



UNISAÚDEMS

Regulamento do Plano de Assistência à Saúde



ANS - N° 42134-1

Gestão 2024/2027

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor-Presidente

João Bosco de Figueiredo Costa

Diretor Vice-Presidente

Israel Santana Caires

Diretor-Administrativo

Artur Massujo Maecawa

Suplente

Tereza Cristina Soares Abdo Da Costa

Diretor-Financeiro

Cloves Silva

Suplente

Fernando Luis Valejo

Diretor de Saúde e Benefícios

Valdecir Escalhar

Suplente

José Carlos Rodrigues

CONSELHO GERAL DE REPRESENTANTES

TITULARES

Nilton Kiyoshi Kurachi

Edgar Godoes Almada

Rogério Cintra Pereira Neves

Joílson Alves do Amaral

Warley Braga Hildebrand

Rodrigo de Souza Falco

Hélio da Rosa Machado

Márcio Rogério Faria Custódio

João Ricardo Dias de Oliveira

Marcos Alberto Conforte

SUPLENTES

Adriano Aparecido Arrias de Lima

Renato dos Anjos Garnes

Maria Augusta Sena Madureira Figueiró

Luiz Antonio de Mello

José Auto Júnior

Rubens Soares França

Maura Lucia Barbosa Leal

Ivan Barreira

Katia de Cassia Mendry Ueti

Nadia de Souza Rodrigues

CONSELHO FISCAL

TITULARES

Marcelo Vargas Lopes

Ivanildo Silva da Costa

Frederico Reis Pouso Salas

Luciana Aguero Rivas Cavassa

Claudio Norikazu Uemura

SUPLENTES

Franciele Candotti Santana

Cristiane Muller Dantas

Adriano Noleto Rampazo

Elaine Cristina França Tavares Flor

Terezinha Ferreira

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNISAÚDEMS

ÍNDICE

CAPÍTULO I – DA QUALIFICAÇÃO E DO OBJETIVO DA UNISAÚDEMS.....	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	art. 4º
CAPÍTULO IV – DA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	arts. 5º a 12º
Seção I – Da Inscrição de Associado Titular e Participante.....	art. 6º
Seção II – Da Inscrição de Dependentes	arts. 7º e 8º
Seção III – Da Adesão de Associado Provisório e Pensionista.....	art. 9º
Seção IV – Da Migração de Associado Titular para Participante.....	art. 10
Seção V – Da Migração entre Acomodações Hospitalares	art. 11
Seção VI – Das Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) e do Adicional de Agravo.....	art. 11-A
CAPÍTULO V – DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS.....	arts. 12 a 14
CAPÍTULO VI – DA 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 IV – 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 – Das Receitas	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

ANEXOS

- Anexo I – Do Processo de Reembolso
- Anexo II – Tabela dos Exames Básicos
- Anexo III – Da Coparticipação, da Franquia e do Adicional de Agravo
- Anexo IV – Dos Serviços de Atenção Domiciliar
- Anexo V – Dos Serviços pelo Método ABA

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA 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 pessoa jurídica de direito privado, associação civil sem fins lucrativos, regida por autogestão, com personalidade jurídica e patrimônio próprios, autonomia financeira e administrativa, com prazo de duração indeterminado e com sede e foro 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 promoção 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, conforme as modalidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente.

§ 3º A promoção de assistência à saúde, nas condições a que se refere o § 2º deste artigo, é condicionada à coparticipação, à franquia e ao adicional de agravos, quando aplicáveis, nos termos dos anexos a este Regulamento e Resoluções Normativas da UNISAÚDEMS.

§ 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 complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração do médico assistente.

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

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

I - Patrocinadores: Estado de Mato Grosso do Sul, Associados Titulares e Participantes, que patrocinam os custos com o Plano de Saúde dos servidores.

II - assistência direta: a assistência por intermédio da rede própria da UNISAÚDEMS ou rede credenciada.

III - assistência indireta: a assistência por intermédio de cessão de rede, quando disponível, e por reciprocidade, quando previamente autorizado.

IV - reembolso: resarcimento financeiro referente às despesas com assistência à saúde, realizadas pelo beneficiário fora da rede disponibilizada pela UNISAÚDEMS, seja por assistência direta ou indireta, nos limites previstos e nas modalidades simples, livre escolha e integral.

V - valor de custeio: o valor total da contribuição de cada Associado Titular, seus respectivos dependentes inscritos e Participantes, incluída a contribuição do Patrocinador.

VI - coparticipação: a parte do custo do procedimento, a ser resarcida à UNISAÚDEMS, por meio de consignação em folha de pagamento ou débito em conta bancária, nos termos dos anexos a este Regulamento.

VII - franquia: valor até o qual o beneficiário deve arcar para ter cobertura, nos termos dos anexos a este Regulamento.

VIII - 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.

IX - adicional de agravo: valor a ser complementado pelo beneficiário, juntamente com as mensalidades devidas, no caso de opção pela extensão da cobertura do Plano a doenças ou lesões preexistentes por ocasião do preenchimento e assinatura da Declaração de Saúde, nos termos dos anexos a este Regulamento.

X - *off label*: medicamento, cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta previsto em bula. Já o material *off label* é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta no manual de uso do material.

XI - CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

XII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob regime especial, vinculada

ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

XIII - carência: prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.

XIV - Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: é a lista elaborada pela ANS na qual constam os procedimentos que obrigatoriamente deverão ser cobertos pelas operadoras de Planos de saúde. É aplicado aos contratos assinados a partir de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98).

XV - Diretriz de Utilização - DUT: são critérios inerentes ao quadro clínico do paciente, pré-definidos pela ANS, em que o beneficiário deverá se enquadrar para que a cobertura do procedimento seja obrigatória pela Operadora de saúde.

XVI - Cobertura Parcial Temporária - CPT: suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano privado de assistência à saúde.

XVII - busca de rede: processo da Operadora referente à localização e disponibilização de prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, entre outros) para atendimento aos beneficiários do Plano.

XVIII - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP): aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao Plano privado de assistência à saúde.

CAPÍTULO III - DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 4º São beneficiários da UNISAÚDEMS aqueles que, enquadrando-se nas condições e requisitos estabelecidos no Estatuto, inscreverem-se na Operadora, mediante requerimento de adesão nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO IV - DA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

I - Associados Titulares: os servidores ou empregados, ativos ou inativos, integrantes das categorias de servidores ou empregados do Estado de Mato Grosso do Sul e pensionistas desses servidores que estejam incluídos na folha de pagamento do patrocinador e inscritos na UNISAÚDEMS, na forma do Estatuto e deste Regulamento.

II - Dependentes naturais:

- a) o cônjuge ou companheiro(a) com quem o Associado Titular ou o Participante conviva em união estável, comprovado mediante certidão de casamento ou escritura pública, e que não se enquadre na condição de Associado Titular ou Participante;
- b) os filhos e os enteados menores de 18 (dezoito) anos, que vivam comprovadamente sob a dependência econômica do Associado Titular ou do Participante;
- c) os filhos solteiros, maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, que vivam comprovadamente sob a dependência econômica do Associado Titular ou do Participante e que estejam cursando ensino fundamental, médio ou superior, reconhecidos pelo MEC, ou curso preparatório para ingresso em educação superior, observado o disposto no § 3º deste artigo;
- d) os filhos considerados inválidos, de qualquer idade, incapazes de exercer atividade remunerada, constatado por meio de perícia médica, cuja validação se dará por meio de parecer emitido pela auditoria médica da UNISAÚDEMS;
- e) os enteados, nas mesmas condições dos filhos legítimos, desde que vivam sob a exclusiva dependência econômica do Associado Titular ou do Participante, comprovada por meio de documento, declaração idônea ou outro meio legalmente admitido, sob as penas da lei;
- f) o menor, sob guarda do Associado Titular ou do Participante, com processo de adoção em andamento, mediante requerimento e comprovação.

III - Dependentes Agregados: as pessoas pertencentes ao grupo familiar do Associado Titular ou do Participante, até o segundo grau de parentesco consanguíneo em linha reta e até o primeiro grau de parentesco por afinidade, não enquadradas na condição de dependentes naturais.

IV – Participantes: os servidores ou empregados públicos do Estado de Mato Grosso do Sul que, embora estando licenciados ou afastados pelo patrocinador, e não estando incluídos na folha de pagamento, mantenham, comprovadamente, vínculo com o Estado.

§ 1º Na hipótese de ambos os cônjuges ou companheiros preencherem os requisitos para se inscreverem como Associados Titulares do Plano, assim definidos no art. 6º deste Regulamento, estes poderão optar pela inscrição de um deles como dependente natural, ou pela reclassificação para essa categoria, desde que seja ou permaneça inscrito como Associado Titular aquele com maior remuneração, e que a contribuição do grupo familiar seja calculada de acordo com os valores da Tabela Única de Contribuição.

§ 2º O menor sob a guarda do Associado Titular ou Participante, por decisão judicial, será considerado dependente natural, desde que haja um requerimento expresso e a devida comprovação dessa condição por meio da cópia da decisão judicial.

§ 3º A qualificação de dependente natural, conforme a alínea “c” do inciso II do caput deste artigo, depende da comprovação semestral de que os filhos solteiros estão matriculados nos cursos ou níveis de ensino mencionados. Caso essa comprovação não seja apresentada, a condição de dependente natural será alterada para a de dependente agregado. Essa alteração será válida a partir

do mês seguinte à notificação da UNISAÚDEMS, que dará um prazo máximo de 10 (dez) dias para regularização.

§ 4º Na hipótese do inciso IV deste artigo, a qualificação de Participante é condicionada a que o servidor pague, autônoma e integralmente, o valor da mensalidade destinada ao custeio do Plano, calculada de acordo com os valores da Tabela Única de Contribuição.

Seção I - Da Inscrição de Associado Titular e Participante

Art. 6º Para a inscrição na UNISAÚDEMS, os Associados Titulares e os Participantes devem formular requerimento que será apreciado pelo Conselho de Administração, observando o cumprimento das exigências estatutárias e regulamentares, ficando o deferimento condicionado ao cumprimento das normas do Estatuto e deste Regulamento.

§ 1º O Associado Titular ou o Participante são responsáveis financeiros por si e por seus respectivos dependentes.

§ 2º As coberturas assistenciais terão início após pagamento da primeira mensalidade, respeitados os prazos de carência definidos neste Regulamento e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção II - Da Inscrição de Dependentes

Art. 7º A inscrição de dependentes deve ser solicitada, exclusivamente, pelo Associado Titular ou Participante, 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 ou Participante, a qual, uma vez escolhida, deve ser, obrigatoriamente, respeitada.

§ 2º O Associado Titular ou Participante 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, quando aplicável.

§ 4º É assegurada, na forma da lei, a inscrição de menor de 12 (doze) anos de idade, na condição de filho adotivo, aproveitando-se o período de carência já cumprido pelo Associado Titular ou Participante, quando realizada até 45 (quarenta e cinco) dias da adoção.

§ 5º No caso de inscrição de menor sob guarda com processo de adoção em andamento será permitido o uso do nome afetivo constante na decisão judicial.

Art. 8º O Associado Titular ou Participante, na condição de corresponsável, responde por todos os prejuízos materiais e extrapatrimoniais, porventura causados por seus dependentes.

Seção III - Da Adesão de Associado Provisório e Pensionista

Art. 9º No caso de falecimento do Associado Titular ou do Participante, o dependente natural que esteja devidamente inscrito no Plano poderá continuar utilizando a assistência da UNISAÚDEMS, desde que, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos a partir da data do óbito, apresente à Operadora um requerimento formal, solicitando a permanência precária e temporária no Plano, como Associado Titular Provisório, até que seja oficialmente reconhecida a condição de pensionista.

§ 1º Para que o pedido seja aceito, os interessados deverão, dentro do prazo previsto no caput, entregar toda a documentação exigida pela UNISAÚDEMS, assinar o termo de compromisso, assumindo a responsabilidade integral pelo pagamento mensal das contribuições, preferencialmente via débito em conta bancária, conforme a Tabela Única de Contribuição da Operadora.

§ 2º Após o reconhecimento da condição de pensionista, o beneficiário terá 15 (quinze) dias corridos para solicitar sua inscrição definitiva como Associado Titular, conforme previsto no art. 6º deste Regulamento, ficando a aprovação do pedido condicionada à regularidade da documentação apresentada e ao adimplemento de todas as contribuições devidas até o momento da solicitação.

§ 3º Uma vez confirmada a inscrição, o novo Associado Titular poderá incluir dependentes com vínculo direto, desde que estes atendam aos requisitos estabelecidos neste Regulamento.

§ 4º Os dependentes agregados que não tenham vínculo direto com o novo Associado Titular, e que também não possuam vínculo funcional com o Estado de Mato Grosso do Sul, serão automaticamente excluídos do Plano e, nesse caso, a UNISAÚDEMS garantirá, quando aplicável, o direito à portabilidade de carências, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Seção IV - Da Migração de Associado Titular para Participante

Art. 10. O servidor ou empregado público do Estado de Mato Grosso do Sul que solicitar licenciamento ou afastamento sem remuneração do seu cargo poderá manter sua condição de beneficiário, com a mesma cobertura assistencial, desde que opte por migrar de Associado Titular para Participante no prazo de até 30 (trinta) dias a partir do licenciamento ou afastamento e se responsabilize pelo pagamento integral do Plano do seu grupo familiar, de acordo com a Tabela Única de Contribuição.

Seção V - Da Migração entre Acomodações Hospitalares

Art. 11. O Associado Titular ou o Participante poderá solicitar a migração entre os Planos assistenciais oferecidos pela UNISAÚDEMS, desde que sejam observadas as regras deste Regulamento, da legislação vigente e das normas da ANS.

§ 1º A migração do Plano Prata (enfermaria) para o Plano Ouro (apartamento) implicará o cumprimento de novas carências, de acordo com o tempo de vínculo contratual e a ampliação de cobertura, conforme análise da UNISAÚDEMS e as normas da ANS.

§ 2º A nova cobertura passará a vigorar a partir do primeiro pagamento correspondente ao

Plano escolhido, desde que todas as exigências contratuais e regulamentares tenham sido atendidas.

§ 3º A migração do Plano Ouro (apartamento) para o Plano Prata (enfermaria) garantirá o aproveitamento integral das carências já cumpridas.

§ 4º Todos os pedidos de migração serão analisados pela UNISAÚDEMS, que fornecerá previamente ao Beneficiário:

I - o valor atualizado da nova mensalidade;

II - as carências aplicáveis;

III - as eventuais alterações de cobertura.

Seção VI – Das Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) e do Adicional de Agravo

Art. 11-A. A UNISAÚDEMS poderá fixar o valor do adicional de agravo a critérios técnicos de subscrição, baseados em avaliação atuarial e na análise dos riscos de saúde declarados no momento da adesão, em conformidade com a legislação aplicável.

§ 1º A omissão de informação sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador no momento do preenchimento da declaração prevista no *caput*, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato, bem como a responsabilidade pelo ônus com as despesas provenientes do tratamento com as doenças ou lesões omitidas.

§ 2º A aceitação do beneficiário estará sujeita à análise da declaração de saúde e poderá implicar a aplicação de cobertura parcial temporária ou cobrança de adicional de agravo, conforme previsto na Lei nº 9.656/98 e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CAPÍTULO V - DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

I – o óbito do beneficiário;

II – a prática de ato doloso que cause dano material ou moral comprovado à imagem institucional da Operadora, de seus dirigentes, conselheiros e colaboradores, devidamente apurado;

III – danos e prejuízos causados, deliberadamente, ao patrimônio da Operadora;

IV – a solicitação, por escrito, do:

a) Associado Titular;

b) Participante;

c) Dependente dotado de capacidade civil;

V – a perda do direito à pensão, pelo Pensionista;

VI – a separação de fato, o divórcio ou pela anulação do casamento;

VII – a dissolução da união estável;

VIII – a ausência de comprovação da matrícula dos filhos ou enteados maiores de 18 (dezoito) anos em cursos ou níveis regulares de ensino, cumulada com a discordância quanto à migração da condição de dependente natural para dependente agregado, nos termos do § 3º do art. 5º deste Regulamento;

IX – a falta de pagamento da contribuição mensal e demais despesas de responsabilidade do beneficiário, após duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, com notificação prévia;

X – a demissão ou exoneração com perda de vínculo com o Estado de Mato Grosso do Sul.

Parágrafo Único: O disposto neste artigo, quando necessário, será apurado em procedimento específico, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

Art. 13. O Associado Titular, o Participante ou o dependente, podem solicitar sua exclusão do Plano, ressaltando que apenas o Associado Titular e o Participante podem, caso queiram, dele excluir qualquer de seus dependentes, mediante assinatura e devolução do requerimento padrão de exclusão da Operadora.

Art. 14. A solicitação de cancelamento da inscrição no Plano de Assistência à Saúde poderá ser formalizada pelo Associado Titular ou Participante.

§ 1º A exclusão de dependente poderá ser requerida pelo próprio dependente, desde que dotado de capacidade civil, pelo Associado Titular ou Participante.

§ 2º A efetivação do cancelamento ou da exclusão não exime o Associado Titular ou o Participante da responsabilidade pelo adimplemento de eventuais débitos existentes, inclusive daqueles apurados ou identificados após a data de cancelamento ou exclusão do Plano.

CAPÍTULO VI – DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 15. A assistência aos beneficiários será ofertada por intermédio da rede assistencial própria ou credenciada, composta por prestadores de serviços de saúde com os quais a UNISAÚDEMS mantenha vínculo formal, mediante contrato ou outro instrumento jurídico equivalente.

§ 1º A cobertura assistencial poderá, igualmente, ser garantida por meio de convênios de reciprocidade, bem como por contratos celebrados com outras Operadoras, para utilização de suas respectivas redes assistenciais.

§ 2º O atendimento dar-se-á em conformidade com as normas e diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - e com as coberturas definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

§ 3º Para a utilização da assistência de que trata o *caput* deste artigo, é obrigatória a apresentação do cartão de identificação, físico ou digital, do 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, nos limites previstos no Anexo I a este Regulamento, a ser pago 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 de Operadora 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 no § 1º 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 de Operadora conveniada;

VII - os tratamentos psicológicos dependerão de prévia autorização da UNISAÚDEMS e serão cobertos mediante solicitação, inicialmente, pelo médico assistente, contendo a indicação e a justificativa e, nos casos de continuidade do tratamento a solicitação poderá ser realizada pelo psicólogo, incidindo, sobre esse procedimento, a coparticipação do beneficiário, nos termos e limites previstos nos Anexos a este Regulamento;

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, incidindo, sobre esses procedimentos, a coparticipação do beneficiário, nos termos dos Anexos a este Regulamento;

IX - o tratamento fisioterápico será autorizado pela UNISAÚDEMS, mediante prescrição

médica, constando o diagnóstico.

§ 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 e com o médico assistente, quanto ao pagamento das diferenças de diárias, taxas e honorários médicos, que correrão por conta exclusiva do Associado Titular ou do Participante.

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 ou especializadas, 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 com nutricionista, de acordo com 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, que poderá ser realizado tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação do médico assistente;

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.

VI - a avaliação neuropsicológica solicitada por médico assistente neurologista, neuropediatra e psiquiatra;

VII - tratamento para o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

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 de 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 - diárias de internação hospitalar;

IV - despesas 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, sendo exigível, na hipótese deste inciso, se incidente, nos termos dos Anexos a este Regulamento, a coparticipação do beneficiário;

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 10 (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 30 (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 bucomaxilofaciais;

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 30 (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 das diárias hospitalares, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação psiquiátrica por ano de contrato, contado a partir da data de adesão ao Plano, cabendo ao beneficiário o pagamento de coparticipação, conforme os percentuais, limites e condições definidos nos Anexos deste Regulamento, hipótese em que essa regra se aplica às internações, contínuas ou intercaladas, realizadas em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica de hospital geral, decorrentes de transtornos psiquiátricos em situação de crise, bem como de quadros de intoxicação ou abstinência relacionados ao alcoolismo ou a outras formas de dependência química, desde que haja indicação médica formal para hospitalização.

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, 06 (seis) e, no máximo, 12 (doze) horas.

§ 1º Enquadram-se na modalidade de atendimento de que trata o *caput* deste artigo, os procedimentos cirúrgicos eletivos, de urgência ou emergência, com tempo de permanência entre 06 (seis) a 12 (doze) horas, realizados sob anestesia loco-regional com ou sem sedação e/ou com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar.

§ 2º 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 incluem 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 Operadora.

§ 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 (vinte e quatro) horas, cintilografia, mamografia, tomografia computadorizada, angiografia, ressonância magnética, angiotomografia, angioressonância, medicina nuclear, fisioterapia, teste ergométrico, ultrassonografia, doppler e eletroencefalograma 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 Sobre os custos com os materiais e os procedimentos de que trata este artigo incidem coparticipação ou franquia, nos termos e limites previstos nos Anexos deste Regulamento.
- ### **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 importadas não nacionalizadas;
- 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 à 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.

XXIX - os serviços prestados por cuidador pessoal, temporário ou permanente, em prol de qualquer beneficiário, em virtude de limitações físicas ou mentais, decorrentes da idade, doença, deficiência ou acidente.

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 deduzida, do valor a ser reembolsado, se incidentes, a coparticipação ou a franquia, previstas nos Anexos a este Regulamento.

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 praticados ou adotados pela UNISAÚDEMS, vigentes à época do atendimento, observadas as obrigações contratuais.

Parágrafo Único. Na hipótese deste artigo, será deduzida, do valor a ser reembolsado, se incidentes, a coparticipação ou a franquia, previstas nos Anexos deste Regulamento.

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, em razão de inexistência de profissional ou serviço credenciado na especialidade buscada, ou mediante a impossibilidade de agendamento no prazo legalmente estabelecido.

§ 1º Para fins de concessão do Reembolso Integral, na forma prevista no caput deste artigo, constitui-se condição indispensável e antecedente que o beneficiário proceda ao contato prévio com a UNISAÚDEMS, com o propósito de possibilitar o processo de identificação e localização de prestadores habilitados na rede assistencial disponível, observadas as normas internas e regulamentares aplicáveis.

§ 2º O direito ao Reembolso Integral será reconhecido exclusivamente nas hipóteses em que restar comprovada a impossibilidade de atendimento por prestadores integrantes da rede assistencial, após tentativa formal e devidamente registrada de disponibilização de rede por parte da UNISAÚDEMS.

§ 3º Na hipótese de inexistência do contato prévio mencionado no § 1º, o reembolso será processado de acordo com as condições aplicáveis ao Reembolso por Livre Escolha, observadas as regras estabelecidas neste Regulamento.

§ 4º Na hipótese deste artigo, será deduzida, do valor a ser reembolsado, se incidentes, a coparticipação ou a franquia, previstas nos Anexos deste Regulamento.

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 tratam este capítulo devem ser requeridos:

I - pelo Associado Titular ou Participante ou por seus representantes legais;

II - mediante solicitação através do site e/ou aplicativo da UNISAÚDEMS ou presencialmente na sede da UNISAÚDEMS;

III - no prazo máximo de 120 (cento e vinte dias), contados do término do atendimento.

§ 1º A documentação comprobatória com a descrição das despesas realizadas deve ser apresentada para a abertura do protocolo de reembolso, via site e/ou aplicativo UNISAÚDEMS, ou presencialmente.

§ 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, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de sua solicitação à UNISAÚDEMS.

§ 4º Os pedidos de reembolso deferidos, serão creditados exclusivamente na conta bancária do Titular do Plano.

§ 5º No caso de indeferimento do pedido, o beneficiário poderá reapresentá-lo, com justificativa, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados da data da entrega do indeferimento, para reapreciação.

§ 6º A UNISAÚDEMS poderá, a seu critério, solicitar ao beneficiário a apresentação do comprovante de pagamento correspondente ao reembolso pleiteado, com a finalidade de verificar a autenticidade da despesa, a veracidade das informações apresentadas e a conformidade do pedido com as normas deste Regulamento e demais disposições aplicáveis.

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, devidos nos termos dos anexos a este Regulamento, 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.

Parágrafo Único. Para fins de definição prevista no *caput*, considera-se:

I - Conselho de Administração: o Órgão de administração, composto por Diretores eleitos na forma prevista no Estatuto da Operadora.

II - Conselho Geral de Representantes: o Órgão de representação dos beneficiários integrantes da UNISAÚDEMS, composto por membros eleitos, dentre os Associados Titulares, e um indicado pelo Estado de Mato Grosso do Sul, na forma prevista no Estatuto da Operadora.

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 do Plano de Saúde podem ser promovidas sempre que necessárias e a qualquer tempo.

CAPÍTULO 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, prevista nos Anexos a este Regulamento.

Seção II - Das Contribuições

Art. 35. A contribuição mensal do Associado Titular é fixada pela UNISAÚDEMS, conforme a Tabela Única de Contribuição e os critérios definidos neste Regulamento.

§ 1º A contribuição será custeada de forma compartilhada entre:

I - o Associado Titular, mediante percentual estabelecido no Estatuto da UNISAÚDEMS, calculado sobre sua respectiva base de contribuição previdenciária;

II - o Estado de Mato Grosso do Sul, como cota patronal, no percentual previsto em lei, também calculado sobre a base de contribuição previdenciária do Associado Titular.

§ 2º Se a soma das contribuições do Associado Titular e da cota patronal for inferior ao valor total definido para o Plano contratado, o titular será responsável pelo pagamento da diferença, a título de complementação.

§ 3º Além da contribuição mensal, o Associado Titular é responsável pelo pagamento dos valores relativos à coparticipação, franquia ou adicional de agravo, nas situações e limites estabelecidos nos Anexos deste Regulamento.

§ 4º Os beneficiários regularmente inscritos nos Planos da UNISAÚDEMS até 1º de agosto de 2011 que, por ocasião da implantação do modelo atual de custeio, tenham recebido condições diferenciadas por meio de ajustes compensatórios, em observância aos princípios da segurança

jurídica e da conservação dos contratos, permanecerão submetidos a essas mesmas condições enquanto mantiverem vínculo ininterrupto com a Operadora, sendo que tais condições somente poderão ser modificadas mediante deliberação do Conselho de Administração da UNISAÚDEMS, desde que não acarretem ônus adicional ao beneficiário, exceto nos casos de alteração no padrão de acomodação ou na composição do grupo familiar.

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. 36-A. O Estado de Mato Grosso do Sul contribuirá financeiramente com o percentual previsto em lei, calculado sobre a remuneração bruta do Associado Titular.

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 Tabela Única de Contribuição 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 termos dos Anexos a este Regulamento.

Art. 39. A UNISAÚDEMS, por meio do Conselho de Administração, poderá reajustar os valores das contribuições mensais, das coparticipações e franquias, mediante atualizações anuais ou extraordinárias para assegurar o equilíbrio econômico-financeiro do Plano, em conformidade com a legislação vigente, normas da ANS, e nos casos de:

I – modificação, substituição ou registro de novos produtos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que impliquem alteração na estrutura de custos, coberturas, rede assistencial, segmentação ou composição do Plano;

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 – variação da mensalidade por mudança de faixa etária dos beneficiários, observados os critérios, limites e faixas etárias definidos na Resolução Normativa vigente da ANS à época da aplicação do reajuste.

Parágrafo Único. Para fins de aplicação do reajuste anual, em conformidade com a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a UNISAÚDEMS estabelece o mês de setembro como data-base contratual dos Planos Ouro, Prata e Colaborador, aplicando-se, a partir desse mês, o percentual de reajuste previamente comunicado à ANS e, quando cabível, aos órgãos consignantes, em observância às diretrizes legais e às disposições deste Regulamento.

Art. 39-A. O não pagamento da contribuição mensal, bem como das coparticipações, franquias

ou agravos devidos pelo beneficiário, acarretará o cancelamento dos serviços e cobertura assistencial após duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, nos últimos 12 meses, contados da data do vencimento da mensalidade, mediante notificação prévia ao Associado Titular ou ao Participante com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Parágrafo Único. Os valores devidos serão cobrados administrativa ou judicialmente, acrescidos dos encargos legais.

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 1,00% (um por cento) ao mês, a partir do mês seguinte àquele em que deveria ter sido pago;

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

III – a multa de 2,00% (dois por cento) do valor do débito, atualizado na data do pagamento.

CAPÍTULO XIII - DOS DEVERES 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 ou do Participante 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 decorrentes da omissão.

Art. 43. É dever dos beneficiários excluídos inutilizarem os cartões que lhes foram entregues, respondendo o Associado Titular ou Participante pelo ressarcimento à UNISAÚDEMS por despesas decorrentes do uso indevido desses.

Parágrafo Único. O uso indevido do Plano pelo beneficiário o obriga, assim como ao Associado Titular ou ao Participante, ao ressarcimento do valor integral das respectivas despesas, acrescido de multa no valor equivalente a 30% (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. É dever do beneficiário utilizar os serviços assistenciais de forma responsável e de boa-fé, abstendo-se de apresentar informações falsas, omitir fatos relevantes ou praticar atos fraudulentos, sob pena de responsabilização civil, administrativa e penal, além das sanções previstas neste Regulamento.

§ 1º 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 60 (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 neste Regulamento.

§ 2º 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 de 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 O prazo de carência para utilização dos serviços do Plano de Saúde iniciar-se-á a partir do primeiro desconto em folha do Associado Titular, data que efetivará a validação do contrato, correspondente à competência da consignação da primeira contribuição.

§ 2º Os procedimentos contratados, ainda que com carência ou com cobertura parcial temporária, terão coberturas, nos casos de urgências e emergências, a contar de 24h (vinte e quatro horas) da vigência do contrato, em ambiente ambulatorial, para as primeiras 12h (doze horas), desde que não necessite de internação.

§ 3º As coberturas parciais temporárias são aplicáveis nos casos de doenças ou lesões preexistentes, pelo prazo máximo de 24 (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.

§ 4º 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 ou Participante optar pelo adicional de agravo das patologias que declarar.

§ 5º O adicional de agravo será aplicado, por opção exclusiva do Associado Titular ou do Participante, 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.

§ 6º Na assistência de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, o prazo de carência será de 60 (sessenta) dias.

Art. 46. Aproveitam as carências já cumpridas pelo Associado Titular ou Participante:

I - o dependente recém-nascido ou adotivo, nos casos em que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (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 30 (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 materiais (OPME).

§ 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 poderá constituir Junta Médica, quando ocorrer divergência entre a Operadora e o médico assistente sobre as solicitações de autorizações prévias, conforme regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 49. A migração de outros Planos de saúde para o da UNISAÚDEMS confere o direito de aproveitar os períodos de carências já cumpridos, observadas as normas de regulação expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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 - dispor, mediante resolução, *ad referendum* do Conselho Geral de Representantes, sobre benefícios relativos à saúde, não abrangidos pelo Plano de Saúde de que trata este Regulamento, a serem disponibilizados aos beneficiários da UNISAÚDEMS, mediante coparticipação;

III – 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 os seguintes Anexos:

I - Anexo I – Do Processo de Reembolso

II - Anexo II – Tabela dos Exames Básicos

III - Anexo III – Da Coparticipação, da Franquia e do Adicional de Agravo

IV - Anexo IV – Dos Serviços de Atenção Domiciliar

V - Anexo V – Dos Serviços pelo Método ABA

Art. 55-A. Ficam revogadas as Resoluções Normativas nº 002/CA/2018, 28 de agosto de 2018; nº 004/CA/2018, de 19 de dezembro de 2018, e as demais disposições em contrário.

Art. 56. As alterações deste Regulamento, aprovadas pelo Conselho Geral de Representantes, nos termos do art. 32 deste instrumento, produzirão seus efeitos jurídicos e administrativos a partir de sua entrada em vigor, que se dará em 1º de dezembro de 2025.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNISAÚDEMS

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

REVISÃO	DATA	MODIFICAÇÕES
00	12/04/2018	Documento Inicial.
01	01/12/2025	Revisão geral do Regulamento, com aprimoramento da redação, reorganização e inclusão de dispositivos complementares. O conteúdo normativo foi mantido, tendo sido apenas melhor disciplinado e consolidado, com o objetivo de conferir maior clareza, uniformidade terminológica e coerência entre os capítulos e seções. Inserção de novos anexos, contemplando serviços e procedimentos adicionais. Aprovado em Reunião Ordinária do Conselho Geral de Representantes, em 22 de outubro de 2025.

**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
DO PROCESSO DE REEMBOLSO**

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º - O presente Anexo dispõe sobre processo para solicitação de reembolso de despesas médicas e hospitalares e integra o Regulamento do Plano de Saúde da UNISAÚDEMS tendo por finalidade estabelecer, de forma clara e transparente, os requisitos e procedimentos indispensáveis à análise e concessão de pedidos de reembolso formulados pelos beneficiários.

**CAPÍTULO II
DA DOCUMENTAÇÃO**

**Seção I
Reembolso de consultas**

Art. 2º São documentos obrigatórios para análise e concessão de Reembolso de Consultas:

I - o recibo receita saúde ou a nota fiscal eletrônica, 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);

II - o recibo receita saúde ou a nota fiscal eletrônica devem ser emitidos em nome do paciente atendido e conter nome completo do médico, a especialidade do profissional, a discriminação do serviço realizado, o registro no respectivo conselho de classe (CRM), o CPF/CNPJ, a data, o valor cobrado, endereço e telefone do local de atendimento;

**Seção II
Reembolso de Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia - SADT**

Art. 3º São documentos obrigatórios para análise e concessão de Reembolso de Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia – SADT:

I - o recibo receita saúde ou nota fiscal eletrônica devem ser emitidos em nome do paciente atendido e conter a especialidade, o registro no respectivo conselho de classe, o CPF/CNPJ, a data, o valor cobrado de cada procedimento realizado, endereço e telefone do local de atendimento;

II - a solicitação médica com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), e a hipótese diagnóstica, carimbada e assinada pelo profissional médico.

Parágrafo único - Nos casos de exames ou procedimentos complementares em decorrência da solicitação médica inicial, o beneficiário deverá apresentar o laudo do

respectivo exame/ procedimento complementar.

Seção III Reembolso de Serviços Médico-hospitalares

Art. 4º São documentos obrigatórios para análise e concessão de Reembolso de Serviços Médico-hospitalares:

I - o recibo receita saúde ou nota fiscal eletrônica, devem ser emitidos em nome do paciente atendido e conter a especialidade, o registro no respectivo conselho de classe, o CPF/CNPJ, a data, o valor cobrado de cada procedimento realizado, endereço e telefone do local de atendimento;

II - 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;

III - 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 órteze(s), prótese(s) ou material(s) especial(s), deve ser apresentada nota fiscal do material usado;

IV - 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;

V - cópia do Registro Geral de Operação – RGO e do boletim anestésico, no caso de internação cirúrgica e, ainda, o prontuário do paciente para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Seção IV Reembolso de Serviços Anestésicos

Art. 5º São documentos obrigatórios para análise e concessão de Reembolso de Serviços Anestésicos:

I - o recibo receita saúde ou nota fiscal eletrônica devem ser emitidos em nome do paciente atendido e conter a especialidade, o registro no respectivo conselho de classe, o CPF/CNPJ, a data, o valor cobrado de cada procedimento realizado, endereço e telefone do local de atendimento;

II - o boletim anestésico, o Registro Geral de Operação – RGO e a cópia do registro dos procedimentos anestésico, constando carimbo e assinatura do profissional.

Seção V Reembolso de Tratamento Seriado

Art. 6º São documentos obrigatórios para análise e concessão de Reembolso de Tratamento Seriado, sendo este compreendido como os reembolsos nas especialidades de fisioterapia, acupuntura, psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional, que deverão observar as seguintes disposições:

I - o recibo receita saúde ou nota fiscal eletrônica devem ser emitidos em nome do paciente atendido e conter a especialidade, o registro no respectivo conselho de classe, o

CPF/CNPJ, a data, o valor cobrado de cada procedimento realizado, endereço e telefone do local de atendimento;

II - o encaminhamento médico.

CAPÍTULO III AUDITORIA E VALIDAÇÃO DOCUMENTAL

Art. 7º Todos os documentos apresentados para fins de reembolso poderão ser objeto de verificação pela auditoria médica e administrativa, podendo o beneficiário ser solicitado a apresentar esclarecimentos adicionais, documentos complementares ou a autorizar o contato direto com o prestador para validação das informações.

CAPÍTULO IV DO PAGAMENTO EXCLUSIVO AO BENEFICIÁRIO TITULAR

Art. 8º O reembolso será efetuado exclusivamente ao beneficiário titular do plano, em conta bancária de sua titularidade, devendo o titular manter atualizado os dados bancários para fins de reembolso.

CAPÍTULO V TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Art. 9º Os documentos apresentados para reembolso contêm dados pessoais e sensíveis, que serão tratados pela UNISAÚDEMS exclusivamente para a finalidade de análise e pagamento do reembolso, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n. 13.709/2018).

CAPÍTULO VI RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DOS DOCUMENTOS

Art.10º A apresentação de documentos inidôneos, falsificados ou com informações inexatas sujeitará o beneficiário às penalidades previstas neste Regulamento, incluindo comunicação às autoridades competentes.

CAPÍTULO VII DO PROTOCOLO E PRAZOS

Art. 10. Os pedidos de reembolso deverão ser protocolados preferencialmente pelo sistema eletrônico da UNISAÚDEMS, com geração de número de protocolo para acompanhamento.

Parágrafo único - O prazo para análise dos pedidos de reembolso será de até 30 (trinta) dias, contado do recebimento completo da documentação exigida.

**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 II
TABELA DOS EXAMES BÁSICOS**

Art. 1º - O presente Anexo dispõe sobre a Tabela dos Exames Básicos com Carências reduzidas, com o prazo de 30 (trinta) dias, conforme previsto no art. 45 deste Regulamento.

Código	Descrição	Código	Descrição
40101010	ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVAÇÕES	40802086	RX - COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE
40201023	ANUSCOPIA (INTERNA E EXTERNA)	40802094	RX - COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESpondilografia)
40301150	ÁCIDO ÚRICO, DOSAGEM	40802116	RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA
40301397	BILIRRUBINAS (DIRETA, INDIRETA E TOTAL), DOSAGEM	40803015	RX - ESTERNO
40301583	COLESTEROL (HDL), DOSAGEM	40803023	RX - ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR
40301591	COLESTEROL (LDL), DOSAGEM	40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITÓRAX
40301605	COLESTEROL TOTAL, DOSAGEM	40803040	RX - CLAVÍCULA
40301630	CREATININA, DOSAGEM	40803058	RX - OMPLATA OU ESCÁPULA
40302040	GLICOSE	40803066	RX - ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR
40302318	POTÁSSIO, DOSAGEM	40803074	RX - ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)
40302423	SÓDIO, DOSAGEM	40803082	RX - BRAÇO
40302504	TRANSAMINASE OXALACÉTICA	40803090	RX - COTOVELO
40302512	TRANSAMINASE PIRÚVICA	40803104	RX - ANTEBRAÇO
40302547	TRIGLICERÍDEOS, DOSAGEM	40803112	RX - PUNHO
40302580	URÉIA, DOSAGEM	40803120	RX - MÃO OU QUIRODÁCTILO
40303110	PARASITOLÓGICO NAS FEZES	40803139	RX - MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA
40304299	GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR RHO (INCLUÍDU)	40803147	RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR
40304337	HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO	40804011	RX - BACIA
40304345	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	40804020	RX - ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS	40804038	RX - ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)
40304370	HEMOSSEDIMENTAÇÃO, (VHS), VELOCIDADE	40804046	RX - COXA
40304418	LEUCÓCITOS, CONTAGEM	40804054	RX - JOELHO
40304558	RETICULÓCITOS, CONTAGEM	40804062	RX - PATELA
40302695	COLESTEROL(VLDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	40804070	RX - Perna
40308383	PROTEINA C REATIVA, QUALITATIVA	40804089	RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)
40308391	PROTEÍNA C REATIVA, QUANTITATIVA	40804097	RX - PÉ OU PODODÁCTILO
40310060	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT, etc.)	40804100	RX - CALCÂNEO
40311210	ROTINA DE URINA	40804119	RX - ESCANOMETRIA
40601323	PROCEDIMENTO DIAG. CITOPATOLOGICO EM MEIO LÍQUIDO	40804127	RX - PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES
40801012	RX - CRÂNIO - 2 INCIDÊNCIAS	40804135	RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR
40801020	RX - CRÂNIO - 3 INCIDÊNCIAS	40805018	RX - TÓRAX - 1 INCIDÊNCIA
40801039	RX - CRÂNIO - 4 INCIDÊNCIAS	40805026	RX - TÓRAX - 2 INCIDÊNCIAS
40801047	RX - ORELHA, MASTÓIDES OU ROCHEADOS - BILATERAL	40805034	RX - TÓRAX - 3 INCIDÊNCIAS
40801055	RX - ÓRBITAS - BILATERAL	40805042	RX - TÓRAX - 4 INCIDÊNCIAS
40801063	RX - SEIOS DA FACE	40805050	RX - CORAÇÃO E VASOS DA BASE
40801071	RX - SELA TÚRCICA	40805077	RX - LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOÇO
40801080	RX - MAXILAR INFERIOR	40808017	RX - ABDOME SIMPLES
40801098	RX - OSSOS DA FACE	40808025	RX - ABDOME AGUDO
40801101	RX - ARCOS ZIGOMÁTICOS OU MALAR OU APÓFISES E	41301099	COLETA DE MATERIAL CÉRVICO-VAGINAL
40801110	RX - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	41301188	EXAME A FRESCO DO CONTEÚDO VAGINAL E CERVICAL
40801128	RX - ADENÓIDES OU CAVUM	41301226	EXAME MICOLÓGICO DIRETO (POR LOCAL)

40801136	RX - PANORÂMICA DE MANDÍBULA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	41301285	PENISCOPIA (INCLUI BOLSA ESCROTALE)
40801209	RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE	41301323	TONOMETRIA - BINOCULAR
40802019	RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDÊNCIAS	41301374	VULVOSCOPIA (VULVA E PERÍNEO)
40802027	RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDÊNCIAS	41301102	COLPOSCOPIA (CÉRVICE UTERINA E VAGINA)
40802035	RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDÊNCIAS	41301374	VULVOSCOPIA (VULVA E PERÍNEO)
40802043	RX - COLUNA DORSAL - 4 INCIDÊNCIAS	40601137	PROCEDIMENTO DIAG. EM CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL
40802051	RX - COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCIDÊNCIAS	40802060	RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDÊNCIAS
40802078	RX - SACRO-COCCIX		

**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 III
DA COPARTICIPAÇÃO, DA FRANQUIA E DO ADICIONAL DE AGRAVO**

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Este Anexo do Regulamento do Plano de Assistência à Saúde da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UNISAÚDEMS) dispõe sobre a coparticipação, a franquia e o adicional de agravo, exigíveis na operacionalização do plano, nas situações previstas na parte geral deste Regulamento, estabelecendo os respectivos valores ou limites e critérios para a sua aplicação.

**CAPÍTULO II
DA COPARTICIPAÇÃO**

**Seção I
Da Definição da Coparticipação**

Art. 2º A coparticipação é a parte das despesas relativas à prestação de serviço de saúde, incluídos materiais e medicamentos, a ser resarcida à UNISAÚDEMS pelo beneficiário.

§ 1º A coparticipação é estabelecida em valor fixo, por atendimento ou atividade, ou em percentual da respectiva despesa, não tendo natureza de contribuição.

§ 2º A coparticipação tem por finalidade atuar como fator moderador destinado a incentivar o uso consciente e responsável dos serviços de assistência à saúde disponibilizados pela UNISAÚDEMS, visando, também, ao equilíbrio financeiro da operadora.

**Seção II
Dos Serviços e Materiais Sujeitos à Coparticipação**

Art. 3º A coparticipação será exigida nas despesas relativas aos seguintes atendimentos, atividades, materiais e medicamentos:

I – consultas médicas ambulatoriais e de pronto-atendimento;

II – sessões de terapia ocupacional, fonoterapia, nutrição, psicoterapia e avaliação neuropsicológica;

III – internação psiquiátrica por período superior a trinta dias;

IV – serviços de saúde pelo método ABA;

V – assistência à saúde em domicílio;

VI – materiais e insumos utilizados no atendimento, OPME (órteses, próteses e materiais especiais) e medicamentos de alto custo;

VII – outros atendimentos, atividades, materiais e medicamentos cuja

possibilidade de coparticipação esteja prevista em lei e desde que definidos neste Regulamento.

Seção III Dos Valores ou Limites da Coparticipação

Art. 4º O valor da coparticipação, no caso de consultas médicas, será estabelecido pelo Conselho de Administração mediante resolução normativa.

Art. 5º A coparticipação pode ser exigida nos seguintes limites:

I – até 50% (cinquenta por cento) do valor da sessão ou da consulta inicial, no caso de sessões de terapia ocupacional, fonoterapia, nutrição, psicoterapia, avaliação neuropsicológica e demais terapias seriadas, aplicadas, inclusive, para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista;

II – até 50% (cinquenta por cento) do valor das respectivas diárias após o trigésimo dia, no caso de internação psiquiátrica;

III – 50% (cinquenta por cento) do valor das respectivas despesas, no caso de serviço de saúde pelo método ABA, nos termos do Anexo III a este Regulamento;

IV – até 30% (trinta por cento) do valor das respectivas despesas, no caso de assistência à saúde em domicílio e no caso de assistência domiciliar (home care), nos termos do Anexo II a este Regulamento;

V – até 30% (trinta por cento) do valor das respectivas despesas, no caso de materiais e insumos utilizados no atendimento, OPME e medicamentos de alto custo.

Parágrafo único. Nas hipóteses previstas nos incisos I, II e V, caberá ao Conselho de Administração, analisando cada situação, estabelecer o valor ou o percentual da coparticipação.

Seção III Do Pagamento da Coparticipação

Art. 6º A coparticipação deve ser realizada mediante desconto na folha de pagamento de salário do Associado Titular ou débito em sua conta bancária, exceto nos casos em que, em decorrência de convenção com a UNISAÚDEMS, o valor correspondente à coparticipação deva ser pago diretamente ao prestador.

Parágrafo único: No caso de Participante, a coparticipação deve ser paga diretamente à UNISAÚDEMS, mediante débito em conta.

CAPÍTULO III DA FRANQUIA

Seção I Definição de Franquia

Art. 7º A franquia é o valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, nos casos de pagamento aos credenciados ou aos conveniados, bem como nos casos de reembolso ao beneficiário.

Seção II Da Incidência

Art. 8º A franquia, quando exigível, incidirá nas hipóteses definidas neste Regulamento.

Seção III Do Pagamento da Franquia

Art. 9º A franquia deve ser paga mediante desconto na folha de pagamento de salário do Associado Titular ou débito em sua conta bancária, exceto nos casos em que, em decorrência de convenção com a UNISAÚDEMS, o valor correspondente à franquia deva ser pago diretamente ao prestador.

§ 1º No caso de Participante, a franquia deve ser paga diretamente à UNISAÚDEMS mediante débito em conta, exceto nos casos em que, em decorrência de convenção com a UNISAÚDEMS, o valor correspondente à franquia deve ser pago diretamente ao prestador.

§ 2º No caso de reembolso ao beneficiário, o valor da franquia será descontado do valor a ser reembolsado.

CAPÍTULO IV DO ADICIONAL DE AGRAVO

Seção I Definição de Adicional de Agravo

Art. 10. O adicional de agravo, previsto na Seção VI, art. 11-A deste Regulamento, é o valor complementar cobrado do beneficiário, juntamente com as mensalidades devidas, no caso de opção pela extensão da cobertura do plano, desde a sua vigência, a doenças ou lesões preexistentes por ocasião do preenchimento e assinatura da Declaração de Saúde.

§ 1º Na ausência dessa opção:

I – inclui-se no plano, pelo prazo de vinte e quatro meses, apenas as coberturas definidas no momento da sua contratação;

II - não se inclui no plano, pelo prazo a que se refere o inciso I deste parágrafo, a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

§ 2º O adicional de agravo deve ser pago pelo tempo que durar a adesão ao plano.

Seção II Do Valor do Adicional de Agravo

Art. 11. O valor do adicional de agravo será estabelecido pelo Conselho de Administração, em relação a cada caso concreto, em até 30% (trinta por cento) da mensalidade.

Seção III Do Pagamento do Adicional de Agravo

Art. 12. O adicional de agravo deve ser pago mediante desconto na folha de pagamento de salário do Associado Titular ou débito em sua conta bancária, juntamente com

as mensalidades.

Parágrafo único. No caso de Participante, o adicional de agravo deve ser pago diretamente à UNISAÚDEMS, mediante débito em conta.

**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 IV
DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Este Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência à Saúde da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UNISAÚDEMS) dispõe sobre a disponibilização dos serviços de atenção domiciliar nas modalidades de assistência e internação domiciliar, prestada por empresas credenciadas ou conveniadas.

**CAPÍTULO II
DA DEFINIÇÃO**

Art. 2º Para efeito deste Anexo:

I - assistência domiciliar: é o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

II - internação domiciliar: é o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Parágrafo Único. Observado o disposto nos incisos I e II do caput deste artigo, o serviço de atenção domiciliar compreende as atividades de caráter ambulatorial, com programação assistencial que requer o comparecimento do profissional ao domicílio do beneficiário, para cumprir metas terapêuticas, curativas, reabilitadoras ou paliativas.

**CAPÍTULO III
DO OBJETIVO**

Art. 3º A prestação de serviços de atenção domiciliar nos termos deste Anexo, observado o disposto no seu art. 2º, tem por objetivo:

I - estimular o engajamento da família no processo de aprendizagem e na otimização dos cuidados com o beneficiário;

II - incentivar o beneficiário ao autocuidado e à autonomia, na medida da obtenção de condições que o permitam;

III - promover a assistência nas complicações e manifestações mais avançadas da doença;

IV - reabilitar o paciente das sequelas já instaladas;

V - reduzir a utilização dos serviços assistenciais com tecnologias desnecessárias;

VI - reduzir o número de internações e reinternações hospitalares e o tempo de permanência hospitalar;

VIII - acompanhar o tratamento e a evolução do quadro clínico do beneficiário, interagindo com a família e/ou cuidador;

IX - promover maior conforto e dignidade para os pacientes;

X - fornecer apoio biopsicossocial ao beneficiário e a sua família, no ambiente familiar;

XI - buscar melhores resultados na assistência ao beneficiário e a sua família;

XII - aumentar o nível de satisfação e qualidade de vida do beneficiário e da sua família;

XIII - minimizar riscos de agravos, em situações relacionadas com a recuperação pós-operatória de grande porte.

CAPÍTULO IV **DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS REQUISITOS EXIGIDOS**

Art. 4º Os serviços de atenção domiciliar nos termos deste anexo devem ser realizados no domicílio do beneficiário cadastrado na operadora e mediante o envolvimento de profissionais de saúde e o desempenho de cuidados específicos, nos termos do Plano de tratamento estabelecido de acordo com a necessidade do beneficiário e autorizado pela Auditoria Médica da UNISAÚDEMS.

§ 1º A execução da atenção domiciliar fora do domicílio do beneficiário cadastrado na operadora depende de autorização da UNISAÚDEMS, diante de fatos que justifiquem e da disponibilidade dos seus prestadores em executá-los no local indicado.

§ 2º Os serviços a que se refere o caput deste artigo serão prestados por profissionais e empresas conveniados com a UNISAÚDEMS ou por ela credenciados.

§ 3º A atenção domiciliar a que se refere este artigo é condicionada, cumulativamente, à:

I - solicitação do médico assistente, constando o diagnóstico do paciente e a prescrição do tratamento;

II – anuênciam do associado titular, que pode ser manifestada no documento pelo qual se realizar a solicitação a que se refere o inciso I deste parágrafo;

III – autorização pela Auditoria Médica da UNISAÚDEMS, que pode estabelecer a sua extensão.

§ 4º Não se incluem na prestação dos serviços a que se refere este artigo, sendo de responsabilidade do beneficiário:

I - a atividade de cuidador familiar, assim entendida o serviço prestado por pessoa contratada para assumir a responsabilidade de cuidador permanente ou temporário de um familiar dependente;

II - os custos com transporte do paciente, medicamentos, materiais descartáveis de uso domiciliar, alimentação, material de higiene pessoal e outros produtos utilizados em decorrência da prestação do serviço em domicílio.

CAPÍTULO V

DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 5º A atenção domiciliar ambulatorial poderá estar sujeita à coparticipação do associado titular, observados os percentuais definidos pelo Conselho de Administração, observado o limite previsto no inciso IV do art. 5º do Anexo III a este Regulamento.

§ 1º Não se exige coparticipação nos casos em que a internação domiciliar seja realizada nos termos do art. 2º, II e parágrafo único, deste Anexo.

§ 2º Observado o percentual previsto no caput deste artigo, aplicam-se na coparticipação o disposto na parte geral deste Regulamento e em seu Anexo III.

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 V DOS SERVIÇOS PELO MÉTODO ABA

CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Este Anexo ao Regulamento do Plano de Assistência à Saúde da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UNISAÚDEMS) dispõe sobre a oferta de tratamento mediante análise de comportamento aplicada ou método ABA (*Applied Behavior Analysis*).

CAPÍTULO II DA DEFINIÇÃO

Art. 2º O Tratamento pelo método ABA consiste na aplicação de métodos de análise comportamental com o objetivo de modificar comportamentos autoprejudiciais de pessoas portadoras do transtorno do espectro autista (TEA) e outros transtornos globais de comportamento, bem como ensinar-lhes habilidades essenciais para seu desenvolvimento.

CAPÍTULO III DA OFERTA DE TRATAMENTO PELO MÉTODO ABA

Art. 3º A oferta do serviço pelo método ABA será realizada por profissionais e clínicas credenciados pela UNISAÚDEMS ou com ela conveniados, especializados em método reconhecido junto aos Conselhos Profissionais e demais Órgãos previstos em Lei.

Parágrafo único. O serviço a que se refere este artigo:

I – será orientado por profissionais com formação específica em análise comportamental e experiência supervisionada no desenho e implementação de programas para pessoas especiais;

II – poderá ser realizada por meio de telessaúde.

Art. 4º No tratamento a que se refere este artigo são permitidas sessões nas especialidades de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia.

Art. 5º Não se incluem na prestação do serviço a que se refere o art. 3º deste Anexo:

I – o acompanhamento domiciliar, escolar ou externo, ou atividade similar, ainda que indicadas pelos profissionais de saúde encarregados da prestação do serviço de que trata este Anexo;

II – a atividade de cuidador familiar, assim entendida o serviço prestado por pessoa contratada para assumir a responsabilidade de cuidador permanente ou temporário de um familiar;

III - as atividades relativas à psicopedagogia, psicomotricidade, arteterapia, equoterapia, hidroterapia, musicoterapia, massoterapia, terapias de florais, aromaterapia,

cromoterapia, reflexoterapia, petterapia, terapias com emprego de vestes especiais – SUITS, Pilates e Reeducação Postural Global (RPG).

Parágrafo Único. O disposto neste artigo não veda a contratação dos serviços nele mencionados diretamente pelo Associado Titular ou Participante, respondendo ele direta e integralmente pelos seus custos.

Art. 6º O tratamento pelo método ABA, na forma estabelecida neste Anexo, depende de solicitação médica constando:

- I - o diagnóstico do paciente e a prescrição do tratamento;
- II - o plano terapêutico, com a carga horária do tratamento;
- III – as terapias possíveis de serem aplicadas e a sua justificativa.

§ 1º No caso de tratamento cuja duração ultrapasse seis meses, a solicitação de que trata este artigo deve ser renovada, após esse período, a cada seis meses.

§ 2º O tratamento de saúde a que se refere este Anexo, no que coberto pela UNISAÚDEMS, é condicionada à aprovação da Auditoria Médica da UNISAÚDEMS, que, no caso de não concordância com o médico assistente, pode instaurar junta médica para auxiliá-la na decisão.

§ 3º A Auditoria Médica da UNISAÚDEMS pode, periodicamente, requerer reavaliação da indicação terapêutica e decidir quanto à alteração do plano terapêutico.

CAPÍTULO IV DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 7º O tratamento de saúde de que trata este Anexo, coberto pela UNISAÚDEMS, é condicionado à coparticipação do beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) do respectivo custo.

Parágrafo único. Observado o percentual previsto no *caput* deste artigo, aplica-se à coparticipação o disposto neste Regulamento.

CAPÍTULO V DA AUTORIZAÇÃO E CUSTEIO

Art. 8º A autorização de terapia pelo método ABA dependerá de solicitação médica da especialidade de neurologia ou neuropediatria, constando o diagnóstico do paciente e a prescrição do tratamento.

Art. 9º Os profissionais e clínicas credenciados ou conveniados que prestam os serviços de que trata esta Resolução Normativa serão custeados pela UNISAÚDEMS e pelo Associado Titular ou Participante na seguinte proporção:

- I – 50% (cinquenta por cento), pela UNISAÚDEMS;
- II – 50% (cinquenta por cento), pelo Associado Titular ou Participante.



UNISAÚDEMS