



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO**

**“ANEXO X” DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025  
LISTA DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO FUSMA**

**1. Os procedimentos sujeitos a parecer de Comissão Ética Médica e de serviço de auditoria médica de OMS são os a seguir enumerados:**

**1.1.** Por parte do FUSMA, nos termos da Portaria nº 36/MB/2022 conforme DGPM-401:

**1.1.1.** Cirurgia de lipoaspiração;

**1.1.2.** Cirurgia corretiva nasal;

**1.1.3.** Cirurgia corretiva de mama;

**1.1.4.** Cirurgias plásticas corretivas em geral;

**1.1.5.** Cirurgia eletiva para colocação de próteses corretivas não odontológicas;

**1.1.6.** Cirurgia corretiva de desvios da visão;

**1.1.7.** Cirurgia de transplantes de órgãos;

**1.1.8.** Colocação eletiva de próteses não odontológicas;

**1.1.9.** Gastroplastia;

**1.1.10.** Cirurgia de recanalização de laqueadura tubária;

**1.1.11.** Terapia fotodinâmica para pacientes com degeneração muscular (utilizando-se "Visudyne");

**1.1.12.** Tratamento de apneia do sono com aparelho CPAP ("*Continuous Positive Airway Pressure*");

**1.1.13.** Tratamento e manutenção ortodônticos, para pacientes de 10 a 15 anos, pela técnica de Edgewise serão realizados em pacientes portadores de:

**a)** má oclusão associada com fenda palatina, labial ou anormalidades da articulação têmporo-mandibular;

**b)** má oclusão resultante de deformidades estruturais severas da maxila e/ou mandíbula;

**c)** má oclusão ocasionada por doença ou trauma na maxila e/ou mandíbula;

**d)** má oclusão com desfiguração facial e interferências funcionais; e

**e)** má oclusão que interfira com a função mastigatória, comprovada clinicamente.

**1.1.14.** Implantodontia.

**1.1.15.** Quanto aos subitens 1.1.13 e 1.1.14, antes do início do tratamento, deverá ser encaminhada solicitação, contendo exames e justificativa para que seja avaliada a pertinência pela Odontoclínica da Marinha.

**1.2** Procedimentos constantes na Rol de Procedimentos da ANS, e não constantes na CBHPM, deverão ser submetidos a apreciação da Diretoria de Saúde da Marinha e do Hospital Naval Marcílio Dias.

**2. Procedimentos não cobertos:**

**2.1.** Ritidoplastias – exceto aquelas realizadas para reparação estética de sequela de paralisia facial;

**2.2.** Blefaroplastias – exceto quando houver prejuízo do campo visual, comprovado por exame oftalmológico;

- 2.3. Rinoplastias – exceto quando houver rinoescoliose acentuada, com prejuízo funcional, seqüela de traumatismo e/ou enfermidade;
- 2.4. Abdominoplastias – exceto em grandes diástases, hérnias, cicatrizes deformantes ou abdome pendular;
- 2.5. Mastoplastias Redutoras – exceto por grandes hipertrofias, assimetrias acentuadas e patologias com indicação mastológica para cirurgia (Adenomastectomia subcutânea);
- 2.6. Mastoplastias de Aumento – exceto nos casos de amastia congênita, atrofias e/ou assimetrias acentuadas;
- 2.7. Lipoaspirações – exceto em casos especiais caracterizados por grandes dismorfias;
- 2.8. Modalidades de tratamento médico não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), tais como: tratamentos ortomoleculares, cromoterapia, aromoterapia,
- 2.9. Shiatsu e estéticos (iontoforese, hidrolipoclasia, intradermoterapia, carboxiterapia, etc.);
- 2.10. Cirurgia plástica estética;
- 2.11. Despesas não relacionadas com tratamento previamente autorizado;
- 2.12. Exames, medicamentos e outros procedimentos que visem à pesquisa científica ou tratamentos não reconhecidos legalmente em território nacional;
- 2.13. Exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação pelo Serviço de Saúde da Marinha;
- 2.14. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- 2.15. Tratamentos de reprodução assistida;
- 2.16. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- 2.17. Acomodações acima do padrão previsto;
- 2.18. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;
- 2.19. Aquisição de óculos e artigos correlatos;
- 2.20. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;
- 2.21. Tratamento e manutenção ortodônticos, acima de 15 (quinze) anos, exceto nos casos com parecer favorável da comissão referida no subitem 1.1.13;
- 2.22. Implantodontia, exceto nos casos com parecer favorável da comissão referida no subitem 1.1.15;
- 2.23. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;
- 2.24. Implante hormonal; teste de DNA e tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;
- 2.25. No que diz respeito à assistência domiciliar: despesas decorrentes da utilização por parte do paciente de medicamentos de tratamento prolongado ou para doenças crônicas;
- 2.26. Atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos **não previstos** no rol de Procedimentos Básicos da Resolução CONSU nº 12, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 4 de novembro de 1998, e na Resolução Normativa nº 167, da ANS, de 9 de janeiro de 2008;
- 2.27. Atendimentos básicos fisioterápicos e farmacêuticos, bem como psicológicos, **não previstos** na Resolução CONSU nº 11, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 4 de novembro de 1998;
- 2.28. Atendimentos odontológicos **não constantes** da Resolução Normativa nº 154, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de 5 de junho de 2007 – Atualiza o Rol de Procedimentos Odontológicos e dá outras providências;
- 2.29. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência **não** seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia ou tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 2.30. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 2.31. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência;
- 2.32. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive cirurgia plástica estética, órteses e próteses para o mesmo fim;

- 2.33. Inseminação artificial;
- 2.34. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 2.35. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 2.36. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;
- 2.37. Aquisição de artigos por importação;
- 2.38. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, quando não forem previamente autorizados pela Diretoria de Saúde da Marinha e Hospital Naval Marcílio Dias;
- 2.39. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios **não** ligados ao ato e técnica cirúrgica indicada;
- 2.40. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 2.41. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
- 2.42. Estadia de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 2.43. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;
- 2.44. Colocação de idosos em asilos;
- 2.45. Restaurações utilizando porcelana; e
- 2.46. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

### **3. O SSM não se responsabilizará por despesas decorrentes de:**

- 3.1 Qualquer procedimento médico, diagnóstico ou terapêutico, odontológico ou de apoio de saúde que não tenha sido previamente autorizado pela OMH/OMFM da sua área de abrangência, exceto nos casos de comprovada urgência/emergência.
- 3.2 telefonemas, refeições extras, jornais, aparelhos de televisão, acesso à internet, bem como nível de hotelaria distinto do ciclo hierárquico especificado e consequentes serviços ou honorários, por ocasião de internação em OSE;
- 3.3 exames de saúde destinados à seleção ou à admissão para ingresso em outra Força ou instituição extraMB, por não se enquadrarem no perfil da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) descrita no inciso 2.3.1 da DGPM 401 (REV4);
- 3.4 prestação de serviço realizada por cuidador;
- 3.5 aquisição de óculos e artigos correlatos;
- 3.6 aquisição de medicamentos, OPME ou materiais hospitalares adquiridos por meios próprios, sem o prévio conhecimento e análise da OMH/OMFM e autorização da DSM;
- 3.7 aquisição de artigos de saúde por importação, na existência de similares nacionais com especificações que atendam o tratamento indicado;
- 3.8 procedimentos médicos, diagnóstico ou terapêutico, odontológicos ou de apoio de saúde previstos nos Acordos Administrativos e somente prestado mediante ao pagamento efetuado pelo usuário;
- 3.9 testes genéticos com finalidade preventiva de doenças; e
- 3.10 investigação de paternidade

### **4.O SSM não realiza e nem custeia os seguintes serviços e procedimentos médico-odonto-hospitalares:**

- 4.1 tratamentos de infertilidade e procedimentos de inseminação e fertilização;
- 4.2 tratamentos de saúde, cuja eficiência não seja reconhecida pelos respectivos Conselho Federais;
- 4.3 procedimento de natureza estética, inclusive cirurgias plásticas;
- 4.4 prestação de serviço por cuidador; e
- 4.5 tratamento clínico ou cirúrgico não ético.

**5. Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN);**

GRAU	NT	CARACTERÍSTICAS OCLUSAIS
1	Sem necessidade	-Variações na oclusão, incluindo deslocamento menor ou igual a 1 mm.
2	Necessidade Mínima	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Overjet superior a 3,5 mm e inferior a 6 mm com lábios competentes em repouso.</li> <li>- Overjet invertido maior que 0 mm, mas menor ou igual a 1 mm.</li> <li>- Overbite acentuado, maior que 3,5 mm sem contato gengival.</li> <li>- Pequenas mordidas abertas laterais ou anteriores maiores que 1 mm mas menores ou iguais a 2 mm.</li> <li>- Deslocamento suave (apinhamento) dos dentes maior que 1 mm, porém menor ou igual a 4 mm.</li> </ul>
3	<p>Necessidade moderada/no limite</p> <p>2 critérios presentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overjet maior que 3,5 mm e menor ou igual a 6 mm com lábios incompetentes em repouso.</li> <li>- Relação dos dentes anteriores de topo.</li> <li>- Overbite aumentado maior que 40% com contato gengival, mas sem recortes ou sinais de trauma.</li> <li>- Deslocamento moderado (apinhamento) dos dentes maior que 4 mm mas menor ou igual a 6 mm.</li> <li>- Pacientes com histórico de tratamento ortodôntico interceptativo na MB.</li> </ul>
4	Necessidade de tratamento severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Overjet maior que 6 mm.</li> <li>- Overjet invertido maior que 2 mm.</li> <li>- Mordida cruzada anterior (um ou mais elementos dentários) ou posterior unilateral ou bilateral.</li> <li>- Mordida cruzada vestibular posterior sem contato oclusal de 1 ou mais elementos dentários.</li> <li>- Deslocamento severo (apinhamento) dos dentes maior que 6 mm.</li> <li>- Mordida aberta lateral maior que 3 mm.</li> <li>- Mordida aberta anterior.</li> <li>- Overbite aumentado e completo (100%) causando recortes notáveis no palato ou na gengiva labial.</li> <li>- Hipodontia menos extensa que requer fechamento do espaço ortodôntico para evitar a necessidade de uma prótese ou implante.</li> <li>- Dentes irrompidos parcialmente, rotacionados ou impactados em dentes adjacentes;</li> </ul>
5	Necessidade de tratamento extrema	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Má oclusão associada com fenda labial e /ou palatina.</li> <li>- Overjet maior que 9 mm.</li> <li>- Impacção de elementos dentários (com exceção dos 3º molares) devido ao apinhamento, deslocamento, presença de dentes supranumerários e qualquer outra causa patológica.</li> <li>- Hipodontia extensa com implicações restauradoras (faltando mais de um dente em qualquer quadrante) requerendo ortodontia pré-protética.</li> </ul>