



|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| NTB Nº   | Revisão/Aprovação                          | Módulo de Benefício |
| 002.2014 | 05/05/2023                                 | Médico Hospitalar   |
| Assunto  | IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU |                     |

Classificação do documento: Corporativa

## Sumário

|    |  |   |
|----|--|---|
| 1  | INTRODUÇÃO/OBJETIVOS .....                               | 1 |
| 2  | INFORMAÇÕES TÉCNICAS .....                               | 2 |
| 3  | ABRANGÊNCIA.....   | 3 |
| 4  | COBERTURA/ SERVIÇOS OFERECIDOS.....                      | 3 |
| 5  | SOLICITAÇÃO DE COBERTURA E CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO..... | 4 |
| 6  | PROCEDIMENTO PARA PAGAMENTO E REEMBOLSO.....             | 4 |
| 7  | PRAZOS/DURAÇÃO .....                                     | 5 |
| 8  | PENALIDADES.....   | 5 |
| 9  | FUNDAMENTAÇÃO .....                                      | 5 |
| 10 | TERMINOLOGIAS/NOMENCLATURAS .....                        | 5 |
| 11 | DISPOSIÇÕES GERAIS.....                                  | 6 |
| 12 | APROVAÇÃO .....  | 6 |
| 13 | CONTROLE DE REVISÃO .....                                | 6 |

### 1 INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), tem-se como definição de Norma Técnica: “atividade que estabelece, em relação a problemas existentes ou potenciais, prescrições destinadas à utilização comum e repetitiva com vistas à obtenção do grau ótimo de ordem em um dado contexto. Consiste, em particular, na elaboração, difusão e implementação das Normas”

Neste viés, as Normas Técnicas emitidas pela FUNDAÇÃO COPEL se encaixam no Nível de Normas Técnicas empresariais, definidas pela ABNT como “normas elaboradas por uma empresa ou grupo de empresas com a finalidade de orientar as compras, a fabricação, as vendas e outras operações”, sendo que sua existência, validade e eficácia encontra respaldo não só na Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), mas também na Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998), nas Normas Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nos atos emitidos pelo Ministério da Saúde – sem prejuízo de outras regulamentações existentes.

(41) 3883-6000 | R. Treze de Maio, 616 | São Francisco | 80510.030 | Curitiba | PR | [www.fcopel.org.br](http://www.fcopel.org.br)



|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| NTB Nº   | Revisão/Aprovação                          | Módulo de Benefício |
| 002.2014 | 05/05/2023                                 | Médico Hospitalar   |
| Assunto  | IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU |                     |

Classificação do documento: Corporativa

Dessa forma, o objetivo da presente norma é estabelecer os critérios de adesão ao fornecimento do Dispositivo Intrauterino (DIU), hormonal ou convencional, englobando os parâmetros de cobertura e liberação destes para procedimentos em regime ambulatorial ou hospitalar.

## 2 INFORMAÇÕES TÉCNICAS

**Dispositivo Intrauterino:** Dispositivo que atua impedindo a fecundação. O DIU dificulta a passagem do espermatozoide e do óvulo pelo trato reprodutivo feminino, por tornar o meio hostil, reduzindo a possibilidade de fertilização. Para a Organização Mundial da Saúde, o DIU interfere nas diferentes etapas do processo reprodutivo que ocorrem previamente à fertilização.

**DIU de cobre ou convencional:** pequena peça plástica revestida por cobre (metal com propriedade espermicida) que, de acordo com o modelo, é eficaz por 5 a 10 anos. Indicado para contracepção.

Os dispositivos cobertos são:

a. MIRENA: contém 52mg de Levonorgestrel no total;

Indicações: indicado para Contracepção, menorragia idiopática, prevenção da hiperplasia endometrial na terapia de reposição estrogênica.

b. KYLEENA: resulta em liberação hormonal diária menor, pois possui 19,5 mg do mesmo hormônio.

Indicações: Método contraceptivo, mulheres que não se adaptam aos métodos hormonais ou de barreira; mulheres com contraindicação aos métodos hormonais.

Especificações:

DIU hormonal 5 anos de duração e TCu 380 A e MLCu 375 Standart 10 anos de duração.

Contraindicações para ambos (MIRENA E KYLEENA):

- Absolutas: Gravidez conhecida ou suspeita, câncer cervical ou uterino, doença inflamatória pélvica aguda ou crônica; passado de gravidez ectópica; sangramento uterino disfuncional; anomalias uterinas congênitas que impeçam uma adequada colocação do DIU, cardiopatias valvulares, antecedentes de cirurgia cardíaca e pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias).
- Relativas: Anemia intensa, nuliparidade, grandes múltiparas com úteros volumosos, distúrbios de coagulação, alergia ao cobre ou Doença de Wilson, passado de aborto séptico, diabetes

(41) 3883-6000 | R. Treze de Maio, 616 | São Francisco | 80510.030 | Curitiba | PR | [www.fcopel.org.br](http://www.fcopel.org.br)



|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| NTB Nº   | Revisão/Aprovação                          | Módulo de Benefício |
| 002.2014 | 05/05/2023                                 | Médico Hospitalar   |
| Assunto  | IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU |                     |

Classificação do documento: Corporativa

mellitus, estenose cervical acentuada, hipermenorréia, dismenorreia primária intensa e metrorragia. Na avaliação das contraindicações relativas, devemos sempre levar em consideração a relação dos riscos X benefícios.

### 3 ABRANGÊNCIA

A presente norma se aplica:

- a. às beneficiárias ativas, inativas e dependentes que se identificam como mulheres cisgênero, desde que inscritas no PROSAÚDE II e PROSAÚDE III.
- b. aos beneficiários ativos, inativos e dependentes que se identificam como homens transgênero, desde que inscritos no PROSAÚDE II e PROSAÚDE III.

### 4 COBERTURA/ SERVIÇOS OFERECIDOS

O procedimento de inserção de DIU pode se dar em regime Hospitalar ou Ambulatorial.

A cobertura será de 70% (setenta por cento) do valor do dispositivo intrauterino, dos honorários médicos (incluído cirurgião e anestesista), de materiais descartáveis, medicamento anestésico e, quando aplicável, taxas hospitalares.

O valor do DIU está limitado ao valor estabelecido na listagem oficial de medicamentos, expedida pelo Governo Federal, publicado no Brasíndice.

O dispositivo também poderá ser adquirido pela farmácia credenciada à Operadora.

Dentre as possibilidades, tem-se a cobertura:

- a. ambulatorial em consultório
- b. ambulatorial em hospital
- c. hospitalar cirúrgico

O implante do DIU em ambiente hospitalar prevê, além dos custos acima informados, os do centro cirúrgico e sedação, com alta hospitalar diretamente da REPAI (sala de recuperação pós anestésica) – na portagem de 70% de cobertura e 30% de coparticipação.

Observação: Para o implante de DIU em ambiente hospitalar NÃO HÁ previsão de cobertura de diária hospitalar.

(41) 3883-6000 | R. Treze de Maio, 616 | São Francisco | 80510.030 | Curitiba | PR | [www.fcopel.org.br](http://www.fcopel.org.br)



|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| NTB Nº   | Revisão/Aprovação                          | Módulo de Benefício |
| 002.2014 | 05/05/2023                                 | Médico Hospitalar   |
| Assunto  | IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU |                     |

Classificação do documento: Corporativa

## 5 SOLICITAÇÃO DE COBERTURA E CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO

Conforme Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS, e suas alterações, está estabelecida a obrigatoriedade de cobertura do procedimento de implante de dispositivo intrauterino como método contraceptivo.

As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos da Resolução Normativa nº 465, observando-se as seguintes definições:

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

II – anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

Desta forma, para que a solicitação seja analisada, será necessária apresentação dos seguintes documentos:

- a. solicitação médica;
- b. justificativa técnica;
- c. indicação do modelo do dispositivo.

Para que haja cobertura, em todos os casos, será necessária liberação prévia da Fundação Copel.

### 5.1 Recorrência de Liberação:

- Na repetição do procedimento, a cobertura do dispositivo será concedida desde que transcorrido o prazo mínimo de cinco ou dez anos de acordo com o modelo e data da inserção anterior;
- Exceção: quando a retirada, troca ou reimplante do dispositivo se dê em decorrência de complicação, da opção de engravidar ou de outros motivos para os quais haja indicação clínica, desde que devidamente avaliadas e aprovadas pela perícia médica da Fundação Copel, a repetição do procedimento poderá ocorrer fora do prazo acima estipulado.

## 6 PROCEDIMENTO PARA PAGAMENTO E REEMBOLSO

O valor do honorário médico para implante do DIU está previsto na CBHPM vigente sob os seguintes códigos, ambos com porte 4 A:

(41) 3883-6000 | R. Treze de Maio, 616 | São Francisco | 80510.030 | Curitiba | PR | [www.fcopel.org.br](http://www.fcopel.org.br)



|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| NTB Nº   | Revisão/Aprovação                          | Módulo de Benefício |
| 002.2014 | 05/05/2023                                 | Médico Hospitalar   |
| Assunto  | IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU |                     |

Classificação do documento: Corporativa

- 3.13.03.26-9 (Implante de dispositivo intrauterino – DIU – não hormonal)
- 3.13.03.29-3 (Implante de dispositivo intrauterino – DIU – hormonal)

O valor do DIU hormonal ou convencional terá sua remuneração conforme valor estabelecido na listagem oficial de medicamentos, expedida pelo Governo Federal, Referencial Brasíndice vigente, desde que haja liberação prévia pela Fundação Copel e apresentação de Nota Fiscal para os casos de reembolso.

## 7 PRAZOS/DURAÇÃO

Serão disponibilizados as Beneficiárias de acordo com o período de eficácia do dispositivo (de 5 a 10 anos) – de acordo com as especificações dispostas no tópico 5 da presente norma.

## 8 PENALIDADES

As infrações detectadas no âmbito do fornecimento de DIU estão sujeitas as disposições legais pertinentes, incluindo a responsabilização civil, penal e administrativa, sem prejuízo das penalidades descritas abaixo e nas normas específicas da Instituição:

Advertência;

Ressarcimento de eventuais prejuízos causados, incluindo a devolução de valores de mensalidades e/ou procedimentos realizados durante o período de duração da infração;

Impossibilidade de participação do benefício.

## 9 FUNDAMENTAÇÃO

Lei 9.263/96 de 12 de janeiro de 1996

Lei 9.656/98 de 03 de junho de 1998.

Resolução Normativa nº 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## 10 TERMINOLOGIAS/NOMENCLATURAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação todo o território

(41) 3883-6000 | R. Treze de Maio, 616 | São Francisco | 80510.030 | Curitiba | PR | [www.fcopel.org.br](http://www.fcopel.org.br)



|          |  |                     |
|----------|--|---------------------|
| NTB Nº   | Revisão/Aprovação                          | Módulo de Benefício |
| 002.2014 | 05/05/2023                                 | Médico Hospitalar   |
| Assunto  | IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU |                     |

Classificação do documento: Corporativa

nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

Beneficiária: Pessoa física inscrita no PROSAÚDE II ou III, como titular ou dependente que usufrui dos serviços pactuados pelo Regulamento.

Dependente: Pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no Regulamento.

## 11 DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos ou silenciados nessa Norma Técnica serão objeto de avaliação técnica médica e/ou administrativa.

## 12 APROVAÇÃO

A presente norma foi aprovada pela Diretoria Executiva em sua 1418ª Reunião de 05/05/2023.

## 13 CONTROLE DE REVISÃO

| CONTROLE DE REVISÃO |                                  |  |
|---------------------|----------------------------------|--|
| Revisão             | Responsável pela revisão         | Descrição do motivo                        |
| 00                  | Câmara Técnica                   | Versão inicial do documento                |
| 01                  | DPGR/Câmara Técnica –<br>04/2018 | Atualização da Norma e Resolução Normativa |
| 02                  | GSA-11/2022                      | Revisão e atualização do texto             |
| 02                  | GJU – 02/2023                    | Revisão Jurídica                           |
| 02                  | GRC – 02/2023                    | Revisão do Compliance                      |