

## COBERTURA DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Procedimento	Cobertura FAM	Período 30 dias	Período 365 dias	Financiamento	Observações
Consulta Médica c/ requisição	100%	2	-----	-----	-----
Consulta Odontológica c/ requisição	100%	2	-----	-----	-----
Consulta Bônus c/ requisição	100%	-----	5	-----	-----
Consultas Excedentes	-----	-----	Indefinido	100%	Consignado
Consulta Agendada e NÃO Comparecida	-----	-----	Indefinido	100%	Consignado
<b>Consulta P.A. NÃO URGÊNCIA**</b>	-----	-----	Indefinido	100%	Consignado
<b>Consulta P.A. URGÊNCIA</b>	100%	-----	Indefinido	-----	-----
Medicação/Exame/Proced em P.A.	-----	-----	Indefinido	100%	Consignado
Hospitalização (Hospital + Honorário p/ <b>Médico credenciado</b> )	Até R\$4.278,57 100%	-----	1	Além de R\$ 4.278,57 ou período superior a 15 dias	*** Consignado
Proced. Ambulatorial em Hospital	20%	-----	-----	80%	Consignado
Proced. Ambulatorial em Consultório	50%	-----	-----	50%	Consignado
<b>***Anestesia</b> (médico credenciado)	Até R\$4.278,57 100%	-----	1	Além de R\$ 4.278,57	*** Consignado
Exame Laboratorial + CP + ATP	50%	-----	-----	-----	50% Pago direto no laboratório
* Exames por Imagem	50%	-----	-----	-----	50% Pago direto no laboratório
Eletrocardiograma	50%	-----	-----	-----	50% Pago direto no laboratório
Ergometria + Holter + MAPA	50%	-----	-----	-----	50% Pago direto no laboratório
RX/Tomo Odontológico Panorâmico	50%	-----	-----	-----	50% Pago direto no laboratório
Extração 3º molar	-----	-----	-----	100%	Consignado em até 4x
Lentes Intraoculares	-----	-----	-----	100%	Financiado direto c/ profissional
<b>**Prótese Orto Traumato</b>	-----	-----	-----	80%	20% Pago via boleto emitido no FAM
Fisioterapia	50%	-----	-----	50%	Consignado
Avaliação de Fisioterapia	50%	-----	-----	50%	Consignado

\*Exames por imagem = Rx, Ultrassom, Ecografia, Mamografia, Tomografia, Ressonância Magnética, Densitometria Óssea, Cintilografia

**\*\*\* Os valores das anestésias serão determinados conforme tabela CBHPM, definida no edital 02/2018**

**OBS.: NÃO SERÃO AUTORIZADOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS SOLICITADOS POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO NO FAM.**

\*\* Trimestralmente é destinada uma verba no valor de R\$ 30.000,00 para financiamento de material hospitalar.

Caso no ato da solicitação esta verba já estiver comprometida, o usuário deverá pagar 100% do valor orçado, se optar fazer o procedimento com urgência, ou também poderá pagar os 20% e ficar agendado para a programação do próximo trimestre, quando houver recurso disponível.