmo exame: faça-o apenas quando o médico solicitar.



Internação Programada

O que é internação programada?

A internação hospitalar programada (ou eletiva) ocorre quando o médico e o paciente programam com antecedência o evento clínico ou cirúrgico a ser realizado. É classificada como Grande Risco, portanto, sem ônus para o beneficiário da AMS, desde que seja autorizada previamente pela Petrobras.

Quais os tipos de acomodações hospitalares cobertos pela AMS?

- Acomodações individuais. Quarto individual com banheiro privativo, enfermaria ou quarto com dois ou mais leitos
- Acomodações coletivas em: clínicas psiquiátricas, em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, em instituição hospitalar que disponha apenas de acomodações coletivas (enfermarias ou quartos com dois ou mais leitos), quando for de escolha espontânea do beneficiário da AMS

Como obter a autorização para internação?

Nos casos de internação eletiva, o beneficiário deve dirigir-se à Unidade de Execução da AMS, levando o pedido de internação que deve conter os seguintes dados:

- Instituição em que ocorrerá a internação
- Nome do paciente
- Período de internação
- Diagnóstico e procedimento codificados
- Assinatura, nome, CRM e carimbo do médico, legíveis

Nos demais casos de internações, quem pede a autorização é instituição onde o beneficiário será internado.

Havendo necessidade de prorrogação, o médico assistente deverá emitir um laudo detalhado, justificando-a. O hospital deve providenciar, imediatamente, a autorização para prorrogação, junto à Unidade de Execução da AMS.

As prorrogações deverão ser renovadas a cada 15 dias.



Deve-se evitar programar a internação para domingos ou feriados, bem como no horário noturno (entre 22h e 6h), pois, nesses casos, haverá cobrança de um acréscimo de 30% para os honorários médicos, que não serão pagos pela Petrobras.

Como proceder ao final da internação?

No momento da alta hospitalar, o beneficiário titular, Dependente Responsável ou Responsável Nomeado deve assinar as Guias TISS, contendo todos os procedimentos realizados durante a internação, discriminados.

Quais as despesas da internação hospitalar que não são cobertas pela AMS?

- Despesas extraordinárias referentes a telefonemas, televisão, consumo de frigobar, refeições não prescritas no tratamento, refeições extras de acompanhantes, refrigerantes, lavagens de roupas e indenização por dano ou destruição de objetos, dentre outras.
- Qualquer procedimento não prescrito pelo médico assistente ou não coberto pela AMS.

- Despesas de acompanhante, exceto, nas seguintes situações:
 - *Beneficiários da AMS com até 18 anos de idade (inclusive) ou com idade superior a 55 anos*
 - *Doentes terminais de qualquer idade caracterizados mediante laudo médico sigiloso, emitido pelo médico assistente e avaliado pela equipe médica da Petrobras*
 - *Beneficiários portadores de necessidades especiais, desde que autorizadas pelo médico/dentista da Petrobras*

Emergência

O que é uma situação de emergência médica?

Emergência médica é toda a situação em que existe a necessidade imediata de intervenção médica, em virtude do risco iminente de morte.

O que devo fazer em caso de emergência médica ou acidente?

- Procure um pronto-socorro mais próximo do local onde você estiver no momento;

- É importante portar o Cartão AMS; mantenha-o sempre por perto, ao seu alcance, ou de uma pessoa responsável;
- Após o atendimento, assine a Guia TISS, conferindo o que foi realizado.

Atenção: Nos municípios onde não houver rede credenciada, o beneficiário deve procurar os recursos médicos disponíveis no local, efetuar o pagamento dos serviços prestados e solicitar recibo para reembolso, bem como laudo médico com a descrição completa de toda a emergência e respectivo tratamento.

Como proceder se ocorrer uma internação de emergência?

O hospital deverá solicitar a autorização à unidade de execução da AMS ou ao *Call Center*, no prazo de 24 horas ou no primeiro dia útil subsequente, caso a internação ocorra em fins de semana ou feriado. O hospital credenciado deverá utilizar a guia TISS própria para solicitação de internação. A justificativa do médico assistente deve ser anexada à Guia de Solicitação de Internação, contendo os seguintes dados:

- Instituição em que ocorrerá a internação;

- Nome do paciente;
- Diagnóstico e procedimento codificados;
- Período de internação;
- Assinatura, nome, CRM e carimbo do médico legíveis.

Odontologia

Odontologia Geral

Quais as especialidades odontológicas cobertas pela AMS?

- Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais: diagnóstico e tratamento cirúrgico e coadjuvante das doenças, traumatismos, lesões e anomalias do aparelho mastigatório, e estruturas crânio-faciais associadas. Esta especialidade odontológica se divide em cirurgia oral maior e menor.
- Clínica Odontológica: aplicação de procedimentos educativos, preventivos e terapêuticos, visando preservar e/ou restabelecer a saúde bucal;
- Endodontia: efetua, principalmente, tratamento ou retratamento de canal dentário;
- Estomatologia: prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento das do-



- enças da boca e estruturas anexas;
- Implantodontia: especialidade que tem como objetivo a implantação de materiais biocompatíveis na mandíbula e na maxila, a fim de suportar próteses unitárias, parciais ou totais, fixas ou removíveis.
 - Radiologia Odontológica e Imaginologia: aplicação de métodos exploratórios por imagem (radiografias e outros) com finalidade diagnóstica, de acompanhamento e de documentação.
 - Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: diagnóstico, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes com necessidades especiais;
 - Odontopediatria: diagnóstico, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente até 18 anos 11 meses e 29 dias de idade.
 - Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares: prevenção, supervisão e correção das estruturas dento-faciais, utilizando aparelhos ortodônticos/ortopédicos;
 - Patologia Bucal: recursos técnicos e laboratoriais para diagnóstico das lesões da boca e estruturas anexas;
 - Periodontia: diagnóstico, prevenção e tratamento dos tecidos de suporte e circundantes ao dente e seus subs-

- titutos (tratamento de gengivas)
- Prótese dentária: reconstrução dos dentes parcialmente destruídos ou reposição de dentes ausentes. São exemplos: dentaduras, próteses fixas, coroas, “blocos” e próteses parciais removíveis (Roach).

Quais os procedimentos odontológicos não cobertos pela AMS?

- Aumento de rebordo utilizando plasma rico em plaquetas (PRP)
- Confecção de facetas laminadas
- Disjunção maxilar cirurgicamente assistida
- Instalação de implantes agulhados
- Instalação de implantes ortodônticos
- Instalação de implantes no osso zigomático
- Instalação de implantes subperiosteos
- Laserterapia para reparação tecidual
- Procedimento de sedação consciente
- Procedimentos de clareamento de dentes vitalizados
- Próteses do tipo cantilever
- Prótese removível com encaixes
- Radiografias digitais
- Regeneração óssea guiada
- Regeneração tecidual guiada
- Reposicionamento do nervo alveolar inferior

- Ressonância magnética de maxila e mandíbula
- Trabalhos protéticos em ligas preciosas
- União dente-implante
- Visitas domiciliares, exceto em casos que seja comprovado, através de laudos médicos, que o beneficiário está restrito ao lar, independente de estar ou não inscrito no PAD

A AMS prevê a realização de tratamentos odontológicos em ambiente hospitalar?

Eventualmente. Atendimentos odontológicos passíveis de serem realizados em consultório, que, por necessidade clínica, necessitem ser realizados em regime hospitalar, deverão ser justificados pelo cirurgião-dentista.

São indicações para atendimento odontológico em ambiente hospitalar:

- Controle de comportamento
- Atendimento a deficientes físicos
- Condições médicas de alto risco
- Anestesia local impossibilitada, por exemplo, em caso de infecção grave
- Tratamentos clínicos odontológicos em pacientes com necessidades especiais e que necessitem de anestesia para sua realização

A caracterização destas condições ficará a cargo de profissional habilitado, cujo laudo detalhado e conclusivo será avaliado por médico (ou dentista) da Companhia.

Os tratamentos odontológicos autorizados poderão ser realizados sob internação ou *Day Clinic* (quando é realizado e finalizado em ambiente hospitalar, em período de até 12 horas). Os procedimentos realizados em regime de internação são classificados como Grande Risco. Já os realizados em *Day Clinic* são Pequeno Risco.

A única exceção são os procedimentos relativos à especialidade de Implantodontia que NÃO podem ser realizados em ambiente hospitalar, seja em regime de internação ou de *Day Clinic*.

Como proceder para se submeter a um tratamento odontológico?

Escolha Dirigida

- Escolha um profissional da rede credenciada. Caso o profissional sinta a necessidade de intervenção de um especialista, ele indicará a especialidade em que você deverá se consultar
- Verifique com o credenciado se existe a necessidade de autoriza-

ção e auditoria para o tratamento. Se existir, o dentista deverá preencher o formulário padrão da AMS (GTO - Guia de Tratamento Odontológico) e solicitar autorização via Call Center; ou entregar as guias a você, para que a autorização seja feita em um dos Postos de Atendimento da AMS

- Agende a auditoria inicial (quando necessária) com o auditor indicado pela AMS
- De posse da autorização e do resultado da auditoria, procure o profissional credenciado para iniciar o tratamento
- Depois de finalizado o tratamento, agende a auditoria final (quando necessária) com o auditor indicado pela AMS

Livre Escolha

- Escolha o profissional não credenciado de sua preferência e solicite um relatório, em papel timbrado, contendo os procedimentos a serem realizados
- Verifique a necessidade de autorização e auditoria junto ao Call Center ou Unidade de Execução da AMS
- Encaminhe o pedido para a Unidade de Execução da AMS

- Caso necessário, agende a auditoria inicial com o auditor indicado pela AMS
- De posse da autorização e resultado da auditoria, procure o profissional escolhido para iniciar o tratamento
- Depois de finalizado o tratamento, agende a auditoria final com o auditor indicado pela AMS (quando necessária)
- Solicite reembolso, se desejar

O que você precisa saber sobre auditorias de tratamentos odontológicos.

Auditoria Inicial

Tem a finalidade de verificar a necessidade do tratamento, respeitando-se as diversas opções que podem ser tecnicamente aceitas para cada caso e a adequação da proposta às normas e critérios vigentes.

Auditoria Final

Tem como finalidade verificar se a execução do tratamento autorizado está tecnicamente correta e de acordo com as normas e critérios da AMS.

Ao concluir o tratamento, você deve comparecer à auditoria final (caso o tratamento a exija) no prazo máximo de 10

dias corridos, a contar da data do término do tratamento. O não cumprimento deste prazo acarretará em desconto integral das despesas referentes ao tratamento odontológico autorizado na Guia a ser auditada.

Atenção:

- O auditor cadastrado pela AMS poderá glossar itens dos orçamentos, bem como de tratamentos em desenvolvimento e de tratamentos já executados, desde que os julgue inadequados.
- A critério da Unidade de Execução da AMS, poderá ser solicitada a auditoria inicial e/ou final, mesmo quando o tratamento não exigir.
- Em alguns casos, está prevista a Auditoria de Acompanhamento, para avaliação do desenvolvimento de tratamentos já autorizados.
- No caso de tratamento de canal (endodontia), é exigida, para a realização da auditoria, a apresentação de radiografias para avaliação técnica do procedimento.
- A escolha de um profissional de Livre Escolha NÃO isenta o beneficiário das auditorias, quando obrigatórias.

Sobre Implantodontia

O que é implantodontia?

É a especialidade odontológica que dedica-se à reabilitação oral, através da substituição de um ou mais dentes perdidos por implantes dentários e próteses sobre implantes.

O que é implante dentário?

A cirurgia para colocação do implante dentário é um procedimento que utiliza materiais biocompatíveis para substituir as raízes dentárias perdidas, sendo uma alternativa aos recursos protéticos tradicionais para reparar a perda parcial ou total dos dentes.

Normalmente, o implante dentário é realizado em 2 etapas: cirúrgica – para instalação do implante – e protética – quando é colocada a prótese provisória e definitiva. Em alguns casos, existe a possibilidade de colocação do implante e da prótese provisória em uma única sessão. Isto vai depender de fatores como saúde bucal do paciente, quantidade e qualidade óssea, número e localização dos dentes, entre outras.

Quem pode se submeter ao procedimento?

A indicação para o implante dentário, feita pelo cirurgião-dentista, deve ser criteriosa e levar em consideração as condições clínicas gerais e bucais de cada paciente. Existem alguns fatores de risco que podem gerar contra-indicações gerais e relativas para o procedimento: dependentes de drogas e álcool, fumantes, pessoas em processo de crescimento ósseo, grávidas, pacientes com hipersensibilidade aos componentes específicos do implante dentário, pacientes com doenças psiquiátricas, radioterapia prévia local e portadores de doenças crônicas não compensadas como diabetes mellitus, osteoporose, osteomalácia, cardiopatias, hipertensão arterial, doenças hematológicas, entre outras. Nestes casos, é recomendável conversar com seu dentista e com seu médico sobre o custo-benefício de se submeter ao procedimento.

Quais os critérios de elegibilidade para este tratamento?

Terão direito a realizar os procedimentos da especialidade de Implantodontia, tanto pela modalidade de Escolha Dirigida quanto pela Livre Escolha, os beneficiários da AMS com idade igual ou superior

a 18 (dezoito) anos. A limitação de idade se dá devido à contra-indicação de realização do tratamento em pacientes em processo de crescimento ósseo.

Importante: Os beneficiários da AMS 28 Anos e os incluídos na AMS por determinação judicial, só poderão realizar os procedimentos de Implantodontia na modalidade de Escolha Dirigida. Para estes últimos, será processado o desconto integral dos custos.

Em que modalidade de atendimento este tratamento está incluído?

O implante dentário terá cobertura pelas modalidades de Escolha Dirigida e Livre Escolha. Foram credenciados, para atender na modalidade de Escolha Dirigida, profissionais aptos a realizar as etapas cirúrgica, protética ou ambas, conforme comprovação de habilitação apresentada para o credenciamento.

Para localizar estes profissionais, basta acessar o site www.ams.petrobras.com.br, Área do Beneficiário, escolher a opção “Busca AMS”, “Especialidades Odontológicas” e “Implantodontia”. Observar a coluna “NOTA” para identificar quais etapas o profissional está habilita-

do a realizar, pela AMS. Na modalidade de Livre Escolha os procedimentos devem ser realizados por profissional ou instituição NÃO CREDENCIADO da AMS, em qualquer especialidade, ou seja, o profissional escolhido não poderá pertencer à rede credenciada da AMS, ainda que seu credenciamento seja para outra especialidade.

Conforme preferência do beneficiário, o tratamento poderá ser realizado parte através da Escolha Dirigida e parte pela Livre Escolha, desde que respeitados os critérios de cobertura e elegibilidade, bem como auditorias e autorizações prévias.

Obtive autorização para realizar implante dentário pela Livre Escolha, mas desejo realizá-lo pela Escolha Dirigida. Como devo proceder?

Você poderá substituir sua autorização desde que a etapa (cirúrgica ou protética) autorizada não tenha sido iniciada pelo profissional escolhido.

Se você se enquadra nestes casos, deverá procurar a Unidade de Execução de AMS do seu relacionamento e solicitar a substituição. Caso considere pertinente, a Unidade de Execução da AMS poderá solicitar uma auditoria aleatória.

Como o tratamento será custeado?

O implante dentário é considerado um procedimento de Pequeno Risco. A participação do beneficiário, em ambas as modalidades de atendimento, será pela Tabela de Pequeno Risco, de acordo com a faixa salarial.

Obs: Os beneficiários incluídos na AMS por determinação judicial terão os custos de seus tratamentos descontados integralmente do beneficiário titular.

O que não será coberto?

Estão excluídos da cobertura, tanto na modalidade de Escolha Dirigida quanto na Livre Escolha, os seguintes procedimentos:

- Aumento de rebordo utilizando plasma rico em plaquetas (PRP)
- Instalação de implantes agulhados
- Instalação de implantes ortodônticos
- Instalação de implantes no osso zigomático
- Instalação de implantes subperiosteos;
- Próteses do tipo cantilever
- Radiografia intra-oral digital
- Realização de qualquer etapa do procedimento em regime hospitalar

- Regeneração óssea guiada
- Reposicionamento do nervo alveolar inferior
- Ressonância magnética
- União dente-implante

Obs: Caso o beneficiário opte pelo uso de materiais não cobertos, não haverá participação financeira da Petrobras. Em hipótese alguma poderão ser negociados valores para pagamento ao credenciado como complemento de códigos constantes da Lista de Procedimentos de Odontologia da AMS.

Como devo fazer para realizar um implante dentário?

- Encaminhe-se ao implantodontista, para uma consulta inicial, onde será verificado se as condições bucais e clínicas permitem a instalação do implante. Nesta consulta serão, ainda, solicitados os exames necessários para o planejamento do tratamento
- De posse dos resultados dos exames, retorne ao implantodontista que os solicitou. Se os exames indicarem que você está em condições de se submeter ao procedimento, o profissional deverá solicitar autorização para realizar o planejamento. Caso o profissional

escolhido seja habilitado para realizar cirurgia e prótese, deverá solicitar autorização para realizar o planejamento cirúrgico e o planejamento protético. Se for habilitado para realizar apenas uma das etapas, dirija-se também ao profissional que realizará a outra etapa do tratamento

- Após realização dos planejamentos das duas etapas, entre em contato com uma das Unidades de Execução da AMS para que sejam tomadas as providências necessárias para a realização da Auditoria Inicial
- Compareça à Auditoria Inicial portando os resultados dos exames complementares inicialmente solicitados e o documento “Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia”, que deverá conter o planejamento das duas etapas (cirúrgica e protética) do tratamento
- Uma vez aprovado pelo auditor, o tratamento poderá ser iniciado

Obs: Embora o planejamento seja realizado para as duas etapas do tratamento, o profissional escolhido poderá solicitar autorizações diferentes, para cada procedimento a ser realizado. Neste caso, será necessária a realização de Auditoria Inicial antes da realização de cada procedimento, caso o procedimento assim exija.

- Após execução de todos os procedimentos autorizados, você deverá agendar auditoria final (caso o procedimento exija) em até 10 (dez) dias corridos, a contar da data do término do tratamento

Sobre Tratamentos Ortodônticos

Quem pode se submeter a tratamento ortodôntico?

Poderão ser submetidos a tratamento ortodôntico os beneficiários titulares (empregados ou aposentados) de qualquer idade e os beneficiário dependentes, desde que o tratamento tenha início antes que o dependente complete 15 anos de idade.

Os beneficiários titulares pensionistas (exceto se menores de 15 anos) e cônjuges não terão direito a tratamento ortodôntico/ortopédico.

Em que modalidade de atendimento os tratamentos ortodônticos estão incluídos?

Os tratamentos ortodônticos e ortopédicos poderão ser realizados pela mo-

dalidade de Escolha Dirigida (profissional credenciado da AMS) ou Livre Escolha (profissional não credenciado AMS), neste último caso, através de reembolso.

Na modalidade de Livre Escolha os procedimentos devem ser realizados por profissional ou instituição NÃO CREDENCIADO da AMS, em qualquer especialidade, ou seja, o profissional escolhido não poderá pertencer à rede credenciada da AMS, ainda que seu credenciamento seja para outra especialidade.

É necessária autorização e auditoria para início do tratamento em qualquer uma das modalidades.

Como os tratamentos ortodônticos são custeados?

Os tratamentos ortodônticos são considerados procedimentos de Pequeno Risco e a participação do beneficiário, em ambas as modalidades de atendimento, será de 50% do valor dos procedimentos (respeitado o limite de reembolso), independentemente da classe de renda e faixa etária.

Os beneficiários incluídos na AMS por determinação judicial terão os custos descontados integralmente do beneficiário titular.

O que devo saber sobre pagamento de tratamento ortodôntico?

A AMS prevê três tipos de tratamentos ortodônticos ou ortopédicos, cada qual com critérios de pagamento específicos. Em geral, o pagamento do tratamento é realizado em 3 parcelas: uma após instalação do aparelho, uma após 6 ou 12 meses de tratamento (dependendo do tipo de tratamento e da necessidade ou não de prorrogações ou interrupções) e outra ao final do tratamento. Todas as parcelas são pagas após realização de auditorias, e somente se seu resultado for de aprovação do tratamento.

Além disso, a AMS prevê o pagamento de uma consulta ortodôntica mensal (manutenção) para acompanhamento e manutenção dos aparelhos.

Em ambas as modalidades, a definição dos materiais utilizados durante o tratamento ortodôntico ficará a critério do ortodontista. Porém, na Escolha Dirigida, em hipótese alguma, o dentista credenciado poderá cobrar do beneficiário, valores complementares, inclusive no caso de uso de aparelhos em material estético.

Nos casos de Livre Escolha, o beneficiário será reembolsado conforme os referenciais de preços praticados pela companhia, descontado o seu percentual de participação, que é 50%.

Os referenciais de preços praticados pela companhia, relativos às parcelas e manutenções, são os mesmos nas modalidades de Livre Escolha ou Escolha Dirigida e estão disponíveis através do *Call Center*, ou em uma das Unidades de Execução da AMS.

O que devo saber sobre os aparelhos ortodônticos?

A instalação de aparelhos ortodônticos implicará em mudanças de hábitos alimentares e de higiene oral, além de cuidados específicos com o aparelho ortodôntico. O ortodontista escolhido deverá orientar o beneficiário quanto a esses cuidados.

A colaboração do beneficiário é essencial para o bom andamento do tratamento. O ortodontista credenciado da Petrobras está orientado a comunicar à Unidade de Execução de AMS, se observar quaisquer problemas que possam comprometer a evolução do tratamento, tais como faltas, má utilização da aparelhagem, má higiene e hábitos viciosos, bem como se identificar danos no aparelho causados por negligência ou imprudência por parte do beneficiário.

A reposição por quebra ou perda de aparelhos não terá cobertura pela AMS.



Existe prazo para a conclusão dos tratamentos ortodônticos pela AMS?

Sim. Os prazos variam de 8 a 72 meses, conforme o tipo de tratamento e as eventuais necessidades de prorrogação de manutenção ou interrupção. O dentista credenciado da AMS tem conhecimento destes prazos e poderá informar o prazo máximo de cobertura para cada caso.

Como proceder nos casos de tratamentos encerrados antes do prazo previsto pela AMS?

O ortodontista informará à Unidade de Execução da AMS, através de envio de documento específico, e encaminhará o beneficiário para realização de auditoria final.

Como proceder nos casos de interrupção de tratamento?

A AMS prevê a interrupção de um tratamento ortodôntico nos seguintes casos:

- Por problemas de saúde que impeçam a continuidade do tratamento, previamente avaliado por equipe de saúde da companhia ou por ela indicada;
- Em função de viagem do empregado responsável a serviço da companhia;

- Em função do estágio de desenvolvimento ósseo e dentário que justifique a interrupção;
- Por impedimento do profissional credenciado, com consentimento do beneficiário titular ou dependente responsável;
- Por decisão da Unidade Corporativa da AMS.

Outros motivos, não previstos acima, serão examinados pela Unidade de Execução da AMS, caso a caso.

Estes casos deverão ser informados à Unidade de Execução da AMS que poderá conceder a suspensão temporária da contagem do prazo do tratamento em curso, por, no mínimo, 3 e, no máximo, 12 meses (dependendo do tipo de tratamento), que poderão ser divididos em até 2 períodos.

A retomada do tratamento também deverá ser comunicada à Unidade de Execução, pelo ortodontista, através de envio de documentação específica.

O beneficiário pode desistir do tratamento?

Sim, entretanto, o beneficiário que desistir do tratamento não poderá dar continuidade, posteriormente, ao mesmo tratamento ou começar novo trata-

mento ortodôntico do mesmo tipo iniciado anteriormente.

Esta restrição é válida mesmo que o tratamento seja realizado com outro ortodontista ou em modalidades de atendimento diferentes (Livre Escolha e Escolha Dirigida).

Caso opte por desistir do tratamento, o beneficiário deverá informar ao ortodontista credenciado ou à Unidade de Execução da AMS, para que seja encaminhado para realização da auditoria final.

O que acontece com o beneficiário que abandonar o tratamento?

Considera-se abandono de tratamento o não comparecimento ao consultório, para realização de manutenções ortodônticas, durante 3 meses consecutivos, sem comunicação prévia ao credenciado.

O ortodontista credenciado está orientado a comunicar à Petrobras o abandono imediatamente após a terceira falta consecutiva, mediante documentação específica. No caso de Livre Escolha, o abandono será caracterizado se o beneficiário não entregar os recibos mensais de manutenção por 3 meses consecutivos.

O beneficiário que abandonar o tratamento poderá ser descontado integral-

mente do tratamento já realizado e não poderá dar continuidade, posteriormente, ao mesmo tratamento ou começar novo tratamento ortodôntico do mesmo tipo iniciado anteriormente.

Esta restrição é válida mesmo que o tratamento seja realizado com outro ortodontista ou em modalidades de atendimento diferentes (Livre Escolha e Escolha Dirigida).

O beneficiário pode mudar de ortodontista após iniciar um tratamento?

Sim. Nestes casos, a transferência deverá ser registrada através de preenchimento de documento específico. Este documento deverá ser encaminhado à Unidade de Execução da AMS, juntamente com a documentação ortodôntica e prontuário do beneficiário.

O novo ortodontista escolhido pelo beneficiário deverá solicitar nova documentação ortodôntica e propor a continuidade do tratamento, em documento específico, que deverá ser encaminhado à Unidade de Execução da AMS, que avaliará a possibilidade de autorização do plano de tratamento proposto, considerando o histórico do beneficiário, pagamentos já efetuados e os fatos que levaram à interrupção do tratamento anterior.

Se a transferência for autorizada, o beneficiário será encaminhado à auditoria inicial. Se o resultado da auditoria for positivo, as autorizações serão geradas e o tratamento poderá ser retomado.

Importante: *Em caso de transferência, a contagem do prazo do tratamento e das manutenções considerará o que já foi realizado durante o tratamento iniciado, ou seja, o beneficiário terá direito apenas ao saldo de tempo e ocorrências que ainda lhe restar.*

O que acontece se o beneficiário perder o direito à AMS no decorrer do tratamento?

Se, no decorrer do tratamento ortodôntico ou ortopédico, o beneficiário perder o direito à AMS, por qualquer motivo, a Companhia pagará ao ortodontista os serviços realizados até a data do desligamento do beneficiário. O custo restante do tratamento será de total responsabilidade do ex-beneficiário.

Como fazer para me submeter a tratamento ortodôntico?

Encaminhe-se ao ortodontista, para uma consulta inicial, onde será verificado

se as condições bucais e clínicas permitem a instalação do aparelho. Nesta consulta serão, ainda, solicitados os exames necessários para o planejamento do tratamento, se for o caso.

De posse dos resultados dos exames, retorne ao ortodontista que os solicitou para que este realize o planejamento do tratamento e solicite autorização para iniciar o tratamento ortodôntico. Você será orientado sobre como proceder para realizar a auditoria inicial.

Compareça à auditoria inicial portando os resultados dos exames complementares inicialmente solicitados, a Guia TISS de solicitação de tratamento ortodôntico e os documentos de auditoria. Uma vez aprovado pelo auditor, o tratamento poderá ser iniciado.

Após a instalação do aparelho, você deverá agendar auditoria final da primeira parcela do tratamento ortodôntico, em até 10 dias corridos, a contar da data do término da instalação.

Após a finalização de cada etapa do tratamento, você será orientado, pelo ortodontista, a agendar auditoria final, em até 10 dias corridos, a contar da data do término da etapa.

Glossário

AP (Autorização Prévia) - documento emitido pela AMS ao prestador solicitante do procedimento assistencial de saúde, indispensável à realização de determinados exames e tratamentos e a toda e qualquer internação e/ou cirurgia.

Auditoria Médica - é o suporte técnico para o processo de autorização e pagamento. Possibilita verificar a pertinência e indicação dos procedimentos médicos, indispensáveis à segurança e ao controle da qualidade da assistência à saúde dos beneficiários. Habitualmente utilizada para os procedimentos que requeiram autorização prévia, anterior ou posteriormente à sua realização.

Benefício Farmácia - programa que prevê a aquisição de medicamentos pelos beneficiários da AMS através de subsídio integral ou parcial com a finalidade de promover maior adesão aos tratamentos prescritos.

Cartão Nacional de Saúde - cartão emitido pelo Ministério da Saúde para todos os cidadãos atribuindo-lhes um número de registro. Obrigatório para a inclusão/atualização do cadastro dos beneficiários na AMS e Operadoras de Planos de Saúde.

Day Clinic - Procedimentos médicos realizados em ambiente hospitalar em um

período de 6 até 12 horas, quando não há necessidade de internação hospitalar.

Emergência - situação de saúde decorrente de agravo imprevisto, que exige atendimento médico imediato para superar o risco iminente de vida ou de lesões irreparáveis para o indivíduo.

Escolha Dirigida - modalidade de atendimento da AMS em que os procedimentos em saúde são realizados por profissionais ou Instituições credenciados.

Formulário do Plano de Tratamento - Implantodontia: documento a ser preenchido, obrigatoriamente, pelo dentista assistente para a realização da auditoria para autorização dos procedimentos de Implantodontia.

Guia TISS - documento padrão de troca de informações entre o prestador de saúde e operadoras, onde deve constar a correta descrição dos procedimentos em saúde utilizados (consultas, exames, terapias, internações, etc) com assinatura e carimbo do profissional solicitante. A assinatura pelo beneficiário valida o documento para pagamento pela AMS.

Guia de Tratamento Odontológico - GTO: é uma Guia TISS específica da Odontologia utilizada para autorização de tratamentos e exames complementares em Odontologia e respectivos pagamentos.

Grande Risco - é a modalidade de custeio referente à contribuição mensal definida em tabela negociada em Acordo Coletivo de Trabalho que garante a cobertura integral de tratamento oncológico (quimioterapia, radioterapia), terapia renal substitutiva (métodos dialíticos) e de atendimentos realizados sob internação hospitalar, exceto internações em Day Clinic,

Livre Escolha - modalidade de atendimento da AMS em que os procedimentos em saúde são realizados por profissionais ou Instituições, não credenciados, de acordo com a preferência do beneficiário.

Margem Consignável - é o limite máximo do valor de desconto na folha de pagamento da coparticipação no Pequeno Risco. As despesas de utilização do benefício farmácia não obedecem à margem consignável AMS, sendo integralmente descontadas na folha de pagamento ou de proventos de aposentadoria/pensão.

Médico Assistente - é o médico que acompanha, decide e orienta sobre o tratamento e procedimentos realizados em seus pacientes dentro de sua especialidade.

PAD (Programa de Atenção Domiciliar) - programa destinado aos beneficiários da AMS portadores de doenças com comprovada impossibilidade de deslocamento

de sua residência até uma Instituição de saúde para realizar seus tratamentos. A implementação do PAD é restrita ao ambiente doméstico. As atividades de atendimento domiciliar incluem, exclusivamente, aquelas ligadas à saúde, reconhecidas pelas sociedades ou entidades de classe profissional e que estejam contempladas no rol de procedimentos da ANS, com cobertura pela AMS.

PASA (Programa de Avaliação da Saúde do Aposentado) - é um programa para a realização de procedimentos relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças, exclusivo para os beneficiários da AMS aposentados e pensionistas. É um periódico anual.

Pequeno Risco - é a modalidade de custeio referente à coparticipação do beneficiário no custeio de procedimentos em saúde de baixa complexidade ou não realizados sob internação hospitalar. O valor da contribuição é variável, de acordo com a utilização, e seu desconto mensal é limitado à margem consignável da AMS.

Reembolso - ressarcimento das despesas efetuadas pelos beneficiários, somente através da modalidade de atendimento Livre Escolha, com valores limitados aos referenciais de preços praticados pela Petrobras e a modalidade de custeio do procedimento.

Referenciais de preços - listas contendo valores de remuneração de procedimentos em saúde que são validados pelas Associações e Sociedades competentes, negociadas entre a AMS e as Instituições e profissionais credenciados e utilizados como referenciais de preço pela AMS para o Reembolso.

Relação de Serviços Prestados - Auditoria: documento emitido pela Unidade de Execução da AMS, em nome do auditor odontológico, indicando os procedi-

mentos odontológicos que deverão ser auditados.

SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) - empresa credenciada da AMS responsável pelo gerenciamento e operacionalização da assistência e/ou internação domiciliar.

Urgência - situação de saúde decorrente de agravo imprevisto, que exige atendimento médico imediato para superar o risco de lesões irreparáveis para o indivíduo, que não determina risco iminente de vida.

Lista dos postos de atendimento AMS

UF	Posto de atendimento	Endereço	Telefone • Rota	Horário
AL	Maceió	Av. Dr. Antonio Gouveia, 61, Ed. Ocean Tower, Sala 902 • Pajuçara • Maceió • AL • 57030-170	3217-7835 • 832	7h30 às 10h30 13h30 às 16h30
AM	Manaus (REMAN)	Rua Rio Quixito, 01 • Vila Buriti • Manaus • AM • 69075-830	3616-1127 • 3616-4541 • 841	8h às 11h30 12h30 às 16h
AM	Manaus (UO-AM)	Av. Darcy Vargas, 645 • Parque 10 de Novembro • Manaus • AM • 69055-035	3627-6280/6439/6284 • 843	8h às 11h30 13h às 16h30
BA	Araçás	BA 093, Km 81 • Araçás • BA • 48108000	3420-5271 • 823	7h20 às 12h15 13h às 16h27
BA	Camaçari (Fafen-BA)	Rua Eteno, 2198 • Polo Petroquímico • Camaçari • BA • 42810000	3642-4052 • 828	7h05 às 12h30 13h30 às 16h15
BA	Costa Azul (COFIP)	Av. Prof. Magalhães Neto, nº 1838, Ed. Civil Business, térreo • Pituba • Salvador • BA • 41820011	3402-5257 • 829	8h às 17h
BA	Iguatemi (UP)*	Av. Tancredo Neves, nº 1367, Ed. Civil Trade, térreo • Caminho das Árvores • Salvador • BA • 41820021	3797-5355 • 822	8h às 17h
BA	Itaigara	Av. Antonio Carlos Magalhães, 1034, Ed. Pituba Parque Center - Térreo - Ala C - Lojas 15, 16 e 17 • Itaigara • Salvador • BA • 41825-906	3413-6179 • 822	9h às 16h
BA	Madre de Deus	Rua do Asfalto, s/nº • Suape • Madre de Deus • BA • 42.600.000	3642-3447 • 827	7h15 às 11h30 12h30 às 16h15
BA	Mataripe (RLAM)	Rodovia BA 523, Km 4 • Mataripe • São Francisco do Conde • BA • 43970000	3604-2749 • 826	7h20 às 16h43
BA	Salvador*	Av. Antônio Carlos Magalhães, 1113 - Ediba, 1º andar, sala 103 • Itaigara • Salvador • BA • 41830-900	3348-6727 • 821	9h às 16h
BA	Taquipe	Rodovia BR 110, Km 378 • Taquipe • São Sebastião do Passé • BA • 43850-000	3642-5250 • 826	7h15 às 16h22
CE	Aldeota	Av. Santos Dumont, 2122 - Sala 509 • Aldeota • Fortaleza • CE • 60150-161	3266-4565 • 838	8h às 12h 13h às 17h
CE	Fortaleza	Av. Leite Barbosa, s/n • Mucuripe • Fortaleza • CE • 60180-420	3266-3005 • 838	7h45 às 11h45 13h às 16h45
DF	Brasília	SAN Qd 01, Bloco D, Ed. Petrobras • Asa Norte • Brasília • DF • 70040-901	3429-7151 • 809	8 às 12h 13h12 às 17h
ES	Edivit*	Av. Nossa Senhora da Penha, 1688 • Barro Vermelho • Vitória • ES • 29057-550	3295-5922 • 705	7h às 17h
ES	São Mateus	Rodovia BR 101 - KM 67,5 • Ribeirão • São Mateus • ES • 29936-900	3771-4080 • 800	7h às 17h
ES	Vitória	Edifício Madison Office Tower Rua Darcy Grijó, 50 - Térreo - Loja 11 • Jardim da Penha • Vitória • ES • 29060-500	-	7h às 17h

(*) Estes postos realizam atendimento AMS apenas para empregados. Os demais atendem empregados, aposentados e pensionistas.

GO	Senador Canedo	Rodovia Municipal SEN - 001 - Km. 1 • Zona Industrial • Senador Canedo • GO • 75250-000	4005-0456 • 853	7h30 às 12h 13h às 16h30
MG	Belo Horizonte	Rua Barão de Macaúbas, 460 4º Andar - Edifício Ouro Negro • Belo Horizonte • MG • 30350-090	3298-3124 • 718	8h às 16h
MG	Betim	Rodovia Fernão Dias – BR 381 - Km. 427 • Betim • MG • 32530-000	3529-4816 • 816	8h às 16h
PA	Belém	Av. Alcindo Cacela, 1416 • Nazaré • Belém • PA • 66040-020	3213-3200 • 844	7h30 às 11h30 13h30 às 17h
PB	Cabedelo	Rua Coronel José Teles, 497 - Terminal da Transpetro • Centro • Cabedelo • PB • 58310-000	3269-9212 3269-9213 • 835	7h20 às 11h20 12h20 às 16h20
PE	Recife	Rua Padre Carapeuceiro, 773 - Edf. Empresarial Center I (anexo - térreo) • Boa Viagem • Recife • PE • 51020-907	3464-5614 3464-5815 • 835	8h às 12h 13h às 14h
PR	Araucária	Rod. do Xisto BR 476 - Km 16 • Tomaz Coelho • PR • 83707-440	3641-2228 • 856	7h45 às 11h45 12h45 às 16h45
PR	Curitiba	Rua Comendador Araújo, 565 • Batel • Curitiba • PR • 80420-908	3201-3700 • 856	8h às 12h 13h às 17h
PR	Paranaguá	Avenida Coronel Santa Rita s/nº Cais de Inflamáveis • Rocio • Paranaguá • PR • 83221-675	3420-4203 • 856	7h20 às 12h 13h30 às 16h50
PR	São Mateus do Sul	Rodovia BR 476 Km 143 • São Mateus do Sul • PR • 83900-000	3520-7315 • 856	7h30 às 12h 13h30 às 17h
RJ	Aeroporto de Macaé	Estrada Hildebrando Alves Barbosa - s/nº • Aeroporto • Macaé • RJ • 27955-410	2761-0831 • 861	7h às 17h
RJ	Angra dos Reis	Rodovia Governador Mário Covas, km 467 • Monsuaba • Angra dos Reis • RJ • 23916-000	3366-5303 • 812	7h às 21h
RJ	Cabiúnas	Rod. Amaral Peixoto, s/n – Km 188 • Cabiúnas • Macaé • RJ • 27973-030	2761-5172 • 861	7h15 às 11h15 12h15 às 16h15
RJ	Caju	Rua Carlos Seidl, 188 – 2º andar • Caju • Rio de Janeiro • RJ • 20939-900	2580-5340 • 801	7h às 19h
RJ	Campos dos Goytacazes	Rua 13 de Maio, nº 274/292, sala 612 • Centro • Campos dos Goytacazes • RJ • 28010-260	3234-1100 • 864	7h às 17h
RJ	Campos Eliseos	Estrada Fabor Orbel, s/nº • Campos Eliseos • Duque de Caxias • RJ • 25225-030	2677-6646 • 813	7h às 18h
RJ	Candelária	Av. Presidente Vargas, 328 - 6º andar • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20091-060	3211-9170 • 811	8h às 12h 13h às 17h
RJ	Castelo	Av. Nilo Peçanha, 151 - Térreo • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20020-100	3229-5927 • 819	8h às 17h
RJ	Cenpes	Av. Horácio Macedo, 950 • Ilha do Fundão • Rio de Janeiro • RJ • 21941-915	3865-7429 • 812	7h às 16h
RJ	City Tower	Rua da Assembléia, 100 - 7º andar • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20011-000	3487-5463 • 817	8h às 12h 13h às 17h

RJ	Comperj*	Estrada da Vargem Grande, 113 • Alto do Jacu • Itaboraí • RJ • 24841-315	3227-4056 • 703	8h às 17h
RJ	Edicin	Rua Julio do Carmo, 323 - Térreo • Cidade Nova • Rio de Janeiro • RJ • 20211-160	3487-3185 • 801	8h às 17h
RJ	Edihb	Av. General Canabarro, 500 – Térreo • Maracanã • Rio de Janeiro • RJ • 20271-905	3876-3953 • 816	8h às 17h
RJ	Edise	Av. República do Chile, 65 - Térreo • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20031-912	3224-6960 • 814	8h às 17h
RJ	Edita	Av. Almirante Barroso, 81- 3º andar • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20030-003	3229-1033 • 819	8h às 17h
RJ	Farol de São Tomé	Rod. Deputado Alair Ferreira nº 1100 - RJ 216 • Farol de São Tomé • Campos dos Goytacazes • RJ • 28010-810	2761-7716 • 861	8h às 17h
RJ	Ilhas	Rua Chapot Prevost, 200 • Ilha do Governador • Rio de Janeiro • RJ • 21910-030	2467-9652 • 813	7h às 20h
RJ	Imbetiba	Avenida Conselheiro Almeida Pereira s/nº • Costa do Sol • Macaé • RJ • 27923-510	2761-7331 • 861	7h às 17h
RJ	Imboassica	Rod. Amaral Peixoto Km 163 nº 11000 • Imboassica • Macaé • RJ • 27925-290	2761 6575 • 861	7h às 17h
RJ	Macaé	Rua Governador Roberto Silveira, 108 • Centro • Macaé • RJ • 27910-000	2761-7502 • 861	7h às 17h
RJ	Metropolitan	Av. República do Chile, 500, Térreo • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20031-170	3212-4445 • 817	8h às 12h 13h às 17h
RJ	Reduc	Rodovia Washington Luiz, Km 113,7 • Campos Eliseos • Duque de Caxias • RJ • 25225-970	2677-2665 • 813	7h às 17h
RJ	Sulacap	Rua da Alfândega, 41, Térreo • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20070-000	3487-4071 • 818	8h às 12h 13h às 17h
RJ	UTE-GLB*	Rua Teresópolis, 185 • Campos Eliseos • Duque de Caxias • RJ • 25225-030	• 811	8h às 16h (quartas-feiras)
RJ	Ventura	Av. República do Chile, 330, Térreo • Centro • Rio de Janeiro • RJ • 20031-912	2144-1020 • 704	8 às 17h
RN	Mossoró	Av. Do Contorno, KM 46 • Alto do Sumaré • Mossoró • RN • 59633-900	3323-2690 • 837	8h às 11h30h 13h30 às 16h30
RN	Natal	Av. Euzébio Rocha, 1000 • Cidade da Esperança • Natal • RN • 59070-900	3235-4050 • 834	8h às 11h30 13h30 às 16h30
RS	Canoas	Av. Getúlio Vargas, Nº 11.001 • Canoas • RS • 92420-221	3415-2924 • 857	7h45 às 12h 13h às 16h45
RS	Osório	Rodovia Cristovão Pereira de Abreu Km 103 • Bairro Crescencio • Osório • RS • 95520-000	3684-5522 • 857	7h30 às 12h 13h às 16h30
RS	Polo Naval	Av. Maximiano da Fonseca, 4361 BR - KM 6 • Centro • Rio Grande • RS • 96204-040	• 857	7h30 às 11h30 13h às 17h

(*) Estes postos realizam atendimento AMS apenas para empregados. Os demais atendem empregados, aposentados e pensionistas.

RS	Porto Alegre	Rua Carlos Gomes, 222 conj. 701 - Ed. Carlos Gomes • Bairro Boa Vista • Porto Alegre • RS • 90480-000	3378-3402 • 851	9h às 12h 13h às 17h
RS	Rio Grande	Rua 2a. Seção da Barra s/n° • Pier Petroleiro Almirante Tamandaré • Rio Grande • RS • 96204-020	3234-3252 • 857	7h30 às 12h 13h às 16h30
SC	Florianópolis	Av. Rio Branco, 448 - 1° andar - Ed. Empresarial Barão do Rio Branco • Centro • Florianópolis • SC • 88015-200	3251-2456 • -	7h30 às 12h 13h às 17h
SC	Itajaí	Rua Brusque, 367 • Centro • Itajaí • SC • 88302-000	3341-3663 • 858	7h30 às 11h30 13h30 às 17h30
SC	São Francisco do Sul	Rua Felipe Musse, 803 • Ubatuba • São Francisco do Sul • SC • 89242-00	3471-4203 • 856	7h45 às 12h 2h45 às 16h30
SE	Aracaju	Rua Acre, 2504 • Siqueira Campos • Aracaju • SE • 49075-900	3212-2892 • 831	7h30 às 10h30 13h30 às 16h30
SE	Carmópolis*	BR 101, UN SEAL ATP ST - Praça das Gerências, Av. 31 de Março, s/n • Carmópolis • SE • 49740-000	3280-4950 • 831	7h30 às 16h30
SE	Laranjeiras (Fafen-SE)	Rodovia Sergipe, BR 211, Km 01 • Pedra Branca • Laranjeiras • SE • 49170-000	3280-6502 • 831	7h às 16h20
SP	Campinas	Rua Barão de Paranapanema, 146 sl 91B - Ed. Duarte da Costa • Bosque • Campinas • SP • 13026-000	3031-3964 • 853	8h30 às 12h 13h às 16h30
SP	Caraguatatuba	Avenida Miguel Varlez, 227 • Centro • Caraguatatuba • SP • 11660-650	3883-1555 • -	8h às 17h
SP	Cubatão	Praça Marechal Stênio Caio de Albuquerque Lima, 1 • Jd. Indústrias • Cubatão • SP • 11555-900	3362-4152 • 854	7h30 às 16h30
SP	Mauá	Avenida Alberto Soares Sampaio, 2122-A • Capuava • Mauá • SP • 09380-904	3795-9331 • 852	7h30 às 12h 13h às 16h30
SP	Paulínia	Rodovia SP 332 - Km. 132 • Jardim Planalto • Paulínia • SP • 13140-000	2116-6131 • 853	8h às 11h15 12h às 16h30
SP	Santo André	Rua Siqueira Campos, 560 - sala 32 - 3° andar Edifício Labor • Santo André • SP • 09020-240	4427-7786 • -	8h às 12h 13h às 17h
SP	Santos	Avenida Conselheiro Nébias, 151 • Vila Nova Paquetá • Santos • SP • 11015-000	3249-1150 3249-1151 3249-1087 • 759	8h às 17h
SP	São Caetano	Rua Felipe Camarão, 393 • Vila Prosperidade • São Caetano do Sul • SP • 09550-150	4228-9796 • 852	7h30 às 11h30 12h30 às 16h30
SP	São José dos Campos	Av. Dr. Nelson Dávila, 389 - sl 36 B - Edifício Tech Tower • Centro • São José dos Campos • SP • 12245-030	3203-9052 • 855	8h às 12h 13h às 16h
SP	São Paulo	Av. Paulista, 901 - Térreo • Cerqueira César • São Paulo • SP • 01311-100	3523-6919 • 851	7h30 às 17h
SP	São Sebastião	Avenida Guarda Mor Lobo Viana, 1.111 - Centro • Centro • São Sebastião • SP • 11600-000	3891-4129 • 852	8h às 12h 13h às 16h
SP	Vale do Paraíba	Rodovia Presidente Dutra, Km. 145 • Jardim Diamante • São José dos Campos • SP • 12223-900	3928-6093 • 855	8h às 12h 13h às 16h

(*) Estes postos realizam atendimento AMS apenas para empregados. Os demais atendem empregados, aposentados e pensionistas.

AMS & VOCÊ

Call Center

Serviços Compartilhados: 0800 287 2267

UN-ES: 0800 882 8899

www.ams.petrobras.com.br



ANS - nº 366871

SCPA - AMS