



REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
UNISAÚDEMS

**REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL (UNISAÚDEMS)**

ÍNDICE

| | |
|---|---------------|
| CAPÍTULO I - DA QUALIFICAÇÃO E DO OBJETIVO | arts. 1º e 2º |
| Seção I - Da Qualificação | art. 1º |
| Seção II - Do Objetivo | art. 2º |
| CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES | art. 3º |
| CAPÍTULO III - DOS BENEFICIÁRIOS | arts. 4º e 5º |
| CAPÍTULO IV - DA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS | arts. 6º a 11 |
| Seção I - Da Inscrição de Associado Titular | art. 6º |
| Seção II - Da Inscrição de Dependentes | arts. 7º e 8º |
| Seção III - Da Migração de Dependente para Participante | art. 9º |
| Seção IV - Da Migração de Associado Titular para Participante | art. 10 |
| Seção V - Da Migração entre Planos | art. 11 |
| CAPÍTULO V - DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS | arts. 12 a 14 |
| CAPÍTULO VI - DA PRESTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ... | arts. 15 a 17 |
| CAPÍTULO VII - DA COBERTURA ASSISTENCIAL | arts. 18 a 22 |
| CAPÍTULO VIII - DOS PROCEDIMENTOS E MATERIAIS NÃO COBERTOS | art. 23 |
| CAPÍTULO IX - DAS REMOÇÕES | art. 24 |
| CAPÍTULO X - DOS REEMBOLSOS | arts. 25 a 30 |
| Seção I - Do Reembolso Simples | art. 25 |
| Seção II - Do Reembolso de Livre Escolha | art. 26 |
| Seção III - Do Reembolso Integral | art. 27 |
| Seção VI - Disposições Gerais | arts. 28 a 30 |
| CAPÍTULO XI - DA ADMINISTRAÇÃO DA UNISAÚDEMS | arts. 31 a 33 |
| CAPÍTULO XII - DA RECEITA E DAS CONTRIBUIÇÕES | arts. 34 a 40 |
| Seção I - Da Receita | art. 34 |
| Seção II - Das Contribuições | arts. 35 a 40 |
| CAPÍTULO XIII - DOS DEVERES E DAS PENALIDADES | arts. 41 a 44 |
| Seção I - Dos Deveres | arts. 41 a 43 |
| Seção II - Das Penalidades | art. 44 |
| CAPÍTULO XIV - DAS CARÊNCIAS | arts. 45 e 46 |
| CAPÍTULO XV - DA REGULAÇÃO DO USO DO PLANO | arts. 47 e 48 |
| CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES FINAIS | arts. 49 a 56 |
| Anexo I - Documentos Necessários para Solicitar Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares | |
| Anexo II - Relação de Exames Básicos | |

**REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CAIXA DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE MATO
GROSSO DO SUL (UNISAÚDEMS)**

**CAPÍTULO I
DA QUALIFICAÇÃO E DO OBJETIVO DA UNISAÚDEMS**

**Seção I
Da Qualificação**

Art. 1º A Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UNISAÚDEMS) é entidade jurídica de direito privado, associação civil sem fins lucrativos, regida por autogestão, com personalidade jurídica e patrimônio próprio, autonomia financeira e administrativa, com prazo de duração indeterminado, com sede na capital do Estado de Mato Grosso do Sul.

**Seção II
Do Objetivo**

Art. 2º A UNISAÚDEMS tem por objetivo promover a prestação de serviços, direta ou indiretamente, com abrangência nacional, na forma disposta na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos atos normativos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e neste Regulamento.

§ 1º Incluem-se no objetivo da UNISAÚDEMS, em especial:

I – a assistência suplementar à saúde de seus beneficiários;

II – a cobertura de despesas com a promoção e a recuperação da saúde, na área médica, ambulatorial e hospitalar;

III – o desenvolvimento de programas e políticas de prevenção de moléstias relacionados com a saúde de seus beneficiários;

IV – a prestação de outros serviços assistenciais;

V – a promoção de auxílios relacionados com a proteção à saúde e a melhoria da qualidade de vida de seus beneficiários.

§ 2º A UNISAÚDEMS promoverá a assistência à saúde, em caráter eletivo e de urgência ou emergência, nas modalidades ou especialidades de médico ambulatorial, médico hospitalar, obstetrícia, terapia intensiva, serviços auxiliares de diagnóstico, psiquiátrica, psicológica, fonoaudiológica, terapêutica ocupacional, fisioterápica e nutrição.

§ 3º A promoção de assistência à saúde nas condições a que se refere o § 2º deste artigo é condicionada à coparticipação ou à franquia, na forma estabelecida pelo Conselho de Administração e aprovada pelo Conselho Geral de Representantes, tendo por base o custo total da assistência.

§ 4º Para efeito do disposto no § 2º deste artigo, consideram-se:

I - emergência médica: o caso de crise de saúde apresentada na forma aguda e que implique risco imediato à vida do paciente ou de lesão irreparável, para ele, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - urgência médica: o caso de crise de saúde apresentada na forma aguda e que não implique risco iminente à vida do paciente, assim entendido o resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, caracterizado em declaração do médico assistente.

CAPÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 3º Para fins deste Regulamento, consideram-se:

I - patrocinadores: ente público que patrocina parte dos custos com o plano de saúde dos servidores;

II - assistência indireta: a assistência prestada por rede credenciada ou por terceiros;

III - assistência direta: a assistência prestada em ambulatórios próprios da UNISAÚDEMS;

IV – reembolso: a assistência obtida fora da rede credenciada ou dos ambulatórios próprios, mediante pagamento das despesas pelo próprio beneficiário, com reembolso pela UNISAÚDEMS, nos limites previstos, nas modalidades simples, livre escolha e integral;

V - Conselho Geral de Representantes: o órgão de representação das categorias de servidores integrantes da UNISAÚDEMS, composto por membros indicados e escolhidos, dentre os associados titulares, na forma do estatuto da entidade;

VI - Conselho de Administração: o órgão de administração, composto por diretores eleitos na forma prevista no estatuto da entidade;

VII - valor de custeio: o valor total da contribuição de cada associado titular, seus respectivos dependentes inscritos e participantes, incluída a contribuição do patrocinador;

VIII - coparticipação: a parte do custo do procedimento, ressarcida à UNISAÚDEMS, por meio de consignação em folha de pagamento ou débito em conta bancária;

IX – franquia: valor até o qual o beneficiário deve arcar para ter cobertura;

X - terceirização: a contratação de empresas congêneres ou cooperativas médicas, por meio de convênios de reciprocidade ou contrato de prestação de serviços assistenciais, ou de rede credenciada indireta, autorizadas e regidas pela Lei nº 9.656, de 1998, e demais normas aplicáveis;

XI – programa: o conjunto de planos de saúde destinados aos beneficiários inscritos e em situação regular.

CAPÍTULO III DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 4º São beneficiários da UNISAÚDEMS aqueles que, enquadrando-se nas condições estabelecidas no estatuto, inscreverem-se na entidade, mediante adesão, no caso de associado titular, ou requerimento, no caso de dependentes, e aprovação do Conselho de Administração.

Parágrafo único. Podem inscrever-se na UNISAÚDEMS os associados titulares, os dependentes naturais e os participantes.

Art. 5º Para efeito de inscrição na UNISAÚDEMS, visando à utilização dos serviços que presta ou promove, consideram-se:

I - associados titulares: os servidores ou empregados ativos ou aposentados que estejam incluídos na folha de pagamento dos patrocinadores integrantes das categorias dos servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul, independente de regime jurídico de trabalho;

II - dependentes naturais:

a) o cônjuge ou o companheiro(a) com quem o associado titular conviva em união estável, comprovado mediante certidão de casamento ou escritura pública, e que não se enquadre na condição de associado titular;

b) os filhos e os enteados menores de 18 anos, que vivam comprovadamente sob a dependência econômica do associado titular;

c) os filhos e os enteados solteiros, maiores de 18 anos e menores de 24 anos, que estejam cursando ensino fundamental, médio, curso preparatório para ingresso em educação superior ou educação superior, reconhecidos pelo MEC;

d) os filhos e os enteados inválidos, de qualquer idade, incapazes de exercer atividade remunerada, constatado por meio de perícia médica periódica, até que cesse a incapacidade;

III - participantes:

a) os pensionistas dos servidores públicos ou dos empregados públicos, que estejam incluídos na folha de pagamento dos patrocinadores;

b) o ex-servidor ou o servidor licenciado ou afastado pelo patrocinador, que não esteja incluído na folha de pagamento;

c) os dependentes agregados, assim consideradas as pessoas pertencentes ao grupo familiar do associado titular, até o segundo grau de parentesco consanguíneo e até o primeiro grau de parentesco por afinidade, não enquadradas na condição de dependentes naturais, bem como criança ou adolescente sob guarda, tutela ou curatela do associado titular.

Parágrafo Único. O menor sob guarda do associado titular, com processo de adoção em andamento, pode ser enquadrado na condição de dependente natural, mediante requerimento e comprovação.

CAPITULO IV DA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Seção I Da Inscrição de Associado Titular

Art. 6º A inscrição do associado titular na UNISAÚDEMS deve ser realizada mediante a adesão, com autorização para, prioritariamente, o desconto em folha de pagamento ou, na impossibilidade, o desconto em conta bancária, indicando-se a respectiva conta, agência e banco, das contribuições mensais e demais despesas relativas ao plano de saúde e a benefícios extracontratuais.

§ 1º A adesão deve ser realizada mediante Termo de Adesão, no modelo disponibilizado pela UNISAÚDEMS.

§ 2º A inscrição do associado titular efetiva-se com a aprovação de sua adesão pelo Conselho de Administração.

§ 3º O associado titular ou o participante é o responsável financeiro por si e por seus respectivos dependentes, exceto no caso de dependente agregado em que a responsabilidade financeira é do associado titular.

§ 4º As coberturas assistenciais terão início após pagamento da primeira mensalidade, respeitados os prazos de carência definidos neste Regulamento.

Seção II Da Inscrição de Dependentes

Art. 7º A inscrição de dependentes deve ser solicitada, exclusivamente, pelo associado titular, por meio de formulário específico, disponibilizado pela UNISAÚDEMS, acompanhado da documentação comprobatória.

§ 1º A inscrição de dependentes deve ser feita na acomodação do plano escolhida pelo associado titular, a qual, uma vez escolhida, deve ser, obrigatoriamente, respeitada.

§ 2º O associado titular que, tendo solicitado a inscrição de apenas partes dos seus dependentes, pode solicitar, a qualquer tempo, a inscrição dos demais, observado o disposto no § 3º deste artigo.

§ 3º Na hipótese do § 2º deste artigo, ocorrendo alteração da estrutura do grupo familiar inscrito, a tabela aplicável, para fins de contribuição ao plano de saúde, é a vigente na data da inscrição dos novos dependentes, ficando estes sujeitos ao cumprimento das carências pré-estabelecidas.

§ 4º É assegurada, na forma da lei, a inscrição de menor de doze anos de idade, na condição de filho adotivo, aproveitando-se o período de carência já cumprido pelo associado titular, quando realizada até quarenta e cinco dias da adoção.

Art. 8º O associado titular, na condição de corresponsável, responde por todos os prejuízos materiais e extrapatrimoniais, porventura causados por seus dependentes.

Seção III Da Migração de Dependente para Participante

Art. 9º No caso de falecimento do associado titular, os seus dependentes naturais inscritos podem continuar utilizando os serviços promovidos ou prestados pela UNISAÚDEMS, desde que optem por migrar da sua condição de dependentes para a de participantes, no prazo de até quarenta e cinco dias do óbito, e preencham os requisitos previstos para essa categoria de beneficiários.

§ 1º Se a opção ocorrer após o prazo de que trata o *caput* deste artigo, o dependente optante fica sujeito ao cumprimento das carências previstas neste Regulamento.

§ 2º Até que se confira, em definitivo, a qualidade de pensionista, por meio de processo apropriado, perante o patrocinador, comprovada a sua instauração à UNISAÚDEMS, o dependente que optar por migrar para a categoria de participante fica obrigado ao pagamento, autônomo e integral, do valor de custeio.

Seção IV Da Migração de Associado Titular para Participante

Art. 10. O servidor público que for exonerado, pedir exoneração ou requerer licenciamento ou afastamento, sem remuneração, do respectivo cargo, pode manter a sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que opte por migrar da sua condição de associado titular para a de participante, no prazo de até trinta dias da exoneração ou do licenciamento ou afastamento, e efetue o pagamento, autônomo e integral, do valor de custeio, exceto nos casos de demissão por justo motivo, situação essa que resultará na perda imediata e definitiva do direito ao plano.

§ 1º O disposto neste artigo aplica-se, também, ao empregado que for dispensado sem justa causa ou pedir dispensa.

§ 2º Na hipótese deste artigo, a manutenção da condição de beneficiário, na categoria de participante, extensível ao seu grupo familiar, é limitada ao período equivalente a um terço do tempo de permanência como

associado titular, observado um mínimo de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 3º Ocorrendo, no período a que se refere o § 2º deste artigo, novo vínculo do servidor ou do empregado com os patrocinadores, encerra-se a manutenção de que trata este artigo, na categoria de participante.

Seção V Da Migração entre Planos

Art. 11. É facultado ao associado titular migrar do plano ao qual originalmente aderiu para outro plano, oferecido pela UNISAÚDEMS, desde que seja obedecido o disposto neste Regulamento, especialmente quanto aos períodos de carência.

CAPITULO V DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 12. São fatos que excluem ou autorizam a exclusão de beneficiários da UNISAÚDEMS:

I – óbito do beneficiário;

II - ato lesivo à honra ou à boa fama praticado nas dependências da entidade;

III - danos e prejuízos causados, deliberadamente, ao patrimônio da entidade;

IV – solicitação, por escrito, do associado titular, para a sua exclusão ou de seus dependentes;

V - perda do direito à pensão, pelo pensionista;

VI - separação de fato ou divórcio e pela anulação do casamento;

VII – perda da condição de companheiro(a);

VIII – constatação de que os filhos ou enteados que completam dezoito anos de idade não estejam cursando de forma regular curso em estabelecimento de ensino oficial, compreendendo, exclusivamente, o ensino fundamental, médio, curso preparatório para ingresso em educação superior ou educação superior, reconhecidos pelo MEC, e não tenham sido inscritos como dependentes agregados;

IX – falta de pagamento da contribuição mensal e demais despesas de responsabilidade do beneficiário, por período superior a sessenta dias,

consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, com notificação prévia.

X - demissão por justo motivo, com perda de vínculo com o patrocinador.

Art. 13. O associado titular pode desligar-se do plano ou dele excluir qualquer de seus dependentes, mediante solicitação por escrito, devendo providenciar a devolução dos cartões de identificação de beneficiários de sua responsabilidade.

Parágrafo Único. No caso de extravio de cartão de identificação, a exclusão fica condicionada a que o associado titular firme declaração responsabilizando-se pelo ônus decorrente do uso indevido da assistência da UNISAÚDEMS mediante a utilização de cartões não devolvidos.

Art. 14. A exclusão ou desligamento do associado titular não o exime do pagamento de débitos de sua responsabilidade verificados após sua exclusão ou desligamento.

CAPÍTULO VI DA PRESTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 15. A assistência aos beneficiários da UNISAÚDEMS é prestada por meio da rede credenciada própria ou de terceiros, mediante contrato de prestação de serviços, ou, ainda, de entidades congêneres, por meio de convênios de reciprocidade, bem como em ambulatórios próprios ou de terceiros por ela contratados.

Parágrafo Único. Para a utilização da assistência de que trata o *caput* deste artigo, é obrigatória a apresentação do cartão de identificação de beneficiário, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido, podendo ser exigida biometria.

Art. 16. A UNISAÚDEMS não se responsabiliza pelo pagamento de serviços prestados por profissionais ou entidades não credenciados, contratados ou conveniados, assim como por procedimentos e medicamentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, expedido e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou quando não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, correndo as despesas, em tal hipótese, por conta exclusiva do beneficiário.

Art. 17. Os serviços assistenciais serão prestados observando-se o seguinte:

I – nas consultas, os usuários serão atendidos diretamente no consultório do médico escolhido dentre os credenciados ou conveniados, incidindo, sobre esse procedimento, a coparticipação do beneficiário, a ser paga mediante consignação em folha de pagamento ou débito em conta bancária;

II – os exames complementares básicos de diagnóstico devem ser solicitados pelo médico assistente e realizados diretamente por meio dos estabelecimentos credenciados ou conveniados;

III – os exames complementares especiais de diagnóstico somente serão realizados mediante autorização da Auditoria Médica da UNISAÚDEMS ou da entidade conveniada;

IV – as internações hospitalares, os exames complementares especiais de diagnóstico e os tratamentos psicoterápicos de crise serão realizados mediante solicitação médica e autorização da Auditoria Médica da UNISAÚDEMS;

V – as internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas serão autorizadas para a acomodação no padrão previsto para o plano do qual o beneficiário faz parte, observado o disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo;

VI – os procedimentos especiais, compreendendo a hemodiálise, a quimioterapia e a radioterapia, somente serão realizados mediante autorização da Auditoria Médica da UNISAÚDEMS ou da entidade conveniada;

VII – os tratamentos psicológicos dependerão de prévia autorização da UNISAÚDEMS e serão cobertos mediante solicitação do médico assistente ou psicoterapeuta, contendo a indicação e a justificativa, obedecido o limite de consultas/sessões previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, expedido e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, incidindo, sobre esse procedimento, a coparticipação do beneficiário;

VIII – os tratamentos fonoaudiológicos dependerão de prévia autorização da UNISAÚDEMS e serão cobertos mediante solicitação do médico assistente, odontólogo ou fonoaudiólogo, contendo a indicação e a justificativa, obedecido o limite de consultas/sessões previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, expedido e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, incidindo, sobre esse procedimento, a coparticipação do beneficiário;

IX – o tratamento fisioterápico será autorizado pela UNISAÚDEMS, mediante prescrição médica, constando o diagnóstico, sendo limitado a dez sessões por liberação, que poderá ser repetida, sucessivamente, com a mesma quantidade de sessões, conforme parecer médico.

§ 1º Na hipótese das internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, previstas no inciso V do *caput* deste artigo, o beneficiário pode optar por acomodações de nível superior à prevista no seu plano, mediante acordo com o estabelecimento hospitalar, com a UNISAÚDEMS e com o médico assistente, quanto ao pagamento das diferenças de diárias, taxas e honorários médicos, que correrão por conta, exclusiva, do associado titular.

§ 2º No caso do § 1º deste artigo, se a diferença de preços for incluída na conta médica, da UNISAÚDEMS, o beneficiário titular fica obrigado a ressarcir a dessa diferença.

CAPÍTULO VII DA COBERTURA ASSISTENCIAL

Art. 18. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes e nas suas Diretrizes de Utilização (DUT), editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizados em consultório ou ambulatório, abrangendo:

I - consultas médicas em clínicas básicas (clínica geral) e especializadas (demais especialidades), reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação;

III - cobertura de consulta e sessões de psicoterapia, fisioterapia, com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, todas de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

IV - atendimentos ambulatoriais em ambiente hospitalar, caracterizados como de urgência ou de emergência;

V - tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, abrangendo:

a) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros;

b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação do médico assistente; e

c) tratamento básico, entendido aquele prestado por profissional de saúde, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Art. 19. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, de acordo com o Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde e as suas Diretrizes de Utilização (DUT) editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), abrangendo:

I - internação hospitalar;

II - internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar a critério do médico assistente e desde que justificada a necessidade;

III - diária de internação hospitalar;

IV - despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

V - exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, insumos, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI - taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico, excetuada a taxa de instrumentador eventualmente cobrada, incidindo, na hipótese deste inciso, a coparticipação estabelecida em Resolução específica;

VII - cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de dezoito anos;

b) idosos, a partir de sessenta anos de idade; e

c) pessoas com deficiência;

VIII - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante, indicado pela mulher, durante o pré-parto, parto, pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico, bem como cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros trinta dias após o parto, não se incluindo cobertura para a internação de parturiente com a finalidade de acompanhamento de recém-nascido patológico;

IX - cirurgia plástica reparadora, quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes à época do evento;

X - cirurgias buco-maxilo-faciais;

XI - órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XII - procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto;

XIII - cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de tratamento de câncer;

XIV - tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, abrangendo:

a) o custeio integral de até trinta dias de internação ao ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

b) o custeio parcial, a partir do trigésimo primeiro dia de internação ao ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, incidindo, nessa hipótese, a coparticipação estabelecida pelo Conselho de Administração.

Art. 20. A assistência em Hospital-Dia compreende a realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de, no mínimo, seis e, no máximo, doze horas.

§ 1º Os procedimentos cirúrgicos emergenciais não se caracterizam como atendimento em Hospital-Dia, bem como os procedimentos quimioterápicos, radioterápicos e hemodiálises.

§ 2º Enquadram-se na modalidade de atendimento de que trata o caput deste artigo, os procedimentos cirúrgicos eletivos, com tempo de permanência entre seis a doze horas, realizados sob anestesia loco-regional com ou sem sedação e/ou com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar.

§ 3º Na assistência em Hospital-Dia, para transtornos mentais, conforme solicitação do médico assistente, deverão ser respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes à época do evento.

Art. 21. Os exames complementares básicos e de diagnósticos somente podem ser realizados mediante solicitação do médico assistente e após a autorização da UNISAÚDEMS, que somente será concedida se o beneficiário estiver em dia com as suas obrigações junto à entidade e não estiver no período do cumprimento das carências legais.

Art. 22. Os exames que não se incluam na disposição do art. 21 e os procedimentos eletivos, incluindo-se a utilização de próteses, órteses e demais materiais, considerados de alto custo, durante a internação, são condicionados à autorização prévia da UNISAÚDEMS, salvo, quanto às próteses, órteses e demais materiais, se adquiridos pela própria UNISAÚDEMS.

§ 1º Ficam condicionados, também, à autorização prévia da UNISAÚDEMS, sem prejuízo de sua exigência em relação a outros, os seguintes procedimentos:

I - eventos cirúrgicos eletivos;

II - procedimentos ambulatoriais, abrangendo cirurgias oftalmológicas, cirurgias ou procedimentos dermatológicos, hemoterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, quimioterapia oncológica e radioterapia;

III - exames ou serviços especiais, abrangendo densitometria óssea, eletromiografia, cineangiocoronariografia, ecocardiografia, mapeamento cardíaco, cerebral e de retina, holter 24 horas, cintilografia, mamografia, tomografia computadorizada, angiografia, ressonância magnética, medicina nuclear, fisioterapia, teste ergométrico, ultra-sonografia, doppler e E.E.G – Computadorizado;

IV - procedimentos especiais, abrangendo litotripsia, angioplastia, procedimentos endoscópicos, diagnósticos e terapêuticos, laparoscopia e videolaparoscopia, testes alérgicos e pneumológicos, cateterismo cardíaco, radiologia intervencionista e retossigmoidoscopia;

V - eventos cirúrgicos especiais, abrangendo cirurgias cardíacas; transplantes de rim e córnea.

§ 2º O Conselho de Administração pode estabelecer coparticipação ou franquia, incidentes sobre os custos com os materiais e os procedimentos de que trata este artigo.

CAPÍTULO VIII

DOS PROCEDIMENTOS E MATERIAIS NÃO COBERTOS

Art. 23. Não estão cobertos pela UNISAÚDEMS os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e nas suas Diretrizes de Utilização (DUT), editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como os não descritos expressamente neste Regulamento e, ainda e especificamente, os seguintes:

I - procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da UNISAÚDEMS e em desacordo com as normas deste Regulamento;

II - despesas hospitalares extraordinárias, tais como internet, telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por perda de objetos;

III - enfermagem em caráter particular;

IV - estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

V - avaliações pedagógicas;

VI - orientações vocacionais;

VII - psicoterapia com objetivos profissionais;

VIII - tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

IX - procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;

X - fornecimentos de órteses e próteses importados não nacionalizados;

XI - inseminação artificial e tratamentos de fertilização e reprodução humana, bem como os exames e medicamentos relacionados;

XII - tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XIII - aparelhos ortopédicos;

XIV - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XV - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XVI - assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVII - diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta, quando da manutenção da internação do recém-nascido;

XVIII - asilamento de idosos;

XIX - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados e *off-label*;

XX - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto aqueles utilizados nos tratamentos oncológicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes a época;

XXI - aplicação de vacinas preventivas, exceto aquelas aprovadas pelo Conselho de Administração;

XXII - atendimentos prestados antes do início de vigência do plano ou do cumprimento das carências;

XXIII – necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXIV - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXV - especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVI - tratamentos em clínicas de emagrecimento e tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casas sociais, exceto aqueles aprovados pelo Conselho de Administração, por intermédio de programas específicos;

XXVII – consultas, atendimentos e procedimentos domiciliares;

XXVIII - procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais e demissionais.

CAPÍTULO IX DAS REMOÇÕES

Art. 24. Nos casos de necessidade devidamente comprovada e desde que tenha havido o cumprimento da carência, a UNISAÚDEMS cobrirá as seguintes remoções do beneficiário:

I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), para hospital credenciado da mesma localidade;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado, para hospital credenciado da mesma localidade;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, para hospital credenciado, exclusivamente quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, para hospital credenciado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico (rede referenciada).

CAPÍTULO X DOS REEMBOLSOS

Seção I Do Reembolso Simples

Art. 25. Nos casos de urgência ou emergência, não tendo sido possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados, é permitido ao beneficiário requerer o reembolso das despesas efetuadas com assistência à saúde, no limite dos preços de serviços médicos e hospitalares praticados ou adotados pela UNISAÚDEMS, observadas as obrigações contratuais.

Parágrafo único. Na hipótese deste artigo, será deduzido, do valor a ser reembolsado, a coparticipação ou a franquia porventura incidentes.

Seção II Do Reembolso de Livre Escolha

Art. 26. Nos casos de utilização, por livre escolha do beneficiário, de serviços prestados por profissionais e/ou estabelecimentos de saúde não credenciados, é permitido ao beneficiário requerer o reembolso das despesas efetuadas com assistência à saúde, no limite dos preços de serviços médicos e hospitalares praticados ou adotados pela UNISAÚDEMS, vigentes à época do atendimento, observadas as obrigações contratuais.

Parágrafo único. Na hipótese deste artigo, será deduzido, do valor a ser reembolsado, a coparticipação ou a franquia porventura incidentes.

Seção III Do Reembolso Integral

Art. 27. É permitido ao beneficiário requerer o reembolso integral das despesas efetuadas com assistência à saúde, nos casos de solicitação de agendamento de consulta ou procedimento médico eletivo, diretamente à UNISAÚDEMS, em razão de inexistência de profissional ou serviço credenciado na especialidade buscada mediante a impossibilidade de agendamento no prazo legalmente estabelecido.

Seção VI Disposições Gerais

Art. 28. Não serão reembolsados valores pagos a profissionais ou estabelecimentos credenciados, cabendo ao beneficiário solicitar à UNISAÚDEMS as medidas cabíveis visando a solucionar eventuais dificuldades relacionadas com o atendimento.

Art. 29. Os reembolsos de que trata este capítulo devem ser requeridos:

I – pelo associado titular ou por seu representante legal;

II – mediante a utilização de formulário específico, disponível no site da UNISAÚDEMS, contendo a descrição do atendimento e acompanhado da documentação descrita no Anexo I deste Regulamento, comprobatória das despesas realizadas, que ficam sujeitas às glosas previstas;

III – no prazo máximo de noventa dias, contados do término do atendimento.

§ 1º A documentação comprobatória das despesas deve ser apresentada na sua via original, não podendo conter rasuras ou emendas, admitida a nota fiscal eletrônica.

§ 2º Caso a documentação esteja incompleta, o beneficiário receberá a justificativa da impossibilidade da abertura da requisição do reembolso, com a informação sobre os documentos faltantes.

§ 3º Os pedidos de reembolso serão apreciados, pela Auditoria e Perícia Médica, no prazo de até trinta dias, contados da sua entrega à UNISAÚDEMS.

§ 4º No caso de indeferimento do pedido, o beneficiário poderá reapresentá-lo, com justificativa, no prazo máximo de trinta dias, contados da data da entrega do indeferimento, para reapreciação.

Art. 30. Os gastos realizados pelo beneficiário, no que exceder os preços de serviços médicos e hospitalares praticados ou adotados pela UNISAÚDEMS, bem como os valores correspondentes à coparticipação ou à franquia, são de sua exclusiva responsabilidade.

CAPÍTULO XI DA ADMINISTRAÇÃO DA UNISAÚDEMS

Art. 31. A UNISAÚDEMS será administrada pelo Conselho de Administração, com o apoio do Conselho Geral de Representantes, obedecidas as normas estatutárias, as regimentais e as deste Regulamento, bem como o Plano Orçamentário Anual.

Art. 32. Compete, também, ao Conselho de Administração alterar este Regulamento, *ad referendum* do Conselho Geral de Representantes.

Parágrafo Único. A alteração deste Regulamento deve ser precedida de:

I – parecer atuarial evidenciando os efeitos de sua aplicação sobre o custeio e equilíbrio econômico atuarial do Plano;

II - parecer jurídico indicando a sua viabilidade e a inexistência de conflitos com a legislação pertinente.

Art. 33. As alterações do Regulamento podem ser promovidas sempre que necessárias e a qualquer tempo.

CAPITULO XII DAS RECEITAS E DAS CONTRIBUIÇÕES

Seção I Das Receitas

Art. 34. As receitas da UNISAÚDEMS constituem-se de:

I - recursos repassados pelos patrocinadores, estabelecidos com base na remuneração bruta mensal do associado titular ou participante, ainda que ocupante de mais de um cargo remunerado;

II - doações, legados, auxílios, subvenções e contribuições de qualquer natureza proporcionada por pessoas físicas ou jurídicas, inclusive pelos órgãos patrocinadores ou valores por estes fixados;

III - multas e outras rendas eventuais;

IV - rendas de capitais;

V - rendas de bens patrimoniais, serviços ou fornecimentos realizados, inclusive dos órgãos patrocinadores;

VI - contribuição mensal dos associados e seus respectivos dependentes;

VII – coparticipação dos beneficiários nas despesas por eles realizadas.

Seção II Das Contribuições

Art. 35. O associado titular contribuirá financeiramente com mensalidade estabelecida pela UNISAÚDEMS, compreendendo o valor que compete ao servidor e o que compete ao patronal, calculados mediante a aplicação de percentuais pré-estabelecidos sobre a remuneração bruta do servidor, bem como o valor complementar, correspondente à diferença entre o valor do plano do associado titular e a soma do valor que compete ao servidor com o valor que compete ao patronal, sem prejuízo da responsabilidade pelo pagamento da coparticipação nas despesas, da franquia ou do adicional de agravo, nos casos exigidos.

Parágrafo Único. No caso de beneficiários inscritos até a data do início de vigência deste Regulamento, a aplicação do disposto no *caput* deste artigo não pode importar em valor maior do que o que resulta dos critérios aplicáveis até a referida data, devendo ser mantidas, para eles, as mesmas características de contribuição, de modo que não sejam violadas as garantias legais ou infralegais, e sejam-lhes assegurados os direitos existentes, exceto no que se refere à coparticipação e à franquia.

Art. 36. Os órgãos patrocinadores contribuirão financeiramente com o percentual estabelecido em lei, aplicados sobre a remuneração bruta do associado titular, independentemente do número de vínculos com o patrocinador.

Art. 37. No caso de inadimplência do órgão patrocinador, quanto à parte da mensalidade que lhe compete, o associado titular responde pelo seu pagamento.

Art. 38. O participante contribuirá financeiramente com a mensalidade, a título de pré-pagamento, estipulada de acordo com a faixa etária prevista para o plano de sua opção, conforme a constituição do grupo familiar, sem prejuízo da coparticipação nas despesas, da franquia e do adicional de agravo, nos casos exigidos.

Art. 39. A UNISAÚDEMS, por meio do Conselho de Administração, poderá readequar os valores das contribuições mensais, bem como das coparticipações, como reajustes anuais, e nos casos de:

I - alteração do modelo de cobertura assistencial;

II - alteração na estrutura etária da população atendida pelo plano;

III - aumento das despesas com internação, insumos, materiais, medicamentos, exames e honorários profissionais, em índices superiores à variação da receita da UNISAÚDEMS que comprometa a estabilidade financeira da entidade;

IV - mudança de faixa etária dos beneficiários.

Art. 40. Os débitos para com a UNISAÚDEMS, relativos à contribuição ou a despesas de responsabilidade do beneficiário, não pagos no prazo, ficam sujeitos:

I – a juros de um por cento ao mês, a partir do mês seguinte àquele em que deveria ter sido pago;

II – à atualização monetária a partir do dia seguinte àquele em que deveria ter sido pago, aplicando-se o índice estabelecido pelo Conselho de Administração.

III – à multa de dois por cento do valor do débito, atualizado na data do pagamento.

CAPITULO XIII DOS DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS E DAS PENALIDADES

Seção I Dos Deveres

Art. 41. É dever dos beneficiários da UNISAÚDEMS cumprir e fazer cumprir as normas regulamentares e estatutárias da entidade.

Art. 42. É dever do associado titular comunicar à UNISAÚDEMS, de imediato, para fins de atualização, a ocorrência de qualquer fato que implique a desatualização dos dados cadastrais próprios e de seus dependentes, bem como outras ocorrências, que determinem perda da condição de beneficiário, sob pena de responder pelas consequências decorrente da omissão, sem prejuízo do disposto no art. 45 deste Regulamento.

Art. 43. É dever dos beneficiários excluídos devolver os cartões de utilização que lhes foram entregues, respondendo o associado titular ou participante pelo ressarcimento da UNISAÚDEMS por despesas decorrentes do uso indevido desses cartões.

Parágrafo Único. O uso indevido do plano pelo beneficiário o obriga, assim como ao Associado Titular, ao ressarcimento do valor integral das respectivas despesas, acrescido de multa no valor equivalente a trinta por cento do valor integral das referidas despesas, sem prejuízo das sanções disciplinares, inclusive suspensão ou cancelamento da inscrição junto ao plano, e de outras penalidades previstas em lei.

Seção II Das Penalidades

Art. 44. O descumprimento de deveres ou obrigações sujeita o beneficiário às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras previstas neste Regulamento:

I – suspensão do plano, por até sessenta dias, no caso de inobservância de normas da UNISAÚDEMS ou de prática de ato lesivo à imagem da instituição;

II - exclusão do plano, nos casos de:

- a) reincidência em ato punido com suspensão;
- b) apresentação de informações inexatas, para obter assistência ou inscrever dependentes;
- c) inadimplência, observados os prazos legais;
- d) descumprimento de normas do Estatuto da entidade, bem como de normas e limites de cobertura previstos nestes Regulamento.

Parágrafo único. Compete ao Conselho de Administração a aplicação das penalidades previstas neste Regulamento, respeitando-se o direito à ampla defesa e ao contraditório.

CAPÍTULO XIV DAS CARÊNCIAS

Art. 45. A assistência à saúde dos beneficiários da UNISAÚDEMS será prestada após o cumprimento dos seguintes períodos de carência, estabelecidos segundo os respectivos procedimentos e contados da data do recebimento, pela UNISAÚDEMS, da primeira contribuição, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998:

| PERÍODO DE CARÊNCIAS | |
|----------------------------------|---------------------------|
| PROCEDIMENTOS | NÚMERO DE DIAS |
| Consultas de Urgência/Emergência | 24 horas |
| Consultas Eletivas | 30 (trinta) |
| Exames Básicos (Anexo II) | 30 (trinta) |
| Terapias Seriadas | 60 (sessenta) |
| Exames ou Serviços Especiais | 180 (cento e oitenta) |
| Procedimentos Ambulatoriais | 180 (cento e oitenta) |
| Procedimentos Especiais | 180 (cento e oitenta) |
| Eventos Cirúrgicos Especiais | 180 (cento e oitenta) |
| Internação Clínica | 180 (cento e oitenta) |
| Internação Cirúrgica | 180 (cento e oitenta) |
| Internação em U.T.I | 180 (cento e oitenta) |
| Internação em U.T.I Neonatal | 180 (cento e oitenta) |
| Transplante rim ou córnea | 180 (cento e oitenta) |
| Internação Psiquiátrica | 180 (cento e oitenta) |
| Quimioterapia | 180 (cento e oitenta) |
| Radioterapia | 180 (cento e oitenta) |
| Hemodiálise e Diálise Peritoneal | 180 (cento e oitenta) |
| Partos a Termo | 300 (trezentos) |
| Doenças e lesões preexistentes | 24 (vinte e quatro) meses |

§ 1º Os procedimentos contratados, ainda que com carência ou com cobertura parcial temporária, terão coberturas, nos casos de urgências e emergências, a contar de vinte e quatro horas da vigência do contrato, em ambiente ambulatorial, para as primeiras doze horas, desde que não necessite de internação.

§ 2º As coberturas parciais temporárias são aplicáveis nos casos de doenças ou lesões preexistentes, pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, contados da vigência do contrato, ficando suspensa, por esse período, a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

§ 3º As coberturas parciais temporárias serão definidas no momento da contratação, por ocasião do preenchimento e assinatura da Declaração de Saúde, exceto na hipótese de o associado titular optar pelo adicional de agravo das patologias que declarar.

§ 4º O adicional de agravo será aplicado, por opção exclusiva do associado titular, por ocasião do preenchimento e assinatura da Declaração de Saúde, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, pelo prazo que durar sua adesão ao plano, e será cobrado juntamente com as mensalidades devidas.

§ 5º Na assistência de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, o prazo de carência será de sessenta dias.

Art. 46. Aproveitam as carências já cumpridas pelo associado titular:

I - o dependente recém-nascido ou adotivo, nos casos em que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias, contados da data do nascimento ou da concessão de guarda para fins de adoção;

II - o novo cônjuge ou companheiro(a), no caso em que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias, contados da data do casamento ou da escritura pública de união estável.

CAPÍTULO XV DA REGULAÇÃO DO USO DO PLANO

Art. 47. A UNISAÚDEMS exigirá, como mecanismo de regulação do uso do plano, a autorização prévia para os procedimentos, os serviços em saúde, os insumos e os materiais.

§ 1º A UNISAÚDEMS poderá exigir, também, que o solicitante do atendimento apresente, conforme a necessidade, documentos e/ou laudos de exames complementares.

§ 2º Os procedimentos, serviços em saúde, insumos, materiais, medicamentos e exames solicitados devem ser realizados ou utilizados por profissionais devidamente habilitados, uma vez que existem procedimentos que poderão ser realizados por mais de uma área da ciência da saúde com a respectiva indicação do diagnóstico e justificativas para o procedimento proposto.

§ 3º Na avaliação de procedimentos que exijam autorização prévia, a UNISAÚDEMS pode solicitar laudos e documentos equivalentes, que justifiquem a sua realização.

§ 4º A contagem do prazo para a concessão da autorização inicia-se a partir da data do protocolo da solicitação, na UNISAÚDEMS, que pode, para subsidiar a análise da solicitação, requerer à Auditoria Médica o fornecimento de documentos complementares.

§ 5º No caso de divergência de natureza médica a respeito da solicitação, a solução deve ser obtida por meio de contato de um profissional médico da UNISAÚDEMS com o profissional médico solicitante e/ou mediante o encaminhamento do beneficiário para segunda opinião, com um médico habilitado na mesma área de atuação do profissional solicitante.

Art. 48. A UNISAÚDEMS pode constituir junta médica, composta por três profissionais, sendo um assistente, um representante da operadora e um desempataador, para a avaliação das solicitações de autorizações prévias.

§ 1º O desempataador pode ser escolhido, a qualquer momento e em comum acordo, pelo profissional assistente e pelo representante da operadora.

§ 2º O disposto no § 1º deste artigo não desobriga a operadora do cumprimento das demais exigências, para a composição da junta médica ou odontológica.

§ 3º O parecer do desempataador será acatado para fins de cobertura.

CAPÍTULO XVI DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 49. A migração de outros planos de saúde para o da UNISAÚDEMS não confere o direito de aproveitar os períodos de carências já cumpridos, salvo as previsões legais e as normas de regulação expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como deliberação, mediante laudo do perito da entidade, do Conselho de Administração.

Art. 50. A UNISAÚDEMS pode:

I – realizar a cobrança de débitos dos beneficiários, relativos a despesas pagas ou reembolsadas em desacordo com este Regulamento, por meio de desconto em folha de pagamento do responsável ou de débito em conta corrente bancária indicada;

II – efetuar o pagamento de créditos dos beneficiários, por meio de crédito em conta corrente bancária indicada.

Art. 51. Os preços praticados ou adotados pela UNISAÚDEMS poderão ser reajustados sempre que forem identificadas variações dos custos ou promovidas negociações com a rede própria ou credenciada.

Art. 52. Ao Conselho de Administração compete:

I - editar resoluções normativas, *ad referendum* do Conselho Geral de Representantes, para tratar, complementarmente, da matéria disciplinada neste Regulamento;

II – dirimir os casos omissos neste Regulamento.

Art. 53. É permitido à auditoria técnica da UNISAÚDEMS o acesso ao prontuário médico que se encontre sob guarda de profissional ou estabelecimento médico-hospitalar.

Art. 54. Nos casos de divergência, as normas de regulação expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar prevalecem sobre o disposto neste Regulamento.

Art. 55. Integram este Regulamento o Anexo I, contendo a relação dos documentos necessários para a solicitação de reembolso, e o Anexo II, contendo a relação dos exames básicos.

Art. 56. Este Regulamento entra em vigor imediatamente após a sua aprovação pelo Conselho Geral de Representantes, revogando-se o Regulamento anterior.

Campo Grande/MS, 12 de abril de 2018.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNISAÚDEMS

ZENILDO PEREIRA DANTAS
Diretor Executivo

JOÃO BOSCO DE FIGUEIREDO COSTA
Diretor Administrativo

ARTUR MASSUJO MAECAWA
Diretor Financeiro

**REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
(UNISAÚDEMS)**

**Anexo I – Dos Documentos Necessários para a Solicitação de Reembolso
de Despesas Médicas e Hospitalares**

I – no caso de consultas, o recibo ou a nota fiscal, originais, se em papel, podendo ser eletrônicos, emitidos pelo profissional ou entidade, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização, em obediência à Instrução Normativa da Receita Federal nº 1075/10 (DMED), **observado o seguinte**:

a) o recibo deve ser emitido em nome do beneficiário titular, responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo do recibo) e conter a especialidade do profissional, o registro no respectivo conselho de classe, o CPF, o carimbo, a data e a assinatura do prestador; e

b) a nota fiscal deve ser emitida em nome do beneficiário titular, responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo da nota) devidamente liquidada, e deve conter o CNPJ, o carimbo de recebimento, a data, a assinatura e a especialidade e o registro no respectivo conselho de classe.

II – no caso de serviços auxiliares de diagnósticos e terapia SADT:

a) o recibo ou a nota fiscal, originais, se em papel, podendo ser eletrônicos, emitidos pelo prestador de serviços, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização, **observado o seguinte**:

1. o recibo deve ser emitido em nome do beneficiário titular, responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo do recibo) e conter a especialidade, o registro no respectivo conselho de classe, o CPF, o carimbo, a data e assinatura do prestador;

2. a nota fiscal deve ser emitida em nome do beneficiário titular, responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo da nota) devidamente liquidada, e deve conter o CNPJ, o carimbo de recebimento, a data, a assinatura e a especialidade e o registro no respectivo conselho de classe; e

b) a solicitação médica, o relatório do profissional assistente com justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento assinado pelo beneficiário e carimbado pelo profissional executante, quando for o caso.

III – no caso de serviços médico-Hospitalares:

a) a nota fiscal, original, se em papel, podendo ser eletrônica, emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização;

b) os recibos, originais, emitidos pelos profissionais que atenderam ao paciente, constando a especialidade, o registro nos respectivos conselhos de classe e o CPF, com carimbo e assinatura, ou nota fiscal, quando os profissionais prestadores dos serviços estiverem organizados como pessoa jurídica;

c) o relatório do médico assistente, contendo a justificativa da necessidade de internação, bem como a descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade da intervenção de outros profissionais, quando for o caso;

d) a conta-hospitalar, com a discriminação destes itens, que a compõem: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados, observado que, no caso de implante(s) de órtese(s), prótese(s) ou material(s) especial(s), deve ser apresentada nota fiscal do material usado;

e) a solicitação, a prescrição médica, a checagem do uso com data, a hora e a assinatura, no caso de reembolso de despesas com componentes hemoterápicos;

f) cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico, no caso de internação cirúrgica e, ainda, prontuário do paciente quando ele o autorizar, para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

IV – no caso de serviços anestésicos:

a) a nota fiscal, original, se em papel, podendo ser eletrônica, emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização;

b) o boletim anestésico, o relatório cirúrgico e a cópia do registro dos procedimentos anestésico, constando carimbo e assinatura do profissional.

V – no caso de tratamento seriado, que ocorre nas especialidades de fisioterapia, acupuntura, psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional:

a) o recibo ou a nota fiscal, contendo a quantidade total de sessões realizadas e a discriminação das de cada sessão do procedimento realizado;

b) o pedido médico;

c) o relatório da evolução do paciente, contendo as assinaturas do paciente e do profissional executante a cada sessão, confirmando o atendimento.

Anexo II – Da Relação de Exames Básicos

| Exames Diversos | Códigos | Medicina Laboratorial | Códigos |
|--|-----------|---|-----------|
| Eletrcardiograma | 4010101-0 | Acido Úrico | 40301150 |
| Citopatológico (preventivo ginecológico) | 4060132-3 | Bilirrubinas | 4030139-7 |
| Tonometria | 4130132-3 | Colesterol HDL | 40301583 |
| Exame a fresco | 4130118-8 | Colesterol LDL | 40301591 |
| Exame micológico direto | 4130122-6 | Colesterol Total | 40301605 |
| Medicina Laboratorial | Códigos | Radiografias | Códigos |
| Creatinina | 40301630 | Adenóides ou cavum | 40801128 |
| Glicose | 40302040 | Arcos Zigomáticos ou malar ou apófises | 40801101 |
| Potássio | 4030231-8 | Artbulação Temporomandibular - Bilateral | 40801110 |
| Sódio | 4030242-3 | Crânio - 2 incidências | 40801012 |
| Transaminase oxalacética | 4030250-4 | Crânio - 3 incidências | 40801020 |
| Transaminase pirúvica | 4030251-2 | Crânio - 4 incidências | 40801039 |
| Triglicérides | 40302547 | Incidência adicional de crânio ou face | 40801209 |
| Uréia | 40302580 | Maxilar Inferior | 40801080 |
| Parasitológico (fezes) | 40303110 | Orbitas - Bilateral | 40801055 |
| Grupo sanguíneo ABO e fator Rh | 40304299 | Orelha, mastóides ou rochedos | 40801047 |
| Hematócrito | 40304337 | Ossos da Face | 40801098 |
| Hemoglobina - dosagem | 40304345 | Panorâmica de mandíbula | 40801136 |
| Hemograma | 40304361 | Seios da face | 40801063 |
| Hemossedimentação | 40304370 | Sela Túrcica | 40801071 |
| Leucócitos - dosagem | 40304418 | Coluna Cervical - 3 incidências | 40802019 |
| Reticulócitos - dosagem | 40304558 | Coluna Cervical - 5 incidências | 40802027 |
| Proteína Creativa | 40307646 | Coluna Dorsal - 2 incidências | 40802035 |
| Bacterioscopia | 40310060 | Coluna Dorsal - 4 incidências | 40802043 |
| Rotina de Urina | 40311210 | Coluna dorso-lombar para escoliose | 40802086 |
| Radiografias | Códigos | Radiografias | Códigos |
| Coluna Lombo sacra - 5 incidências | 40802060 | Articulação acromioclavicular | 40803066 |
| Coluna lombo - sacra - 3 incidências | 40802051 | articulação escapuloumeral (ombro) | 40803074 |
| coluna total para escoliose | 40802094 | Articulação esternoclavicular | 40803023 |
| incidência adicional de coluna | 40802116 | Braço | 40803082 |
| Sacroccix | 40802078 | Clavícula | 40803040 |
| Antebraço | 40803104 | Costelaspor hemilorax | 40803031 |
| Cotovelo | 40803090 | incidência adicional membro inferior | 40804135 |
| Esterno | 40803015 | Joelho | 40804054 |
| incidência adicional de membro superior | 40803147 | Panorâmica dos membros inferiores | 40804127 |
| Mao ou quirodáctilo | 40803120 | Patela | 40804062 |
| Mãos e punhos para idade óssea | 40803139 | Pé ou pododáctilo | 40804097 |
| Omplata ou escápula | 40803058 | Perna | 40804070 |
| Punho | 40803112 | Coração e vasos da base | 40805050 |
| Articulação coxofemoral (quadril) | 40804038 | Laringe ou hipolaringe ou pescoço (partes | 40805077 |
| Articulação tibiotarsica (tornozelo) | 40804089 | Tórax1 incidência | 40805018 |
| Articulações sacríliacas | 40804020 | Tórax2 incidências | 40805026 |
| Bacia | 40804011 | Tórax3 incidências | 40805034 |
| Calcaneo | 40804100 | Tórax4 incidências | 40805042 |
| Coxa | 40804046 | Abdomen Agudo | 4080802-5 |
| Escanometria | 40804119 | Adbomen Simples | 4080801-7 |