



CAMPERJ

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Anexo I

DIRETRIZES PARA REEMBOLSO

CAMPERJ - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
ATUALIZAÇÃO EM 03.09.2024





Sumário

1. CONSULTAS MÉDICAS / VISITA HOSPITALAR	5
1.1 CONSULTA MÉDICA EM CONSULTÓRIO	5
1.2 CONSULTA NUTRICIONAL EM CONSULTÓRIO	5
1.3 CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	5
1.4 VISITA MÉDICA HOSPITALAR	5
2. TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS/SERIADOS	5
2.1 ACUPUNTURA	5
2.2 DRENAGEM LINFÁTICA.....	5
2.3 ESCLEROTERAPIA.....	6
2.4 FISIOTERAPIA.....	6
2.5 FONOAUDIOLOGIA.....	6
2.6 HIDROTERAPIA	6
2.7 PILATES.....	6
2.8 PSICOTERAPIA	6
2.9 RPG.....	6
2.10 TERAPIA OCUPACIONAL	6
2.11 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	6
3. EXAMES COVID-19 E INFLUENZA	7
3.1 SARS-COV-2 RT-PCR (CORONAVÍRUS COVID-19).....	7
3.2 EXAMES SOROLÓGICOS COVID - PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM	7
3.3 ANTI-SARS-COV-2 (COVID-19) ANTICORPOS NEUTRALIZANTES.....	7
3.4 SARS-COV-2 (COVID-19) - TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO	7
3.5 PCR EM TEMPO REAL PARA OS VÍRUS DE INFLUENZA	8
3.6 PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B	8
4. OUTROS REEMBOLSOS	8
4.1 REEMBOLSO DE LENTE INTRAOCULAR.....	8
4.2 REEMBOLSO DISPOSITIVO DIU HORMONAL	8
4.3 REEMBOLSO DISPOSITIVO DIU COBRE.....	8
4.4 EXAMES DE RX E ULTRASSONOGRRAFIA.....	8
4.5 TOMOSSÍNTESE DIGITAL MAMÁRIA.....	8
4.6 APARELHO AUDITIVO	8



5. REEMBOLSO QUE NECESSITA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA ANTES SUA REALIZAÇÃO.....	9
6. REEMBOLSO DE INTERNAÇÕES	10
6.1 INTERNAÇÕES.....	10
6.2 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	11
7. ANESTESISTAS	11
8. VACINAS (rol taxativo das vacinas passíveis de reembolso).....	12
9. TABELAS DE REFERÊNCIAS	13
9.1 TABELA PRÓPRIA	13
9.2 CBHPM	13



A CAMPERJ, cumprindo seu dever de dar publicidade e transparência, informa que, nos termos da cobertura oferecida pelo plano de assistência à saúde disponibilizado aos seus beneficiários, a área geográfica territorial de abrangência coberta pelo plano da CAMPERJ se limita ao Estado do Rio de Janeiro, com cobertura nos demais estados brasileiros apenas nos casos de urgência e emergência por meio do convênio estabelecido junto a Unimed Ferj. Na capital do Rio de Janeiro, os atendimentos eletivos são oferecidos exclusivamente pela rede credenciada da própria CAMPERJ. Por outro lado, por meio do convênio com a CAMPERJ, a rede credenciada da UNIMED Ferj, nos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, deve ser utilizada para os atendimentos eletivos e de urgência e emergência.

As diretrizes descritas se referem tanto à cobertura por meio da rede credenciada quanto à cobertura por livre escolha, ou seja, reembolso.

Lembramos que os pedidos de reembolsos na modalidade livre escolha (não restrita à rede credenciada), também necessitam de autorização prévia.



1. CONSULTAS MÉDICAS / VISITA HOSPITALAR

1.1 **CONSULTA MÉDICA EM CONSULTÓRIO:** reembolso de até R\$ 110,00 (cento e dez reais);

1.2 **CONSULTA NUTRICIONAL EM CONSULTÓRIO:** reembolso de até R\$ 110,00 (cento e dez reais);

1.3 **CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR:** reembolso de até R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), com declaração médica justificando o motivo da consulta domiciliar;

OBS 1.: Reembolso de retorno de consulta médica em consultório, com prazo inferior a 15 (quinze) dias e com nutricionista com prazo inferior a 30 dias, somente mediante justificativa médica.

OBS 2.: Nos casos de consultas remotas, quando e nos termos autorizados pelo Conselho Federal de Medicina ou conselho federal de classe, o pedido de reembolso só será aceito quando, no documento fiscal ou em declaração complementar, devidamente assinada pelo prestador do serviço, declarar expressamente a modalidade do atendimento.

1.4 **VISITA MÉDICA HOSPITALAR:** reembolso de até R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), uma visita por dia. Havendo mais de uma visita por dia, deverá ter justificativa médica.

OBS.: Haverá acréscimo de 30% (trinta por cento) no valor aos sábados, domingos e feriados, em qualquer horário, ou seja, R\$ 286,00 (duzentos e oitenta e seis reais).

2. TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS/SERIADOS

As solicitações de reembolso devem vir acompanhadas de prescrição médica, com justificativa para o tratamento.

2.1 **ACUPUNTURA:** reembolso de até R\$ 60,00 (sessenta reais), por consulta/sessão, valor reajustado a partir de 01/04/2023

2.2 **DRENAGEM LINFÁTICA:** reembolso de até R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), por sessão, em consultório, valor reajustado a partir de 01/04/2023.



OBS: só há reembolso para drenagem linfática nos casos de:

- a) Linfedema decorrente de câncer;**
- b) Linfedema decorrente de cirurgia vascular.**

2.3 ESCLEROTERAPIA: reembolso de até R\$ 51,45 (cinquenta e um reais e quarenta e cinco centavos), por sessão;

2.4 FISIOTERAPIA: reembolso de até R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), por sessão, em consultório, valor reajustado a partir de 01/04/2023;

2.4.1 FISIOTERAPIA DOMICILIAR: R\$ 90,00 (noventa reais), por sessão, valor reajustado a partir de 01/04/2023;

2.5 FONOAUDIOLOGIA: reembolso de até R\$ 60,00 (sessenta reais) por sessão, para atendimento em consultório ou domiciliar;

2.6 HIDROTERAPIA: reembolso de até R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), por sessão, valor reajustado a partir de 01/04/2023;

2.7 PILATES: reembolso de até R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), por sessão, em consultório, valor reajustado a partir de 01/04/2023;

2.8 PSICOTERAPIA: reembolso de até R\$ 80,00 (oitenta reais), por sessão, em consultório;

2.8.1 PSICOTERAPIA DOMICILIAR: R\$ 160,00 (cento e sessenta reais), por sessão;

2.9 RPG: reembolso de até R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), por sessão, em consultório, valor reajustado a partir de 01/04/2023;

2.10 TERAPIA OCUPACIONAL: reembolso de até R\$ 60,00 (sessenta reais);

2.11 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: o valor para reembolso é de até R\$ 1.750,00 (um mil setecentos e cinquenta reais), será reembolsado uma única avaliação por ano para cada beneficiário.

A requisição para a avaliação deve conter o nome do beneficiário e a justificativa para o encaminhamento da avaliação com relatório do paciente e laudos.



3. EXAMES COVID-19 E INFLUENZA

3.1 SARS-COV-2 RT-PCR (CORONAVÍRUS COVID-19) (TUSS 4.03.14.61-8): a partir de 30/04/2020, passou a ser coberto o exame, desde que apresentado pedido médico com justificativa técnica, com os seguintes valores:

- a. Reembolsado até o valor de R\$ 172,00 (cento e setenta e dois reais), quando realizado em unidade hospitalar;
- b. Reembolsado até o valor de R\$ 210,00 (duzentos e dez reais), quando realizado em unidade ambulatorial;
- c. Reembolsado até o valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), quando realizado em domicílio, sendo necessária justificativa médica.

3.2 EXAMES SOROLÓGICOS COVID - PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM(TUSS 4.03.24.79-6): o procedimento passou a ter cobertura, a partir do dia 29/06/2020, nos casos em que o paciente apresente ou tenha apresentado um dos quadros clínicos descritos a seguir:

- **Síndrome Gripal:** quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza ou dificuldade respiratória;
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave:** desconforto respiratório/dificuldade para respirar ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto.

O pedido de sorologia deverá ser realizado por médico e devidamente justificado.

É importante salientar que os exames de sorologia estão limitados a 01 (um) exame por mês, por beneficiário, sendo reembolsado até R\$ 200,00 (duzentos reais).

3.3 ANTI-SARS-COV-2 (COVID-19) ANTICORPOS NEUTRALIZANTES (TUSS 4.03.24.80-0): neste caso, faz-se necessária a apresentação do pedido médico com indicação clínica, que é reembolsado conforme valor de R\$ 175,30 (Cento e setenta e cinco reais e trinta centavos);

3.4 SARS-COV-2 (COVID-19) - TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO (TUSS 4.03.25.02-4): o procedimento passou a ter cobertura obrigatória, a partir da data de realização de 19/01/2022, nos casos em que houver indicação médica, para pacientes com Síndrome



Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), quando os sintomas estiverem na janela ótima de utilização, ou seja, entre o 1º e o 7º dia de início dos sintomas, conforme Resolução Normativa 478/2022. Para o reembolso, são necessários, além da nota fiscal, a apresentação do pedido médico com indicação clínica de acordo com a Diretrizes de Utilização descritas no rol da ANS, quando realizados em prestadores não-credenciados, será reembolsável até o valor de R\$ 130,00 (Cento e trinta reais).

3.5 PCR EM TEMPO REAL PARA OS VÍRUS DE INFLUENZA (TUSS 4.04.04.15-3): é necessário pedido médico com indicação clínica, sendo reembolsado até R\$ 239,00 (Duzentos e trinta e nove reais);

3.6 PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A E B (TUSS 4.03.23.67-6): é necessário pedido médico com indicação clínica, sendo reembolsado até R\$ 140,00 (Cento e quarenta reais).

4. OUTROS REEMBOLSOS

4.1 REEMBOLSO DE LENTE INTRAOCULAR: reembolso de até R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), por lente, apresentando relatório médico da cirurgia;

4.2 REEMBOLSO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) HORMONAL: reembolso de até R\$ 900,00 (novecentos reais) para o dispositivo, apresentando relatório médico;

4.3 REEMBOLSO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE: reembolso de até R\$ 200,00 (duzentos reais) para o dispositivo, apresentando relatório médico;

4.4 EXAMES DE RX E ULTRASSONOGRAFIA EM DOMICÍLIO, com a devida prescrição médica justificando essa particularidade, a qual será analisada pela Auditoria Médica da CAMPERJ, podendo ser reembolsado em dobro, ou seja, até duas vezes o valor normal indicado pela tabela CBHPM, ano 2016, limitando-se aos exames com cobertura pelo rol da ANS;

4.5 TOMOSSÍNTESE DIGITAL MAMÁRIA (TUSS 4.10.01.32.0): não consta no Rol ANS. Para análise de cobertura do reembolso, é necessária a apresentação do pedido médico com a justificativa médica. O valor a ser reembolsado paraeste exame, quando coberto, é de até R\$ 657,15 (seiscentos e cinquenta e sete reais e quinze centavos), pacote com material/medicamento e honorários médicos incluídos;

4.6 APARELHO AUDITIVO: Reembolso no valor de até R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) por aparelho prescrito. Cada beneficiário, a depender do diagnóstico, da prescrição médica e da cópia do exame de audiometria, terá direito ao reembolso de até 2 (dois) aparelhos auditivos a cada 1 (um) ano.



5. REEMBOLSO QUE NECESSITA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, ANTES DE SUA REALIZAÇÃO

- 1. Colonoscopia/Endoscopia em ambiente hospitalar;**
- 2. Exames de Genética;**
- 3. Fotocoagulação a laser;**
- 4. Imunobiológicos;**
- 5. Aplicações de Medicamentos Ambulatoriais;**
- 6. Infiltrações intra-articulares com medicamentos;**
- 7. Internações Clínicas e Cirurgias eletivas (cirurgias programadas);**
- 8. Medicamentos Oncológicos Orais;**
- 9. Quimioterapias;**
- 10. Radioterapias;**
- 11. Tratamentos que seguem as Diretrizes de Utilização (DUT's) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);**
- 12. Tratamentos oculares com antiangiogênicos – injeções intravítreas;**
- 13. Todas as terapias e consultas domiciliares;**
- 14. Procedimentos Dermatológicos:**

Seguem os procedimentos que necessitam de autorização prévia da CAMPERJ, antes de sua realização, a partir da 5ª sessão/por ano:

- 14.1 Cauterização química (por grupo de até 5 lesões);**
- 14.2 Criocirurgia (nitrogênio líquido) de neoplasias cutâneas;**
- 14.3 Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas - com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões);**
- 14.4 Epilação por eletrólise (por sessão);**
- 14.5 Exérese e sutura simples de pequenas lesões (por grupo de até 5 lesões);**
- 14.6 Exérese tangencial (shaving) – (por grupo de até 5 lesões);**



14.7 DERMATOSCOPIAS, FOTODERMATOSCOPIAS E MAPEAMENTO CORPORAL DERMATOSCÓPICO, dispensam autorização prévia nos casos de até 20 lesões a cada 06 (seis) meses.

- Informamos que todos os procedimentos dermatológicos deverão vir acompanhados do seu respectivo laudo.
- OS DEMAIS PROCEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS NÃO CITADOS NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA CAMPERJ.

6. REEMBOLSO DE INTERNAÇÕES

6.1 INTERNAÇÕES

Descrição:	Valor
Diária de acompanhante*	R\$ 188,16
Diária apartamento adulto	R\$ 1.170,88
Diária apartamento pediátrico	R\$ 3.763,54
Diária day clinic (apartamento até 12hs) adulto/pediátrico	R\$ 604,99
Diária de unidade semi-intensiva (USI) adulto	R\$ 3.763,54
Diária de unidade semi-intensiva (USI) pediátrico	R\$ 3.833,87
Diária de UTI adulto (Classe 6)	R\$ 9.952,48
Diária de UTI pediátrica (Classe 6)	R\$ 10.138,51

**A diária de acompanhante está restrita ao acompanhamento para o(a) beneficiário(a), regularmente inscrito no plano, menor de 18 anos e maior de 60 anos, nos termos da lei.*



6.2 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Código	Descrição	Valor
10101012	Consulta em Consultório (No Horário normal ou preestabelecido)	R\$ 313,48
20104170	Sessão de Eletroconvulsoterapia (Em sala com Oxímetro de Pulso, Monitor de Ecg, Eeg) Sob Anestesia	R\$ 2.044,75
60000554	Diária de Apartamento Simples	R\$ 892,27
60000775	Diária de Hospital Dia Apartamento	R\$ 346,97
60034416	Diária de Enfermaria de Psiquiatria	R\$ 768,32

7. ANESTESISTAS

A CAMPERJ possui acordo com a COOPANEST - Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Estado do Rio de Janeiro, para atendimento nos serviços de Anestesia em Cirurgias e demais procedimentos.



8. VACINAS (rol taxativo das vacinas passíveis de reembolso)

A requisição médica deverá ser anexada ao pedido de reembolso de vacinas.

DESCRIÇÃO	VALOR
Imunoterapia	R\$ 108,46
Refortrix	R\$ 169,00
Tuberculina (teste para investigação de tuberculose)	R\$ 200,00
Vacina BCG	R\$ 89,48
Vacina Colera	R\$ 115,00
Vacina Dengue (Dengvaxia)	R\$ 350,00
Vacina Dengue (Qdengue)	R\$ 368,00
Vacina DTP acelular (adulto/infantil)	R\$ 204,87
Vacina DTP + HIB + Polio	R\$ 334,26
Vacina DTP + HIB + Polio + HB (Hexavalente)	R\$ 347,09
Vacina DTP acelular + Polio Inat. (Tetravalente Bacteriana)	R\$ 203,95
Vacina Febre Amarela	R\$ 181,30
Vacina Febre Tifoide	R\$ 110,30
Vacina Gripe (trivalente)	R\$ 95,00
Vacina Gripe (quadrivalente) (adulto/infantil)	R\$ 100,00
Vacina Haemophilus B	R\$ 64,37
Vacina Hepatite A (adulto/infantil)	R\$ 183,00
Vacina Hepatite A + B	R\$ 210,00
Vacina Hepatite B (adulto/infantil)	R\$ 104,37
Vacina Herpes Zoster	R\$ 590,00
Vacina HPV (Bivalente)	R\$ 371,29
Vacina HPV (Quadrivalente)	R\$ 580,00
Vacina HPV (Nonavalente)	R\$ 840,00



DESCRIÇÃO	VALOR
Vacina Imunoglobulina Anti Fator RH	R\$ 400,00
Vacina Meningite ACWY	R\$ 405,25
Vacina Meningite B	R\$ 705,35
Vacina Meningite C	R\$ 196,56
Vacina Pneumocócica 13v (Prevenar)	R\$ 338,33
Vacina Pneumocócica 15v	R\$ 285,00
Vacina Pneumocócica 23v	R\$ 110,53
Vacina Raiva	R\$ 140,88
Vacina Rotavírus (Pentavalente)	R\$ 297,00
Vacina SCR (Tríplice viral)	R\$ 81,06
Vacina Tétano	R\$ 55,00
Vacina Varicela	R\$ 222,29
Vacina Varicela + Sarampo + Caxumba + Rubéola (Tetraviral)	R\$ 298,72

9. TABELAS DE REFERÊNCIA

9.1 **TABELA PRÓPRIA:** Ressaltamos que alguns valores relativos a reembolsos são tabelados conforme as Diretrizes de Reembolso da CAMPERJ e, portanto, a eles não se aplicam a tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

9.2 **CBHPM:** A CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), é a tabela adotada pela CAMPERJ para cálculo de reembolsos dos procedimentos que não constam em tabela própria, bem como para o pagamento de sua rede credenciada.

Telefone: (21) 2224-9688

Chat www.camperj.com.br

www.camperj.com.br

Ouvidoria: www.camperj.com.br/ouvidoria



SEDE

Rua do Ouvidor, 60 - 6º andar

Centro - Rio de Janeiro - CEP: 20040-030

Segunda a Sexta das 9h às 17h30



Posto de Atendimento CAMPERJ

(situado no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro)

Rua Marechal Câmara, 370 - 4º andar

Centro - Rio de Janeiro - CEP: 20020-080

Segunda a Sexta das 9h às 17h30

