

Manifesto Unimed

Vocação não é uma escolha. É atender a um chamado e dedicar-se profundamente àquilo que fomos predestinados.

Somos médicos, somos uma marca de médicos.

Mais do que conhecimento para curar, temos comprometimento com a vida, com as pessoas, com o mundo.

Fazemos o melhor porque nascemos e nos unimos para fazer isso.

Somos uma cooperativa de médicos.

Muito mais do que um prestador de serviços de saúde.

A Unimed é um Sistema que cuida das pessoas para que elas possam aproveitar a vida.

Lideramos com propósito. Somos mais de 113 mil médicos movidos por um mesmo ideal.

Não falamos de doença. Falamos sobre tudo o que pode tornar a vida das pessoas melhor.

Somos uma marca que fala de saúde, que fala de proteção, que fala com as pessoas.

Temos vocação para cuidar das pessoas.

Intercooperação

“As cooperativas servem de forma mais eficaz aos seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, com suas coirmãs, por intermédio das estruturas cooperativistas locais, regionais, estaduais, nacionais e internacionais”

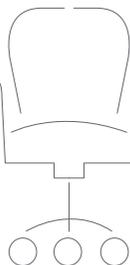
O *Manual de Intercâmbio Nacional* organiza a intercooperação que é o sexto princípio do Cooperativismo.

O Intercâmbio é o coração do Sistema Unimed. E ele pulsa por uma razão: nossa vocação para cuidar de pessoas.

Um cuidar que tem um jeito especial, só nosso. Conectamos as nossas pessoas a serviço da vida, em uma grande rede de informação e conhecimento. Sabemos que, juntos, construímos processos mais ágeis e integrados para levar excelência aos clientes e contribuir estrategicamente com a marca Unimed.



Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed, que têm como missão o JEITO DE CUIDAR.



Diretoria Executiva da Unimed do Brasil

Gestão 2017 - 2021

Orestes Pullin
Presidente

Alberto Gugelmin Neto
Vice-Presidente

Viviane Vieira Malta
Diretora de Administração e Finanças

Darival Bringel de Olinda
Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Orlando Fittipaldi Junior
Diretor de Gestão de Saúde

Marcelo Mergh Monteiro
Diretor de Intercâmbio

Paulo Roberto de Oliveira Webster
Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Índice



Mensagens da Diretoria

Norma Derivada nº 6/1996, de 28 de setembro de 1996

Norma Derivada nº 10/2009, de 28 de janeiro de 2009

1. Apresentação

2. Conceitos

3. Diretrizes Gerais

- 3.1. Regras gerais
- 3.2. Regras gerais de Atendimento
- 3.3. Regras gerais de Cobrança
- 3.4. Regras gerais de Auditoria
- 3.5. Regras gerais de Transparência
- 3.6. Disposições gerais

4. Rede Própria e Credenciada do Sistema Unimed

5. Compartilhamento da Gestão de Riscos

6. Regras de Atendimento no Intercâmbio

- 6.1. Cartões de identificação de beneficiário
- 6.2. Atendimento do intercâmbio eventual/habitual
- 6.3. Ferramentas para o processo de atendimento do Intercâmbio Nacional
- 6.4. Regras do Processo Operacional de Autorização
- 6.5. Atendimento de beneficiários sem cartão de identificação
- 6.6. OPME (órteses, próteses e materiais especiais)
- 6.7. Consultas de urgência e emergência
- 6.8. Consultas eletivas
- 6.9. Atendimento ambulatorial de urgência/emergência
- 6.10. Atendimento ambulatorial eletivo
- 6.11. Internações de urgência e emergência
- 6.12. Internações eletivas
- 6.13. Paciente internado



Índice

- 6.14. Negativas
- 6.15. Atendimento aos recém-nascidos ou filhos naturais e adotivos
- 6.16. Regras de remoção
- 6.17. Encaminhamento de reclamação do atendimento no Intercâmbio
- 6.18. Ordem de serviço
- 7. Pacotes (atendimento e cobrança)**
- 8. Documentos Fiscais – critérios e prazos**
 - 8.1. Prazos para emissão/apresentação da cobrança
 - 8.2. Vencimento dos documentos hábeis fiscais (nota fiscal/faturas) e das notas de débito/crédito
 - 8.3. Prazo para pagamento de cobranças
- 9. Regras do Processo Operacional da Cobrança**
- 10. Processo de Contestação/Glosa**
- 11. Intercâmbio Jurídico**
 - 11.1. Modalidade: intercâmbio eventual e habitual
 - 11.2. Modalidade: repasse em pré-pagamento (transferência de risco/responsabilidade à Unimed Destino)
 - 11.3. Ressarcimento dos custos
 - 11.4. Meios de comunicação

12. Reembolso no Intercâmbio

- 12.1. Regras gerais para reembolso no intercâmbio
- 12.2. Beneficiários em atendimento habitual/eventual
- 12.3. Beneficiários repassados em pré-pagamento
- 12.4. Processos e prazos de reembolso e de restituição na relação de intercâmbio
- 12.5. Processo de formalização e rastreamento para solicitação/restituição de reembolso

13. Câmara de Compensação/Liquidação Nacional**14. Processo Financeiro no Descumprimento de Regras****15. Ranking das Unimed's****16. Gestão da Transparência no Intercâmbio Nacional****Anexos**

- 01. Padrão de Coberturas e Exclusões – Contrato Padrão
- 02. Contratos de Plano Padrão do Intercâmbio
- 03. Regulamento da Câmara Técnica Nacional de Intercâmbio
- 04. Reembolso no Intercâmbio – Formulário
- 05. Resultados esperados e próximos passos para o Intercâmbio
- 06. Fluxos
- 07. Histórico de Atualizações de Documento

A humanidade é nosso diferencial

A vocação do Sistema Unimed é cuidar das pessoas. Isso significa que ela deve pertencer a todos nós, que optamos por fazer parte de uma organização que administra expectativas, emoções e, claro, saúde.

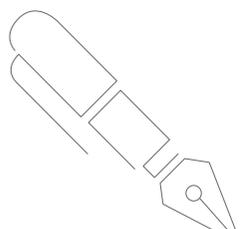
Quando um beneficiário escolhe a Unimed, espera poder contar com nossa tradição essencialmente humana e cooperativa a qualquer momento, em qualquer lugar. A presença de nossas operadoras em mais de 80% do território nacional é vista, por ele, como uma grande rede de segurança: você não está sozinho.

Dentre tantas atividades que aperfeiçoam o acolhimento oferecido na linha de frente, o Intercâmbio Nacional é uma das mais importantes e um precioso diferencial da Unimed.

A Unimed do Brasil conhece os desafios operacionais do Intercâmbio e instaurou em 2017 uma diretoria específica para zelar por eles. É nosso intuito desmistificar processos e viabilizar o melhor relacionamento possível entre Singulares e Federações.

Ao trabalharem em suas atividades do dia a dia, peço que lembrem o conforto que o paciente sente ao saber que será amparado com excelência caso necessite de nós. Não somente por uma Unimed, a sua de origem, mas pelo verdadeiro Sistema Unimed. Aquele que nos orgulha há 50 anos e tem todas as condições de ser, cada vez mais, um exemplo internacional de cooperativismo e sinergia.

É notório que podemos alcançar muitos objetivos sozinhos. Juntos, entretanto, somos insuperáveis e uma força que se reverte em esperança a nossos clientes.



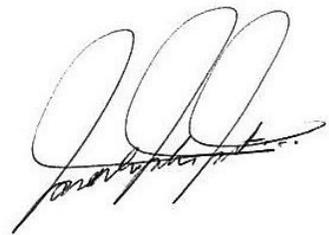
A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'Orestes Pullin'.

Orestes Pullin
Presidente da Unimed do Brasil

Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed que têm como missão CUIDAR DA SAÚDE DAS PESSOAS

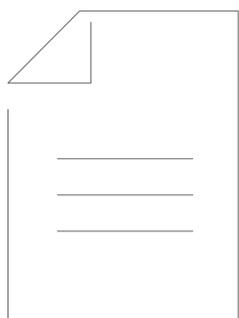
Diante dos desafios e das oportunidades que o Intercâmbio representa no cuidado da saúde do beneficiário Unimed, seja na geração de valor ao trabalho do médico cooperado, seja na sustentabilidade das cooperativas, recomendamos que os conteúdos presentes nessa edição do *Manual de Intercâmbio Nacional* sejam conhecidos, compartilhados e implementados por todos profissionais do Sistema Unimed, tendo em vista que os resultados esperados contemplarão as deliberações do Fórum Transformar para Avançar, de 2016, e do Conselho Confederativo da Unimed do Brasil, consolidando os 50 anos da marca Unimed. O objetivo central do manual é propiciar o relacionamento, a integração, o conhecimento, a gestão e a qualificação do Sistema Unimed, através da estruturação e adequações dos capítulos, em conformidade com: I) a cadeia de valor dos processos de Intercâmbio; II) as demandas operacionais propostas pelas Singulares, discutidas e condensadas em regras pelos especialistas das Federações integrantes do Comitê Nacional de Intercâmbio; III) as contribuições das equipes multidisciplinares; IV) as constantes necessidades de atualizações de natureza regulatória, jurídica e contábil; V) as inovações tecnológicas, e, não menos importante: VI) as deliberações das lideranças do Sistema Unimed.

É necessário entendermos que, assim como a saúde suplementar, o *Manual de Intercâmbio Nacional* é dinâmico, e estará em constante construção sistêmica, necessitando de atualizações frequentes para comunicar de forma ágil e tornar menos complexo o entendimento de seu conteúdo e das regras para os diferentes públicos e processos produtivos do Sistema Unimed, melhorando continuamente as rotinas das atividades das cooperativas e os seus resultados. Em tempo, é oportuno salientar que os PROJETOS para compor os capítulos: *Rede Credenciada*, *Pacotes (atendimento e cobrança)*, *Câmara de Compensação/Liquidação Nacional* e *Transparência no Intercâmbio* estão em construção pelos profissionais da Unimed do Brasil em parceria com Singulares e Federações, com intuito de trazeremos as melhores práticas das Unimeds para o Intercâmbio Nacional, e, assim que possível, serão disponibilizados para implementações, substituindo os capítulos entregues nessa edição.



Marcelo Mergh Monteiro

Diretor de Intercâmbio da Unimed do Brasil



NORMAS DERIVADAS

Norma Derivada nº 6/1996, de 28 setembro de 1996

Norma Derivada nº 006/96 de 28 de setembro de 1996 alterada em outubro de 1999; em 01 de julho de 2004; em 11 de julho de 2007; em 16 de fevereiro de 2011; em 07 de dezembro de 2012, em 25 de junho de 2014, em 30 de agosto de 2017

O **FÓRUM NACIONAL UNIMED**, no exercício da competência normativa que lhe defere o art.29, incisos VI e VIII, da CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA COOPERATIVO UNIMED, promulgada em 29 de outubro de 1994, alterada em 21 de março de 1998, em 1º de setembro de 2006, em 25 e 27 de outubro de 2011, e 27 de outubro de 2016, considerando:

- a importância do intercâmbio nacional como um dos principais instrumentos de integração e sustentação mercadológica do Sistema Cooperativo Unimed;
- o entendimento de que a comutação interativa exige rede global de padrão compartilhado, cujo paradigma está na compatibilidade de todos os sistemas, eventualmente superpostos, paralelos ou colidentes;
- a necessidade de normas precisas e adequadas ao que dispõe a legislação sobre planos privados de assistência à saúde, para fins de atendimento ágil e eficiente de beneficiário e um controle efetivo dessas atividades.

Altera esta **NORMA DERIVADA** que dispõe sobre os conceitos, normas e procedimentos para o Intercâmbio de atendimento de beneficiários no território nacional.

Art. 1º. O *Manual de Intercâmbio Nacional* é parte integrante desta Norma Derivada.

Art. 2º. As alterações nesta Norma Derivada e no *Manual de Intercâmbio Nacional* serão aprovadas pelo Fórum Unimed.

§ 1º No caso de alterações que tenham por origem os dispositivos de leis e atos normativos governamentais que impliquem em modificações tão somente do *Manual de Intercâmbio Nacional*, a nova redação do

seu texto poderá ser aprovada pelo Conselho Confederativo da Unimed do Brasil – Confederação.

§ 2º As alterações conjuntas ou isoladas das normas contidas nos documentos a que se refere o “caput” deste artigo serão registradas como alteração da Norma Derivada nº 006.

Art. 3º. Fica criado o Comitê Nacional de Intercâmbio Unimed com o objetivo de manter atualizado o *Manual de Intercâmbio Nacional*.

Art. 4º. O Comitê terá um núcleo central integrado pelos seguintes membros:

- a. um diretor da Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas;
- b. um representante técnico da Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, da Central Nacional Unimed – CNU, da Seguros Unimed, e de cada uma das Federações Estaduais ou Regionais do Sistema Cooperativo Unimed;

§ 1º O Coordenador do Comitê poderá agregar às reuniões do núcleo central os assessores jurídicos, contábeis, médicos e da marca Unimed.

Art. 5º. O Diretor da Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas que tenha como atribuição estatutária o intercâmbio nacional coordenará as sessões do Comitê Nacional de Intercâmbio Unimed, bem como indicará seus substitutos entre os membros do núcleo central, no caso de eventual impossibilidade de comparecimento.

Art. 6º. Compete ao Comitê Nacional de Intercâmbio Unimed:

- a. a elaboração de projetos de alteração desta Norma Derivada e do *Manual de Intercâmbio Nacional* a serem encaminhados à deliberação do Fórum Nacional Unimed e, conforme o caso, ao Conselho Confederativo;
- b. o encaminhamento ao diretor da Unimed do Brasil, cujas funções estatutárias contemplem a Gestão da Marca Unimed, os casos de uso irregular ou indevido da marca em Carteiras de Identificação/Cartão Magnético, Protocolo de Transações Unimed (PTU) e qualquer outro produto ou sistema que venha a ser desenvolvido pela Unimed do Brasil para as devidas providências;
- c. a emissão de pareceres sobre questões relativas ao intercâmbio, quando solicitado;

Art. 7º. O disposto nesta Norma Derivada e no *Manual de Intercâmbio Nacional* aplica-se a todas as sociedades integrantes do Sistema Cooperativo Unimed, independentemente do grau, que pratiquem, entre si, atos de intercâmbio de beneficiário em nível nacional.

Parágrafo Único - O descumprimento das normas aprovadas para a prática do intercâmbio nacional sujeita as sociedades, a que se refere o “caput” deste artigo, aos procedimentos administrativos e às penalidades pecuniárias dispostas no *Manual de Intercâmbio Nacional* e na *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed*.

Art. 8º. No Intercâmbio, os contratos e/ou as regras locais não se sobrepõem às normas do *Manual de Intercâmbio Nacional*.

Parágrafo Único - As discordâncias técnicas nos processos de contestação/glosas que contrariam as normas deste manual serão decididas pelas Federações Estaduais ou Regionais, no caso de atendimentos estaduais ou regionais, e pela Unimed do Brasil, no caso de atendimentos nacionais.

Art. 9º. Em situações de liquidação/extinção de Unimeds o credenciamento/cooperativação de médicos e rede de atendimento na área de ação da Unimed liquidada, deverá ser autorizado de forma expressa e previamente pela Unimed do Brasil.

Art. 10º. A presente Norma Derivada será encaminhada para todas as Cooperativas do Sistema Cooperativo Unimed que participam do Intercâmbio Nacional.

§ 1º As cooperativas deverão encaminhar à Unimed do Brasil, no prazo de até 30 dias do recebimento, uma declaração em que constem, pelo menos, as seguintes informações relativas à Norma Derivada nº 06 e ao *Manual de Intercâmbio Nacional* que a integra:

- a. Data de recebimento;
- b. Ciência de seus termos;
- c. Compromisso do cumprimento;
- d. Ciência das penalidades previstas na *Constituição Unimed*, na Norma Derivada nº 10/09 e no próprio *Manual de Intercâmbio Nacional*, no caso de descumprimento de suas disposições.

§ 2º Caberá ao Conselho Confederativo da Unimed do Brasil deliberar sobre as providências que serão tomadas contra as Unimeds que não observarem às disposições estabelecidas no parágrafo anterior.

Art. 11º. Esta Norma Derivada, com modificações aprovadas em 30 de agosto de 2017, entra em vigor no dia 01 de janeiro de 2018.

São Paulo, 30 de agosto de 2017

Dr. Orestes Barrozo Medeiros Pullin

Diretor Presidente

Norma Derivada nº 10/2009, de 28 de janeiro de 2009

O **FÓRUM UNIMED**, no exercício da competência normativa que lhe defere o art.35, inciso XIII, da *CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA COOPERATIVO UNIMED*, edita esta **NORMA DERIVADA** que dispõe sobre as penalidades por infração a dispositivos da *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed* e suas normas derivadas.

TÍTULO I – DAS PENALIDADES POR INFRAÇÕES ÀS NORMAS DO SISTEMA COOPERATIVO UNIMED

Art. 1º. A presente Norma Derivada estabelece as penas por infração a dispositivos da *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed* e suas normas derivadas.

Parágrafo único - Esta Norma Derivada aplica-se a todas as sociedades integrantes do Sistema Cooperativo Unimed.

Capítulo I – Das Penalidades

Art. 2º. Para efeitos desta Norma Derivada, os infratores estarão sujeitos às seguintes penas:

I - advertência;

II - multa;

III - inabilitação para a participação no Intercâmbio Nacional;

IV - perda do direito de uso do nome e da marca UNIMED.

Parágrafo único – Em caso de inabilitação para a participação no Intercâmbio Nacional, o atendimento aos usuários será definido de acordo com norma específica que trate da matéria.

Art. 3º. Caberá à Câmara Arbitral, analisando a gravidade do fato e o porte econômico das partes envolvidas, a individualização da penalidade a ser imposta, que poderá ser aplicada isolada ou cumulativamente, quando houver expressa previsão de mais de uma pena para a infração.

Art. 4º. Compete às Turmas Julgadoras da Câmara Arbitral, a aplicação, em primeira instância, das penalidades previstas nesta Norma Derivada e à Câmara Arbitral Plena a decisão definitiva a ser proferida em sede recursal, quando for o caso, observando-se o procedimento estabelecido na Norma Derivada nº 009/2006.

Parágrafo único – Qualquer sociedade do sistema Cooperativo Unimed interessada poderá requerer à Câmara Arbitral a aplicação das penalidades previstas nesta Norma Derivada.

Seção I – Da Advertência

Art. 5º. A pena de advertência será aplicada nas infrações para as quais a penalidade seja prevista, desde que tenha ocorrido o cumprimento da obrigação ou reparação do dano, e se o infrator não for reincidente.

§1º. Para aplicação da advertência o cumprimento da obrigação ou reparação do dano deverá ocorrer até o décimo dia contado da data do recebimento da notificação da instauração do processo na Câmara Arbitral.

§ 2º. A pena de advertência será aplicada por escrito.

Seção II – Da Multa

Art. 6º. A pena de multa consiste no pagamento à Unimed do Brasil da quantia fixada pela Câmara Arbitral e calculada de acordo com o previsto nesta seção.

Art. 7º. Os valores arrecadados com a execução das penas de multas serão revertidos para custeio do sistema de aplicação das penalidades por infrações às normas do Sistema Cooperativo Unimed.

Art. 8º. A pena de multa terá valor de uma a dez vezes o valor discutido. Caso a discussão tenha valor imensurável, a multa poderá ser fixada entre o mínimo de R\$10.000,00 (dez mil reais) e o máximo de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais) ou 5% (cinco por cento) do faturamento bruto médio do ano anterior, o que for menor.

Art. 9º. A multa deverá ser paga no prazo definido pela Câmara Arbitral, que será fixado entre 15 e 60 dias contados após notificação ao infrator da decisão arbitral definitiva.

§1º. O valor da multa poderá ser parcelado em, no máximo, seis vezes, caso demonstrada a impossibilidade financeira do infrator arcar com o montante em parcela única.

§2º. Não sendo realizado o pagamento, a multa pode ser aumentada em até vinte vezes, sendo o percentual fixado em razão da situação econômica do infrator.

§3º. Insistindo o infrator na inadimplência da multa, a penalidade poderá ser executada ou convertida na pena de perda do direito de uso do nome e da marca UNIMED com consequente inabilitação para a participação no Intercâmbio Nacional.

Seção III – Da inabilitação para a participação no Intercâmbio Nacional

Art. 10. A inabilitação para a participação no Intercâmbio Nacional será permanente.

Seção IV – Da perda do direito de uso do nome e da marca Unimed

Art. 11º. Quando aplicada a pena de perda do direito de uso do nome e da marca UNIMED deverão ser observadas as disposições contidas no Art. 6º e parágrafos da Norma Derivada nº 007/97.

Parágrafo Único – A perda do direito de uso do nome e da marca UNIMED será aplicada em caso de reincidência específica na infração que permite esse tipo de penalidade.

Seção V – Das circunstâncias agravantes e atenuantes

Art. 12º. São circunstâncias que sempre agravam a pena:

I - ter a infração causado risco ou dano à saúde do usuário das Cooperativas do Sistema Cooperativo Unimed;

II - deixar o infrator de tomar providências eficazes para atenuar ou evitar as consequências danosas de sua ação/omissão; ou

III - ser o infrator reincidente na mesma modalidade de infração.

Parágrafo Único. Cada circunstância agravante implicará no acréscimo de 10% (dez por cento) ao valor final da multa aplicada.

Art. 13º. São circunstâncias que sempre atenuam a pena:

I - ser a infração provocada por erro involuntário do agente e não lhe trazer nenhum benefício, nem prejuízo à saúde do usuário das Cooperativas do Sistema Cooperativo Unimed; ou

II – ter o infrator adotado providências eficazes para reparar o dano.

Parágrafo Único. Cada circunstância atenuante implicará na redução de 10% (dez por cento) ao valor final da multa aplicada.

Seção VI – Da reincidência

Art. 14º. Considera-se reincidente aquele que praticar infração da mesma espécie daquela julgada por decisão definitiva da Câmara Arbitral, no período não superior a 5 (cinco) anos.

TÍTULO II – DAS INFRAÇÕES

Capítulo I – Das infrações aos deveres estabelecidos na *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed*

Seção I – Infrações cometidas por Singulares

Art. 15º. Deixar de prestar à Confederação e às respectivas Federações, nos prazos que lhes forem estabelecidos, todas as informações de interesse do SISTEMA que lhes forem solicitadas:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 16º. Deixar de cumprir as normas e as deliberações próprias e das respectivas Federações ou da Confederação, decorrentes do exercício dos direitos previstos na CONSTITUIÇÃO UNIMED:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 17º. Deixar de respeitar as normas e as deliberações das demais Federações e Singulares de todo o Brasil, decorrentes do exercício dos direitos previstos na CONSTITUIÇÃO UNIMED:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 18º. Deixar de atender aos usuários das demais cooperativas Unimed, segundo as normas do intercâmbio:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 19º. Atuar na área de ação de outra Singular, sem autorização expressa desta.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Seção II – Infrações cometidas por Federações Estaduais ou Regionais

Art. 20º. Deixar de prestar à Confederação, no prazo que lhe for estabelecido, e às Singulares, no prazo estatutário ou convencionado, as informações de interesse do sistema que lhes forem solicitadas:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 21º. Deixar de cumprir as normas e as deliberações próprias e da Confederação, decorrentes do exercício dos direitos previstos na CONSTITUIÇÃO UNIMED:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 22º. Deixar de respeitar as normas e as deliberações das Singulares e das demais Federações de todo o Brasil, decorrentes do exercício dos direitos previstos na CONSTITUIÇÃO UNIMED:

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 23º. Atuar na área de ação de outra federação e/ou Singular, sem autorização expressa desta.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Seção III – Infrações cometidas pela Confederação

Art. 24º. Deixar de prestar às Federações, no prazo estatutário ou convencionado, e às Singulares, no prazo convencionado, as informações de interesse do sistema que lhe forem solicitadas.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 25º. Deixar de cumprir suas normas e deliberações.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 26º. Deixar de respeitar as normas e as deliberações das Federações e Singulares, decorrentes do exercício dos direitos previstos na CONSTITUIÇÃO UNIMED.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Seção IV – Infrações cometidas por todas as cooperativas do Sistema de Sociedades Cooperativas Unimed

Art. 27º. Ceder a rede credenciada para utilização de operadora ou seguradora de plano de saúde não pertencente ao Sistema Cooperativo Unimed e que atue na concorrência de forma direta.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 28º. Deixar de observar os conceitos, deixar de obedecer e de fazer obedecer aos princípios e normas operacionais, deixar de cumprir os deveres e respeitar os direitos fixados na CONSTITUIÇÃO UNIMED e nas normas derivadas que a regulamentam.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 29º. Deixar de guardar sigilo de todas as informações de que disponham ou venham a dispor sobre todas as sociedades integrantes do Sistema Cooperativo Unimed, ressalvada a expressa autorização de sua divulgação.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 30º. Deixar de cumprir as normas derivadas elaboradas pelo FÓRUM UNIMED e deixar de cumprir e observar suas decisões, nos termos do TÍTULO III da CONSTITUIÇÃO UNIMED.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 31º. Deixar de cumprir os compromissos, pecuniários ou não, relativos a contribuições, projetos nacionais, regionais ou locais a que tenha aderido, ou que sejam de caráter compulsório.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 32º. Valer-se de acesso ao Poder Judiciário contra as sociedades do SISTEMA COOPERATIVO UNIMED, inclusive para cobranças judiciais e protestos de títulos, antes de esgotados todos os meios de negociação e decisão arbitral previstos na CONSTITUIÇÃO UNIMED, ressalvadas as medidas para evitar decadência, prescrição ou qualquer outra forma de perecimento do direito ou da ação, que autorizam a respectiva propositura, judicial ou extrajudicialmente, antes de esgotados os meios internos.

Pena – Advertência e desistência da medida judicial e multa em caso de não cumprimento da determinação ou de reincidência.

Art. 33º. Tornar públicas, por quaisquer meios, dissensões com quaisquer sociedades integrantes do SISTEMA COOPERATIVO UNIMED.

Pena – Multa.

Art. 34°. Deixar de cumprir, na forma e nos prazos estabelecidos no *Manual de Intercâmbio*, os compromissos pecuniários e operacionais.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Capítulo II – Das infrações à norma derivada nº 007/97 que dispõe sobre o uso dos nomes e marcas Unimed

Art. 35°. Utilizar os nomes e marcas UNIMED e os das sociedades do Sistema COOPERATIVO UNIMED, em discordância com os dispositivos da Norma Derivada nº 007/97.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 36°. Fazer uso do nome e da marca UNIMED sem autorização do FÓRUM NACIONAL UNIMED.

Pena – Advertência e, em caso de reincidência, multa.

Art. 37°. Solicitar registro junto ao INPI (Instituto Nacional de Propriedade Industrial) para a utilização do nome e/ou da Marca UNIMED sem autorização da UNIMED do Brasil.

Pena – Advertência e desistência do pedido de registro e multa em caso de não cumprimento da determinação ou de reincidência.

Capítulo III – Das Disposições Finais

Art. 38°. As infrações aos demais dispositivos da CONSTITUIÇÃO UNIMED e de suas Normas Derivadas, que não se encontram tipificados nos artigos anteriores, sujeitam os infratores às penas de advertência e multa de no mínimo, R\$10.000,00 (dez mil reais) e no máximo, R\$1.000.000,00 (um milhão de reais).

Parágrafo único - No caso de reincidência, é facultado à Câmara Arbitral aplicar as penalidades de inabilitação para a participação no Intercâmbio Nacional ou perda do direito de uso do nome e da marca UNIMED.

Art. 39°. Caso sejam criadas novas obrigações após a edição desta Norma Derivada, os infratores sujeitar-se-ão ao disposto no artigo anterior.

Art. 40°. Esta norma entrará em vigor após 15 dias de sua publicação e será aplicável a infrações cometidas a partir do termo inicial de sua vigência.

São Paulo, 28 de janeiro de 2009.

Celso Corrêa de Barros

Diretor Presidente





1. Apresentação

Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed, que têm como missão o **JEITO DE CUIDAR DA SAÚDE DAS PESSOAS**

O *Manual de Intercâmbio Nacional* é parte integrante da Norma Derivada nº 006/1996 do Sistema Unimed e tem por finalidade reforçar os valores cooperativistas por meio de normas, regras e diretrizes, consolidando a integração e a harmonia operacional por meio do relacionamento e dos processos de Intercâmbio Nacional entre as Unimeds associadas à Unimed do Brasil, à Central Nacional Unimed e a Seguradora do Sistema Unimed

O processo de Intercâmbio, por ser dinâmico, estará em constante construção, e levará em consideração as deliberações do Fórum Unimed e do Conselho Confederativo, as atualizações normativas regulatórias na saúde suplementar, as contribuições das equipes multidisciplinares do Sistema Unimed, as tendências mercadológicas e as inovações tecnológicas com foco em cuidar da saúde dos beneficiários Unimed.

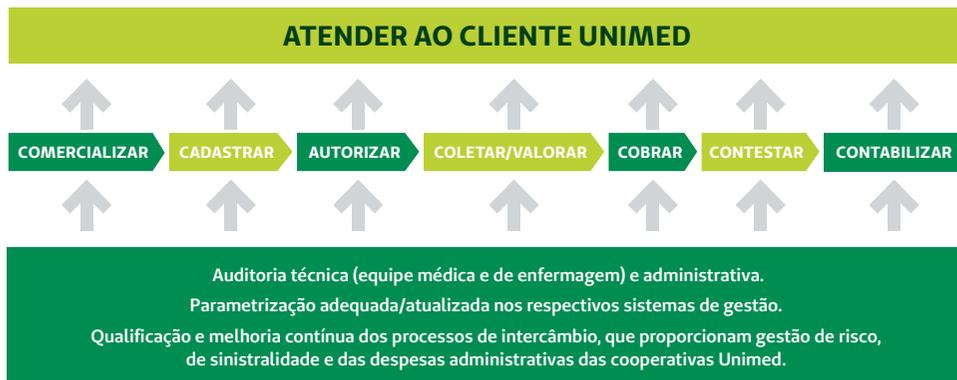
A atualização deste manual, com a reestruturação dos capítulos e a atualização das regras, pretende:

- I.** Comunicar de forma ágil e tornar o entendimento das regras de intercâmbio menos complexo aos diferentes públicos e aos processos produtivos do Sistema Unimed.
- II.** Proporcionar o envolvimento das lideranças (Dirigentes, Conselheiros, Superintendentes, Gerentes) e dos colaboradores das cooperativas Unimeds, em suas respectivas responsabilidades, com as rotinas das atividades, melhorando a qualidade dos processos de intercâmbio nas cooperativas e os resultados atingidos.
- III.** Compreender que o intercâmbio nacional possibilita acessibilidade e o jeito de cuidar da saúde dos beneficiários Unimed, seja na perspectiva contida nas **Diretrizes Gerais**, seja na contemplada pelos capítulos seguintes – Regras Específicas dos Processos Operacionais.
- IV.** Evidenciar a CADEIA DE VALOR do Intercâmbio para o Sistema Unimed, manifestada por ATITUDES (verbos) numa **sequência de atividades e de fluxos de informações que seus colaboradores devem realizar para dar suporte à entrega do trabalho do médico cooperado aos beneficiários Unimed.**

O VALOR É UMA CADEIA

Cada elo deve agregar valor ao atendimento do cliente Unimed.

O que não agrega valor é apenas custo e reduz a margem de eficiência, portanto não é valor



O *Manual de Intercâmbio Nacional* é referência para o Sistema Unimed oferecer cobertura nacional em atendimentos de urgência e emergência, e eletivos quando a cobertura contratual assim preconiza, além de ampliar a acessibilidade às soluções de saúde aos beneficiários Unimed por meio das cooperativas de trabalho médico, cujos **objetivos centrais** são:

- Prover trabalho ao médico cooperado, objeto principal da existência das cooperativas Unimed.
- Prover padronização para atendimento do beneficiário no intercâmbio nacional, proporcionando agilidade e eficiência, bem como qualidade e abrangência da assistência médica/hospitalar, por meio das Singulares, das Federações, das Confederações Regionais e da Central Nacional Unimed.
- Impedir a discriminação do atendimento dos beneficiários em intercâmbio pela rede prestadora credenciada das Unimeds¹.
- Normatizar, padronizar e estimular melhorias na gestão dos processos de Intercâmbio das Unimeds e no desempenho no ranking que classifica as Unimeds.
- Definir a obrigatoriedade de utilização dos recursos do Intercâmbio Eletrônico nas Unimeds com o objetivo de agilizar e garantir o atendimento, a cobrança e o pagamento dos serviços prestados.
- Reduzir as glosas e contestações entre as Unimeds.
- Fomentar o intercâmbio jurídico para o compartilhamento de ações judiciais, em tempo hábil, com a finalidade de garantir a eficiência e a racionalização dos recursos.
- Tornar eficazes as diretrizes de gerenciamento da rede nacional de prestadores credenciados com foco na qualificação dos serviços prestados aos beneficiários¹
- Fomentar a utilização da Câmara de Compensação/Liquidação Nacional¹ (preservar as regionais, onde houver) para quitação dos débitos apresentados, inibindo a inadimplência e minimizando o risco sistêmico e as eventuais despesas bancárias sobre a movimentação financeira.
- Tornar transparentes as relações de intercâmbio, por meio dos pilares da governança – *transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade cooperativa* – para que todo o Sistema Unimed tenha acesso e simetria das informações, com segurança tecnológica, incorporando as melhores práticas e inibindo eventuais práticas irregulares.

1 Deliberações do Fórum “Transformar para Avançar/2016”, com adaptações para conexão com texto.

Equipe Multidisciplinar e o *Manual de Intercâmbio Nacional*

As regras contidas no *Manual de Intercâmbio Nacional* são compostas pela contribuição e pelas habilidades de diversos profissionais, ou seja, pelo relacionamento, pela integração e pela cooperação de equipes multidisciplinares e representantes das Unimed, tais como:

- Comitê Nacional de Intercâmbio – CNI
- Colégio Nacional de Auditores Unimed – CNA
- Comitê de Apoio Técnico à Tecnologia de Informação – CATI
- Comissão do PTU
- Comissão Permanente de Implantação do *Rol de Procedimentos Médicos Unimed*
- Comitê Nacional de Enfermeiros e Auditores – CONENFA
- Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos – CTNPM
- Comitê Nacional de Mercado
- Comitê Jurídico Nacional
- Comitê Contábil Nacional
- Comissão de Rede Referenciada
- Grupo Permanente de Atendimento Nacional – GPA Nacional
- Grupo Técnico de Pacotes
- Grupo Técnico da TNUMM
- Gestão da Marca Unimed
- Conselho Confederativo e Fórum Unimed

Para a adequada compreensão e apropriação das regras do *Manual de Intercâmbio Nacional* é oportuno considerar os trabalhos das equipes acima mencionadas e suas atualizações, e ainda as instruções constantes nas seguintes publicações:

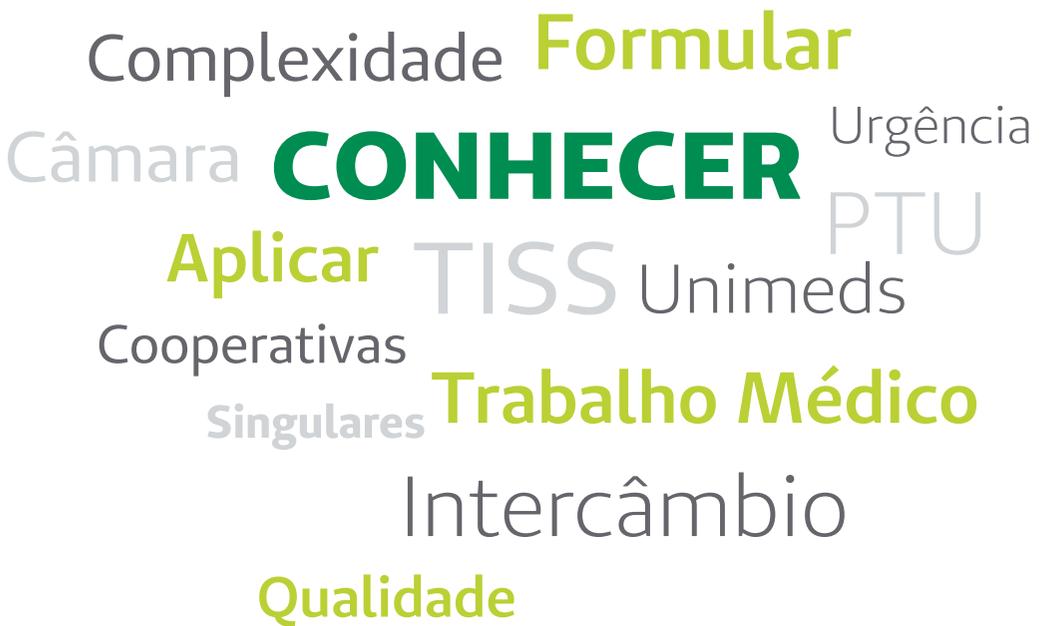
- *Rol de Procedimentos Médicos Unimed*
- Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS/ANS
- Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS/ANS
- *Manual Nacional de Consultas das Normas de Auditoria Médica e Enfermagem*
- *Manual Nacional de Saúde Ocupacional e Acidentes de Trabalho*
- *Manual Operacional do PTU (Protocolo de Transação Unimed)*
- Normas Derivadas do Sistema Unimed
- Normativas regulatórias da saúde suplementar da ANS, da ANVISA e de outros órgãos competentes.

Normas Derivadas existentes

- 001/95 – Criação de Singulares e Federações
- 002/95 – Regulamento do Benefício Família
- 003/95 – Regulamento do Fórum Unimed
- 004/95 – Criação dos Fóruns Regionais
- 006/96 – *Manual de Intercâmbio Nacional*
- 007/97 – Uso do Nome e Marca Unimed
- 008/98 – Comissão Institucional Unimed (CIU)
- 009/06 – Regulamento da Câmara Arbitral
- 010/09 – Penalidades
- 011/10 – Acompanhamento Econômico, Financeiro e Operacional
- 012/11 – Compramed
- 013/11 – Comercialização
- 014/15 – Conselho Executivo Nacional Unimed (CENU)

Resultados esperados e próximos passos para o Intercâmbio

Para a adequada compreensão e apropriação das atualizações das regras do *Manual de Intercâmbio Nacional*, vinculadas as deliberações do Fórum “Transformar para Avançar” 2016, elencamos os *Resultados esperados e próximos passos para o Intercâmbio nacional* no Anexo 5, que serão estruturados oportunamente, com a participação do Sistema Unimed para adoção das melhores práticas. Futuras deliberações dos Fóruns de dirigentes poderão demandar novas atualizações.



2. Conceitos

Este capítulo é dedicado à conceituação dos termos relacionados às regras de negócios do intercâmbio das nossas singulares para entendimento das Diretrizes Gerais e das Regras Específicas nos processos operacionais para: rede credenciada, repasse em pré-pagamento, atendimento, pacotes, documentos fiscais (critérios/prazos), cobrança, contestação/glosas, jurídico, reembolso, câmara de compensação/liquidação nacional, financeiro e ranking das Unimeds no intercâmbio.

2.1. Intercâmbio

É o relacionamento entre as Cooperativas Médicas do Sistema Unimed que garante a prestação de serviços médicos e hospitalares aos beneficiários de uma cooperativa por outra, regulamentado pelo *Manual de Intercâmbio Nacional*. MIN é a abreviação do termo *Manual de Intercâmbio Nacional* utilizada pelas Unimeds.

Por força de entendimento legal:

2.2. Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

2.3. Atendimento de urgência/emergência

Emergência: implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: resulta de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

2.4. Acidente pessoal

Evento com data caracterizada, exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se abaixo alguns exemplos que se incluem nesse conceito:

1. o suicídio ou a sua tentativa, que serão equiparados, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
2. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou de influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
3. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
4. os acidentes decorrentes de sequestro e tentativas de sequestro;
5. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

2.5. Atenção domiciliar

Termo genérico que envolve tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados de forma integrada às redes de atenção à saúde.

2.6. Feriados nacionais

São considerados como feriados os estabelecidos na Lei nº 10.607, de 19/12/2002 (publicada no Diário Oficial da União - DOU em 20/12/2002), que revoga a

Lei nº 1.266 (que trata dos feriados nacionais) e dá nova redação ao art. 1º da Lei nº 662/49. Portanto, são considerados feriados nacionais: **1º de janeiro** – Confraternização Universal; **21 de abril** – Tiradentes; **1º de maio** – Dia Mundial do Trabalho; **7 de setembro** – Independência do Brasil; **2 de novembro** – Finados; **15 de novembro** – Proclamação da República; **25 de dezembro** – Natal. Para fins de intercâmbio nacional serão considerados também como feriados nacionais: terça-feira de Carnaval, Sexta-feira Santa, Dia de Corpus Christi e Dia de Nossa Senhora Aparecida (12 de outubro).

2.7. Junta médica

Junta médica ou odontológica: junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade:

- a. presencial, quando se fizer necessária a presença do beneficiário junto ao(s) profissional(ais) médico(s) ou cirurgião(ões) –dentista(s); ou
- b. à distância, na hipótese em que não for necessária a presença do beneficiário junto ao(s) profissional(ais) médico(s) ou cirurgião(ões) – dentista(s);

A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador.

O profissional assistente e o profissional da operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador.

2.8. Limite técnico

Estabelecido em contrato com beneficiário para determinados procedimentos quando se tratar de plano não regulamentado. Para planos regulamentados é estabelecido por meio de normas da ANS, observadas as Diretrizes de Utilização, as Diretrizes Clínicas e os Protocolos de Utilização estabelecidos por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

2.9. Material e medicamento de consumo, inclusive dietas

Produtos que podem ser classificados em: tecidos e vestuários, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, material médico-cirúrgico, instrumentais, produtos químicos e medicamentos não utilizados para tratamentos oncológicos (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, tratamentos adjuvantes/neoadjuvantes). Dietas são consideradas itens de consumo.

2.10. Mecanismos de regulação

Recursos previstos em contrato que possibilitam à Operadora controlar e gerenciar a demanda de utilização dos serviços prestados, por meio dos seguintes mecanismos: autorização prévia, coparticipação, franquia, junta médica, porta de entrada, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso. O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde por meio de ações de controle ou regulação, tanto no momento da demanda quanto no da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no Código de Ética Profissional e na Lei nº 9.656/98.

2.11. Perícia médica

Atribuição privativa do médico que visa a definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre: a doença ou lesão e a morte (definição da *causa mortis*); a doença ou sequela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental; o acidente e a lesão; a doença ou acidente e o exercício da atividade laboral; a doença ou acidente e a sequela temporária ou permanente; o desempenho de atividade e os riscos para si e para terceiros.

2.12. Procedimentos de alta complexidade

Procedimento com custo diferenciado e que se reflete em aspectos como acesso e necessidade de especialização na sua realização e que tem por usos, cobertura parcial temporária e prazos para atendimento.

Nota: O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revisada periodicamente.

2.13. Rede credenciada

Conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais, próprios ou contratados pela operadora do plano de saúde para atendimento aos beneficiários, em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Rede credenciada direta: é a rede de médicos cooperados e estabelecimentos de saúde credenciados pela Unimed para atendimento a seus beneficiários diretos. É gerenciada pela própria Unimed, dentro da sua área de ação, e deverá ser disponibilizada ao Intercâmbio Nacional, mediante divulgação no arquivo PTU A400/A450, de acordo com a *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed*.

Rede credenciada indireta: é composta pela rede prestadora direta disponibilizada por todas as Unimed por meio do arquivo PTU A400 ao Sistema Unimed para atendimento do beneficiário de Intercâmbio.

2.14. TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar)

Modelo instituído pela ANS que consiste no conjunto estruturado de códigos e descrições dos itens e eventos do ciclo de atenção à saúde na saúde suplementar.

2.15. Tratamento adjuvante

Tratamento sistêmico complementar aplicado após o tratamento primário, indicado normalmente após um tratamento cirúrgico com a finalidade de aumentar a sua eficácia em complemento a uma cirurgia para erradicação da doença residual.

2.16. Tratamento neoadjuvante

Tratamento sistêmico utilizado previamente ao tratamento loco regional que objetiva propiciar redução do volume de um tumor antes da cirurgia, tornando-o ressecável e possibilitando cirurgias mais preservativas e melhora do prognóstico do paciente.

2.17. TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar)

É um modelo instituído pela ANS que estabelece o padrão obrigatório para troca de informações na saúde suplementar – o padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano de saúde entre os agentes: operadora de plano de saúde e prestadores de serviços assistenciais; operadora e/ou prestadores e beneficiários; operadora e ANS.

Por processos do Sistema Unimed

2.18. AJIUS (Ajuste de Intercâmbio entre Unimed)

Software oficial de uso obrigatório para discussão das glosas/contestações com eventual intervenção de câmara técnica.

2.19. Benefícios agregados aos contratos

Quaisquer outros benefícios oferecidos aos contratantes/beneficiários de planos Unimed integrantes dos contratos, tais como Benefício Família, Seguro

de Vida em Grupo (VG), transporte aeromédico, Auxílio Funeral, entre outros. A Unimed Origem tem total responsabilidade pelos benefícios agregados aos contratos e deve arcar com seu custeio.

2.20. CADU (Cadastro Nacional das UnimedS)

Aplicativo gerenciado pela Unimed do Brasil para registrar e compartilhar de forma ágil e democrática, porém centralizada, dados das cooperativas e das sociedades auxiliares do Sistema Cooperativo Unimed. Nesse aplicativo constam os seguintes dados: endereços, telefones, áreas de ação, composição e mandatos dos membros das diretorias e dos conselhos; quantidade de beneficiários, colaboradores, cooperados e contatos das áreas internas das UnimedS. Esse aplicativo também está integrado à base de cooperados e de beneficiários, com acesso restrito, de acordo com a Governança estabelecida pela Confederação.

2.21. CADBENF (Cadastro Nacional de Beneficiários)

Software da Unimed do Brasil de uso obrigatório pelas UnimedS para informação cadastral dos beneficiários do sistema Unimed. Os dados devem ser atualizados mensalmente pelas UnimedS, por meio do arquivo PTU A1300, independentemente do seu grau (Confederação, Central Nacional Unimed, Federação, Singular ou Seccional).

2.22. Câmara Arbitral

Órgão instituído pelos componentes do sistema cooperativo para dirimir divergências entre os componentes do Sistema Cooperativo Unimed, conforme Norma Derivada nº 009/06, de 04/10/2006, que altera o Regulamento da Câmara Arbitral do Fórum Unimed.

2.23. Câmara de Mediação

A mediação constitui método não adversarial mediante a realização de reuniões coordenadas por 1 (um) mediador como facilitador do diálogo, com o objetivo de solucionar as controvérsias por meio da aplicação da equidade, de boas práticas e de negociação, sendo que a Câmara de Mediação Unimed é constituída como um dos órgãos para, facultativamente e sem custos, dirimir divergências entre os componentes do Sistema Cooperativo Unimed.

2.24. Câmara Técnica

Formada por profissionais administrativos, enfermeiros e médicos constituídos nas Federações, Intrafederativas e Confederação para arbitrar as contestações conflitantes com as diretrizes (administrativas e técnicas), além de apontar e orientar as possíveis soluções de melhoria para o processo das contestações trafegadas no AJIUS.

2.25. CATI (Comitê de Apoio Técnico à Tecnologia da Informação)

Composto por um núcleo central integrado por representantes técnicos, um titular e um assessor de cada Federação Estadual ou Regional do Sistema Cooperativo Unimed.

2.26. Central da Marca do Sistema Unimed

Espaço de relacionamento, disponível no Portal Unimed, que tem por objetivo orientar o uso correto da identidade visual e verbal da marca Unimed.

2.27. Central Nacional Cooperativa

Constituída por Federações e Singulares de trabalho médico Unimed e, excepcionalmente, por uma Central Cooperativa Odontológica, destina-se à operação de planos nacionais e à prestação de serviços às suas associadas.

2.28. CMB (Central de Movimentações Batch)

Software oficial de uso obrigatório para validação e envio de todos os arquivos PTU Batch (de faturamentos, movimentações e repasses, entre outros).

2.29. Chat de intercâmbio

Software oficial da Unimed do Brasil que permite o diálogo entre as Unimeds para agregar informações às transações, permitindo também o envio de anexos como laudos e imagens, entre outros.

2.30. CTNPM (Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos)

Comitê de negociação de produtos médicos com o objetivo de viabilizar, com os principais parceiros e fornecedores, condições comerciais justas e compatíveis com o potencial de negócio oferecido pelo Sistema Unimed, visando a alcançar as melhores condições nas aquisições, nas distribuições e nos atendimentos das necessidades do Sistema com relação a órteses, próteses e materiais especiais.

2.31. Exames especiais

Serão considerados “exames especiais” os procedimentos que não constam na Tabela de Baixo Risco para efeito de carência no intercâmbio nacional.

2.32. Federações

Destinadas à prestação de serviços às Singulares e à representação política institucional delas, com área de ação referida expressamente no estatuto, são reconhecidas como:

Intrafederativas: constituídas por Singulares da mesma Federação Regional ou Estadual, desde que do mesmo estado, com área de ação em todos os municípios integrantes das áreas de ação das Singulares que as constituem;

Regionais ou Estaduais: constituídas por Singulares e Federações Intrafederativas e, excepcionalmente, por médicos associados individuais, integrantes dos grupos seccionais, com área de ação em um ou mais estados brasileiros e, quando for o caso, no Distrito Federal.

Interfederativas: constituídas por Singulares e Federações Regionais ou Estaduais e Intrafederativas, com área de ação em um ou mais estados brasileiros e, quando for o caso, no Distrito Federal.

2.33. Contestação

Recurso administrativo utilizado, após o pagamento integral do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura), para impugnação de itens de cobrança de serviços relativos aos atendimentos prestados aos beneficiários de intercâmbio.

2.34. Glosa

Despesa não acatada. Tem por fato gerador cobrança indevida, por erro ou por omissão de alguma informação nos itens dos serviços relativos aos atendimentos prestados aos beneficiários de intercâmbio. Trata-se de recusa parcial de itens e implicará pagamento parcial do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) de intercâmbio.

2.35. Glosas/contestações seriadas

Glosas/contestações técnico-administrativas, de enfermagem e/ou médicas realizadas por motivos diferentes durante as negociações no AJIUS, em momentos distintos.

2.36. Intercâmbio eletrônico (IE)

Ferramentas eletrônicas instituídas pela Unimed do Brasil para operacionalizar os processos de intercâmbio, utilizando os softwares oficiais.

2.37. Intercâmbio eletrônico de liberações

Intercâmbio eletrônico aplicado ao processo de liberações de procedimentos.

2.38. Intercâmbio eletrônico de liberações direto (intercâmbio direto)

Intercâmbio eletrônico de liberações executado diretamente pelos softwares das Singulares que se comunicam utilizando a tecnologia Webservice.

2.39. Intercâmbio eletrônico de liberações indireto (intercâmbio indireto)

Intercâmbio eletrônico de liberações executado com a utilização da Interface Única de Liberações. Há dois inconvenientes em relação ao intercâmbio eletrônico de liberações indireto: não pode ser feito diretamente pelos prestadores e provoca retrabalho na Singular, que tem que digitar as informações da guia TISS duas vezes: no seu próprio software e na Interface Única de Liberações.

2.40. Intercâmbio habitual

Beneficiário com contrato regional que tem atendimento de rotina na Unimed que não é a sua contratante.

2.41. Intercâmbio eventual

Beneficiário que está em trânsito na área de ação de outra Unimed.

2.42. Intercâmbio residencial

Beneficiário com contrato regional ou nacional que mora na área de ação de uma Unimed que não é a sua contratante.

2.43. Interface única de autorizações de intercâmbio

Software padrão da Unimed do Brasil utilizado para situações de contingência.

2.44. Leitora biométrica datiloscópica

Equipamento para leitura da impressão digital utilizado pelos prestadores para elegibilidade do beneficiário.

2.45. Leitora de cartão magnético

Equipamento para leitura da tarja do cartão magnético utilizado pelos prestadores para elegibilidade do beneficiário.

2.46. Meios de captura

Conjunto de software e hardware que liga os prestadores à Unimed Executora. Nesses conjuntos são implementados os dados biométricos (impressão digital) e a leitura de cartões magnéticos, e operacionalizadas as transações previstas no TISS da ANS.

2.47. Ordem de serviço

Transação que parte da Unimed Origem do beneficiário para a Unimed Executora, permitindo que o beneficiário saia da sua Unimed com a autorização prévia para a execução de um procedimento.

Triangulação de ordem de serviços: É uma transação envolvendo três singulares: uma Intermediadora (de onde o beneficiário mora ou está de passagem) encaminha uma transação de comunicado à Unimed Executora para que esta realize uma solicitação de autorização para a Unimed Origem. Deve a Unimed Executora encaminhar a autorização final à Unimed intermediadora.

2.48. PTU (Protocolo de Transações Unimed)

Conjunto de regras formais para o intercâmbio eletrônico (Batch e on-line) de dados entre as Cooperativas e empresas do Sistema Unimed e as entidades externas. O PTU é construído e atualizado pela Comissão do PTU e aprovado no CATI (Comitê de Apoio Técnico à Tecnologia da Informação).

Nota: As entidades externas são definidas como qualquer instituição, pessoa física ou jurídica, que mantém um relacionamento com as empresas do Sistema Unimed, tais como cooperados, clínicas, laboratórios, hospitais e beneficiários.

Há informações detalhadas sobre os PTUs existentes nos manuais de PTU disponíveis no Portal Unimed. Acesse www.unimed.coop.br e clique em Áreas >Tecnologia > CATI. São eles:

- A100 – Movimentação Cadastral de Beneficiários – Intercâmbio
- A200 – Retorno de Movimentação Cadastral de Beneficiários
- A300 – Movimentação Cadastral de Beneficiários – Produtos
- A400 – Movimentação Cadastral de Prestadores
- A450 – Complemento de Dados – Guia Médico

A500 – Notas de Fatura em Intercâmbio
A510 – Baixa de Faturas de Intercâmbio no Sistema de Inadimplência
A515 – Retorno de Baixa de Faturas de Intercâmbio no Sistema de Inadimplência
A550 – Questionamentos da Câmara de Contestação
A560 – Carga para Nota de Débito
A580 – Fatura de Uso Geral
A600 – Documentos para Câmara de Compensação
A700 – Serviços Prestados em Pré-pagamento
A800 – Faturamento Intercâmbio de Pré-pagamento
A900 – Tabela Nacional de Materiais e Medicamentos
A950 – Tabela Rol de Procedimentos Unimed
A1100 – Lista de Transações Respondidas pelo WSD
A1200 – Pacotes de Tabelas Contratualizadas
A1300 – Cadastro Nacional de Beneficiários
A1350 – Atualização de Dados Pessoais do Beneficiário

2.49. Seguradora Unimed

Sociedade auxiliar do Sistema Unimed, que se destina à operação de seguros nos ramos saúde, vida, previdência e ramos elementares, além da operação de planos odontológicos, atuando nacionalmente e prestando serviços no que se relacione a estes objetivos. O termo *Seguros Unimed* é utilizado pelas Unimeds.

2.50. Singulares

Destinadas à prestação de serviços aos beneficiários, são constituídas exclusivamente por médicos cooperados e com área de ação em um ou mais municípios referidos expressamente no Estatuto.

2.51. Software autorizador

Software utilizado pela Unimed para gestão do processo de autorização dos pedidos de liberações locais e de intercâmbio.

2.52. Time-out

Ocorre quando é expirado o tempo máximo definido pelo PTU on-line para resposta das transações eletrônicas.

2.53. Transações em estudo

Pedidos de autorizações aos quais o sistema autorizador atribuiu status “em estudo” (não autorizado e não negado), para deliberação da auditoria médica, de enfermagem e de profissionais de saúde.

2.54. Unimed do Brasil Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

Constituída exclusivamente por Federações e uma Cooperativa Central Nacional, destina-se à prestação de serviços a elas e às Singulares, em todo o território nacional.

Confederações regionais: constituídas até 15 de dezembro de 2004, são compostas exclusivamente por Federações Estaduais ou Regionais e destinam-se à prestação de serviços às Federações e às suas Singulares e aos seus respectivos cooperados.

2.55. Unimeds

Termo de uso genérico para designar qualquer grau de Unimed Singular, Federação/Central e Confederação, individualmente ou no conjunto.

Unimed Origem – Termo que designa a Unimed detentora do contrato de plano de saúde do beneficiário.

Unimed Executora – Termo que designa a Unimed que executa o atendimento em sua área de ação ao beneficiário de outra Unimed.

Unimed Destino – Termo que designa a Unimed que está atendendo em sua área de ação beneficiário de outra Unimed pelo processo de repasse em pré-pagamento.

2.56. Unimed on-line no Intercâmbio Eletrônico

Nessa modalidade não há integração do prestador ao intercâmbio eletrônico. Os pedidos de autorização partem da Unimed Executora.

2.57. Prestador on-line no Intercâmbio Eletrônico

Nessa modalidade o prestador possui sistema de captura integrado ao intercâmbio eletrônico. Os pedidos de autorização partem diretamente do prestador, passando pela Unimed Executora para validações pertinentes e sendo registradas nos sistemas de gestão da Unimed Origem.

2.58. Unimed/Prestador em contingência

Nessa modalidade a Unimed/prestador não estão integrados ao intercâmbio eletrônico, seja por opção, seja por motivos alheios à sua vontade (ex. sinal de internet interrompido), mesmo que por breve espaço de tempo. A operação em contingência está descrita no capítulo 6 - Regras de Atendimento no Intercâmbio.

2.59. Web services

Tecnologia universalmente aceita para transporte de mensagens em XML via rede entre sistemas distintos.

2.60. Web Start - Componente da CMB (Central de Movimentação Batch)

Programa que é instalado remotamente nos computadores das Unimeds para validação e envio de arquivos PTU Batch (faturamentos, movimentações e repasses).

2.61. WSD-Intercâmbio

Software da Unimed do Brasil que faz o roteamento das transações de Intercâmbio Eletrônico de Liberações Direto.

Tipos de Planos

2.62. Plano regulamentado

Contrato regulamentado que passou a ser comercializado a partir de 1º de janeiro de 1999, abrangendo as segmentações ambulatorial e hospitalar, com e sem obstetrícia e odontologia.

2.63. Plano adaptado

Contrato firmado antes de 1º de janeiro de 1999 e, posteriormente, adaptado às regras da Lei nº 9.656/98, que passou a garantir ao consumidor os planos regrados pela ANS, além das coberturas do contrato antecedente.

2.64. Plano não regulamentado (para fins de intercâmbio)

Plano anterior à Lei nº 9.656/98 com cobertura padrão definida como plano tradicional empresarial no ANEXO 1, sendo diferenciado unicamente quanto à acomodação, que pode ser coletiva (Plano A - Básico) ou individual (Plano B - Especial). A abrangência do atendimento é a área de ação da respectiva Unimed, conforme definido em Estatuto Social.

2.65. Uniplan

Plano não regulamentado que possui característica diferenciada por ter atendimento eletivo em qualquer região do território nacional. É composto por: Módulo Básico; Módulo 1 – Acomodação Diferenciada (individual ou quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante); Módulo 2 – Exames Especiais; e o Módulo 3 – Cirurgias Cardíacas, Exames de Alta Complexidade e Litotripsia.

2.66. Novo Uniplan

Plano não regulamentado que possui característica diferenciada por ter atendimento eletivo em qualquer região do território nacional. Ele é mais abrangente no que diz respeito aos exames especiais; alguns estão contemplados no Módulo Básico com limitador. Composto por: Módulo Básico; Módulo 1 – Acomodação Diferenciada (individual ou quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante); Módulo 2 – Exames Especiais, incluindo Videolaparoscopia Cirúrgica e Diagnóstica; Módulo 3 – Cirurgias Cardíacas e Exames de Alta Complexidade; e Módulo 4 – Hospitais de Categoria Diferenciada.

2.67. Plano referência

Instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano referência engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria (coletiva). Sua cobertura mínima também foi estabelecida pela lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após 24 horas da sua contratação.

Nota: Compreendem-se como assistência hospitalar partos e tratamentos realizados, exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria (coletiva), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessários para tratar doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Tipos de contratos

2.68. Contrato individual/familiar

Aquele contratado diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

2.69. Contratos coletivos

Aqueles que se dividem em **empresariais** e **coletivos por adesão**.

Os **empresariais** são contratados em decorrência de vínculo empregatício dos funcionários por uma empresa.

Os **coletivos por adesão** são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação desses planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

2.70. Contratos de pré-pagamento/Preestabelecidos

Têm o valor da contraprestação pecuniária calculado antes da utilização das coberturas contratadas. São contratos nos quais se cobra mensalidade por beneficiário com precificação fixa ou de acordo com a faixa etária, independentemente da utilização. Também podem ser chamados de Contratos por Quantidade de Beneficiário (QB) ou Contratos por Valor Determinado (VD).

2.71. Contratos de pós-pagamento/Custo operacional

Têm o valor da contraprestação pecuniária calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico-hospitalar. O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

I. Rateio: quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

II. Custo operacional: quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

São contratos coletivos pelos quais se cobram os serviços prestados à pessoa jurídica contratante acrescidos de taxa de Administração e/ou taxa de Manutenção/RDM (Remuneração pela Disponibilidade Médica). Também podem ser chamados de Contratos de Custo Operacional.

2.72. Tipos de acomodação contratual, vinculados à normativa ANS

Individual – em apartamento.

Coletiva – em enfermaria.



3. Diretrizes Gerais

Este capítulo destina-se a estabelecer **diretrizes gerais de cumprimento obrigatório no Intercâmbio Nacional** pelas lideranças e por colaboradores.

As regras específicas dos processos operacionais para rede credenciada, repasse em pré-pagamento, atendimento, pacotes, documentos fiscais (critérios/prazos), cobrança, contestação/glosas, jurídico, reembolso, câmara de compensação liquidação nacional, financeiro e ranking das Unimed's no intercâmbio estão dispostas nos capítulos seguintes e têm como propósito, além de qualificar os respectivos processos, aprimorar as informações operacionais para aplicação dos colaboradores no dia a dia das singulares com entendimento, apropriação e aderência ao sistema de gestão das Unimed's.

É premissa vincular as regras do *Manual de Intercâmbio Nacional* às das equipes multidisciplinares, identificadas no capítulo 1, para integrar e atuar de forma complementar, preventiva e/ou corretiva, evitando divergências de interpretações e até mesmo a utilização de regras desatualizadas, e, portanto, não vigentes, para o atendimento do beneficiário Unimed.

Os manuais nacionais de Consultas das Normas de Auditoria Médica e Enfermagem, de Saúde Ocupacional e da Câmara Técnica de Intercâmbio são segmentos especializados deste manual. As deliberações do Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed deverão ser acatadas.

Por ser dinâmico, o *Manual de Intercâmbio Nacional* estará em constante construção, atualização e as propostas de ajustes de entendimentos de regras, adequações, melhorias e revisões deverão ser enviadas para avaliação do Comitê Nacional de Intercâmbio. Caberá às lideranças e aos colaboradores do Sistema Unimed mantê-lo atualizado de acordo com os capítulos revisados e os boletins divulgados pela Unimed do Brasil.

3.1. Regras Gerais

Estão obrigadas a cumprir as regras definidas neste manual as Unimeds associadas direta ou indiretamente à Unimed do Brasil ou à Central Nacional Unimed e a Seguradora do Sistema Unimed.

São **regras gerais** para o Intercâmbio Nacional:

3.1.1. Os contratos e/ou as regras locais não se sobrepõem às normas do *Manual de Intercâmbio Nacional*, conforme definido no art. 8 da Norma Derivada nº 6/2014 da Unimed do Brasil.

3.1.2. São proibidos no Intercâmbio Nacional o repasse e o atendimento de beneficiários de operadoras concorrentes, sob pena de perda do direito de uso da Marca, após a devida averiguação e constatação do fato pela Unimed do Brasil.

3.1.3. É proibida a venda ou a comercialização de planos coletivos empresariais por adesão e individual/familiar na área de ação de outra Unimed sem o seu consentimento prévio, devendo-se respeitar os tipos de contratos e a abrangência.

3.1.3.1. Todas as regras de comercialização do Sistema Unimed referentes aos contratos devem ser observadas a partir da Norma Derivada nº 13, que tem como objetivo definir as diretrizes de comercialização dos produtos do Sistema Unimed, ou de outra que venha a substituí-la. O não cumprimento das diretrizes definidas na respectiva norma, mediante comprovação, está sujeito a penalidades definidas pela Norma Derivada nº10.

3.1.4. É proibido o credenciamento/a cooperativização de médicos e de recursos na área de ação de outra Unimed sem o seu consentimento prévio e sem comunicar a(s) respectiva(s) Federação(es) e a Unimed do

Brasil. Nas situações em que não houver acordo entre as partes, o assunto deve ser encaminhado para análise da Unimed do Brasil.

3.1.5. A Unimed Executora é responsável por qualquer demanda (Judicial/ANS) se informar na solicitação de autorização dados divergentes do que consta na Rede Nacional encaminhada por meio de arquivo PTU A400.

3.2. Regras Gerais de Atendimento

São regras gerais de **atendimento** do beneficiário no intercâmbio:

3.2.1. É terminantemente proibida qualquer discriminação de atendimento dos beneficiários em Intercâmbio pela rede prestadora credenciada das Unimed¹.

3.2.2. O atendimento de urgência/emergência é assegurado em todo o território nacional, independentemente da abrangência geográfica contratual do beneficiário, desde que o seu cartão de identificação esteja dentro da validade.

3.2.3. O cartão de identificação do beneficiário no padrão definido pela Unimed do Brasil é premissa para o atendimento de uma das cooperativas integrantes do Sistema Cooperativo Unimed.

3.2.3.1. É de responsabilidade da Unimed Origem o recolhimento do cartão magnético de identificação do beneficiário, quando excluído da base cadastral, bem como o pagamento das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência/emergência e dos atendimentos eletivos relativos aos procedimentos constantes na Tabela de Baixo Risco caso haja utilização indevida dentro da validade do cartão magnético.

3.2.3.2. São de inteira responsabilidade da Unimed Executora as eventuais despesas decorrentes de atendimento com cartão magnético vencido, desde que o beneficiário não possua autorização válida.

3.2.4. Para contratos individuais/familiares (pessoa física), devem-se observar as regras a seguir:

3.2.4.1. É proibido solicitar ou vincular ao atendimento a apresentação do comprovante de pagamento do beneficiário, independentemente de mensagens constantes no cartão de identificação.

1 Deliberação do Fórum "Transformar para Avançar"/2016, com adaptações para fazer conexão com o texto.

3.2.4.2. O controle financeiro é de responsabilidade da Unimed Origem.

3.2.4.3. A Unimed Origem não poderá efetuar glosas alegando inadimplência, mesmo havendo mensagem contrária no cartão de identificação.

3.2.5. É assegurado por força de norma derivada do Sistema Unimed o atendimento aos beneficiários de empresas de “autogestão” portadores do cartão de identificação Unimed, desde que não comercializem plano de saúde.

3.3. Regras Gerais de Cobrança

São regras gerais de **cobrança** entre as Unimeds:

3.3.1. É terminantemente proibido no Intercâmbio Nacional faturar valores de taxas, materiais, medicamentos e diárias superiores aos efetivamente pagos ao prestador de serviço.

3.3.2. É terminantemente proibido no Intercâmbio Nacional faturar valores superiores aos praticados para os beneficiários locais relativos a taxas, materiais, medicamentos e diárias, entre outros, para beneficiários do intercâmbio.

3.3.3. Nos casos em que for comprovada a prática acima em qualquer um dos itens cobrados, a Unimed Executora fica obrigada a ressarcir os valores cobrados à Unimed Origem.

3.3.4. No processo de cobrança são passíveis de análise técnica ou administrativa pela Unimed Origem os procedimentos liberados nos quais porventura seja comprovada algum tipo irregularidade na solicitação ou cobrança. Nesse caso, a Unimed Origem poderá efetuar a glosa/contestação, desde que possua fundamentação que comprove tal fato.

3.3.5. As Unimeds que se sentirem prejudicadas ou não concordarem com o parecer das Câmaras Técnicas Estaduais ou Regionais poderão recorrer à Câmara Técnica Nacional por meio do envio de formulário padrão disponível no Portal Unimed e de documentos que subsidiem a análise da Câmara, que emitirá parecer final no prazo de até 60 dias úteis. A Câmara Técnica Nacional não emitirá parecer sobre regras estaduais ou regionais, desde que essas regras estejam devidamente documentadas entre as partes.

3.4. Regras Gerais de Auditoria Técnica

São regras gerais de **Auditoria técnica (médica e de enfermagem)** no intercâmbio:

3.4.1. A auditoria no intercâmbio compreende os processos analíticos de forma prospectiva, concorrente e de contas médicas realizados obrigatoriamente por médicos auditores das Unimed Singulars, auxiliados pela auditoria de enfermagem e farmacêutica, quando a singular assim operar, com a finalidade de atendimento eficaz aos beneficiários do Sistema Nacional Unimed.

3.4.2. A Unimed Executora é obrigada a auditar previamente, antes de encaminhar a solicitação de autorização à Unimed Origem: todas as internações; os procedimentos de hemodinâmica; a radiologia intervencionista; a radioterapia; a terapia renal substitutiva; os medicamentos para tratamentos oncológicos, quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, tratamento adjuvantes e neoadjuvantes.

3.4.3. A Auditoria Médica da Unimed Executora deverá obedecer aos critérios preconizados pelo Rol de Cobertura de Procedimentos editado pela ANS, com suas diretrizes pertinentes, Câmaras Técnicas Nacionais de Medicina Baseada em Evidência (CTNMBE) e de Oncologia (CTNO) e resoluções do Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed, além de levar em consideração no ato da análise as mesmas condições que oferece aos seus beneficiários.

3.4.4. Nos casos de divergências, a Unimed Executora deverá informar os fatos por meio do Chat de Intercâmbio, encaminhando o parecer do auditor local com sua devida identificação. A Unimed Origem, por sua vez, é responsável pela liberação ou não do procedimento, de acordo com as informações recebidas da Unimed Executora.

3.4.5. A solicitação autorizada por “decorso de prazo” deverá ser previamente auditada pela Unimed Executora, observando as regras citadas acima.

3.5. Regras Gerais de Transparência¹

3.5.1. A Unimed do Brasil formará equipes multidisciplinares para realizar auditorias nos processos das Unimeds sempre que julgar necessário.

3.5.2. As Unimeds devem realizar comunicação formal à Diretoria de Intercâmbio da Unimed do Brasil com dados, fatos e fundamentos que divirjam das regras/normas estabelecidas neste manual.

3.5.3. A equipe multidisciplinar atuará nos casos citados no item anterior, que serão regidos pelo regulamento adequado ao processo de Transparência no Intercâmbio.

3.5.4. Infrações comprovadas pela comissão multidisciplinar, sob validação da Diretoria Executiva da Unimed do Brasil, poderão ensejar aplicação de multa, conforme deliberação do Conselho Confederativo/Fórum Unimed.

3.5.5. O valor arrecadado pela Unimed do Brasil proveniente das sanções será destinado ao Fundo Administrativo Institucional do Intercâmbio (FAII).

3.5.6. O não cumprimento das diretrizes, regras e normas contidas no *Manual de Intercâmbio Nacional* está sujeito às penalidades definidas pela Norma Derivada nº 10.

3.6. Disposições Gerais

3.6.1. Situações não regradas por este manual poderão ser objeto de acordo entre as Unimeds envolvidas, o qual deverá ser respeitado na íntegra.

3.6.2. As exceções e os casos omissos serão motivo de proposta para análise do Comitê Nacional de Intercâmbio Unimed.

1. O estudo do projeto “Transparência no Intercâmbio” está em andamento com equipes da Unimed do Brasil e a Comissão “Olho Vivo”. Assim que possível será incorporado como novo capítulo no MIN para atender ao Fórum “Transformar para Avançar”/2016.



Cadastrar **Divulgar** Cooperar
 A400 **QUALIFICAR** Gerenciar
 Suficiência Cuidar Prover
 Relacionar Especial Básica
Credenciar Master
CLASSIFICAR Intercâmbio

4. Rede Própria e Credenciada do Sistema Unimed

Este capítulo é destinado ao entendimento sobre Rede Própria e Credenciada do Sistema Unimed.

A Classificação de Rede disposta nesse capítulo é um trabalho conjunto com o Grupo Técnico de Rede, que pretende contribuir com as boas práticas e comportar os objetivos estratégicos da Unimed do Brasil no que tange a:

- a) *Otimizar a gestão do intercâmbio e ter uma rede assistencial adequada e efetiva.*
- b) *Aprimorar o intercâmbio nacional e estruturar uma rede qualificada e suficiente.*

É obrigação da **Rede Própria e Credenciada do Sistema Unimed** atender os beneficiários das sociedades integrantes do SISTEMA COOPERATIVO UNIMED, sem qualquer discriminação, segundo as normas da Constituição Unimed, do Manual de Intercâmbio Nacional e/ou deliberação específica do Conselho Confederativo.

4.1. Rede Própria e Credenciada do Sistema Unimed – DIRETA E INDIRETA

A rede própria e credenciada do Sistema Unimed – Direta e Indireta: é o conjunto de *profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros*, próprios ou contratados pela operadora do plano de saúde, para atendimento aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

4.1.1. **Rede direta:** é a rede de *médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros*, próprios ou contratualizados por meio de instrumento jurídico assinado entre a Unimed e o prestador de saúde, para atendimento de seus beneficiários diretos. É gerenciada pela própria Unimed, dentro da sua área de ação e deverá ser disponibilizada ao Intercâmbio Nacional, mediante divulgação no arquivo PTU A400, de acordo com a Constituição do Sistema Cooperativo Unimed.

É responsabilidade de cada Singular administrar sua rede direta com a obrigatoriedade de manter permanentemente atualizado no arquivo PTU A400 e junto à ANS todos os prestadores para atendimento aos beneficiários de Intercâmbio Nacional, em consonância com as resoluções normativas vigente¹².

Nota 1: Por definição do órgão regulador de saúde complementar, e para efeito de área geográfica de cobertura dos produtos, adotou-se no mercado a divisão *municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional*. Assim compete à cada Unimed a manutenção e atualização periódica de dados das respectivas redes em sua área de ação. As cooperativas de segundo grau devem zelar pela manutenção e atualização periódica de dados das redes de suas Singulares associadas, dentro dos limites das respectivas unidades estaduais de atuação.

Nota 2: Quando houver relação com médicos contratados pela Unimed para atendimento a seus beneficiários, esses profissionais deverão ser disponibilizados ao Intercâmbio Nacional, mediante divulgação no arquivo PTU A400, de acordo com a Constituição do Sistema Cooperativo Unimed.

-
1. ANS Resolução Normativa 285/2011 e 405/2016, ANVISA RDC 302 ou outra que vier a substituí-las
 2. ANS Resolução Normativa 396/2016, ou outra que vier a substituí-la, a qual dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à Legislação dos planos privados de assistência à saúde

4.1.2. **Rede indireta:** é composta pela rede prestadora direta das Unimeds Executoras, entendida como a rede de *médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros*, disponibilizados por meio do PTU A400 ao Sistema Unimed.

Nota: Para a Unimed Origem a rede indireta é entendida como aquela composta pelas redes prestadoras diretas, próprias e credenciadas das Unimeds, na condição de Executoras, no atendimento de intercâmbio em regime habitual e eventual dos seus beneficiários atendidos fora da área de sua abrangência geográfica.

4.1.2.1. É responsabilidade da Unimed do Brasil, ou da Unimed designada para cumprir tal tarefa, a administração do banco de dados contendo o cadastro da rede nacional de prestadores e a verificação da legalidade das inclusões, alterações, substituições e exclusões encaminhadas pelas Unimeds e informadas à ANS.

4.1.2.2. Toda e qualquer irregularidade documental dos processos acima citados deverão ser comunicadas por correspondência à Unimed do Brasil e esta será responsável por administrar e comunicar ao Sistema Unimed as alterações necessárias a fim de manter a estabilidade e qualidade das informações e respectivas publicações. Esta tarefa pode ser delegada quando necessário, a outra Unimed designada pela Unimed do Brasil.

4.1.2.3. Não é permitido a uma operadora do Sistema Unimed o credenciamento de recursos (próprios ou de terceiros) na área de ação de outra Unimed, sem o consentimento prévio da singular e/ou respectiva(s) Federação(es).

Nota: Comprovada a irregularidade a Unimed do Brasil, mediante anuência prévia do Conselho Confederativo, poderá estabelecer e aplicar tipificação de penalidades visando coibir as possíveis condutas infrativas que coloquem em risco os atendimentos assistenciais dentro da normalidade.

4.1.2.4. Em situações excepcionais de falta de prestador(es) credenciado(s)/cooperado(s) na região ou outras situações que coloquem em risco os atendimentos assistenciais dos beneficiários Unimed, caberá à Unimed do Brasil definir e conduzir as possíveis soluções comunicando previamente a Unimed detentora da área de ação.

4.2. Nos casos em que a Unimed detentora do contrato com o prestador informar indevidamente o cadastro/alteração e ou exclusão de um determinado prestador junto à ANS (via RPSWEB) e à Unimed do Brasil por meio do PTU A400 - Cadastro de Prestadores e/ou na ferramenta Gestão de Rede, deverá pagar as taxas e penalidades aplicadas pela ANS a todas as Unimeds que, por ventura, tenham tais prestadores como integrantes da Rede Assistencial do Produto.

4.3. É permitida a “cooperativação” concomitante de médicos em mais de uma singular, desde que os atendimentos sejam cobrados dentro da área de ação da Unimed em que a assistência médica foi prestada.

4.4. Regras gerais

4.4.1. É terminantemente proibida a discriminação do beneficiário Unimed (entendido como próprio e do Intercâmbio) em qualquer tipo de rede, própria ou credenciada, do Sistema Unimed, devendo ser observada a cobertura contratual do produto e as regras do Sistema Unimed, para que obtenha acesso à rede adequada.

4.4.1.1. Ao solicitar autorização a Unimed Executora está obrigada a informar a Unimed Origem quando não houver honorários médicos contratados com os hospitais, em conformidade com a metodologia de classificação de rede.

4.4.2. Independentemente do tipo da rede em que o hospital estiver cadastrado, devem ser observados os aspectos técnicos e a boa prática médica.

4.4.3. Os hospitais não adequados às definições de custos, complexidade e qualificação descritas no Manual Software de Gestão de Redes, serão disponibilizados como **Rede Básica**, assegurando a acessibilidade e suficiência de rede para o Intercâmbio Nacional.

4.4.4. É facultado às Unimeds postar no software Gestão de Rede da Unimed do Brasil, sob sua responsabilidade, as tabelas de preços (diárias, taxas, material e medicamentos) e as cópias dos contratos firmados com cada prestador hospitalar (próprios ou contratualizados) de sua área de ação que atenda à rede do Intercâmbio Nacional.

Nota: Caso não sejam comprovadas as negociações por meio de documentação contratual, o prestador hospitalar será automaticamente classificado como **Rede Básica**.

4.4.5. Dentro de sua área de atuação as Unimeds podem constituir rede própria e/ou credenciada de prestadores, específica para os beneficiários inscritos em *Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO*, e/ou *Programas de Atenção Domiciliar*, e fora dessa, mediante anuência formal da Unimed detentora da área de ação.

4.4.6. É responsabilidade de cada Unimed manter a rede nacional de prestadores direta permanentemente atualizada perante a Unimed do Brasil e no *RPS - Registro de Plano de Saúde* da ANS, para evitar sanções vigentes² estabelecidas pelo órgão regulador.

4.5. Tipos de rede

4.5.1. Conceitos e metodologia técnica de classificação da rede hospitalar

Todos os hospitais classificados nos critérios da Unimed do Brasil poderão disponibilizar acomodação coletiva e individual para atender beneficiários do Sistema Unimed (intercâmbio ou próprios).

O processo para Classificação da Rede Hospitalar do Sistema Unimed baseia-se em *custo, complexidade e qualificação* e seus critérios técnicos (*estrutura, serviços e econômicos*) estão descritos no *Manual Software de Gestão de Redes*. A **Rede Básica** comporta as regras editadas pela Unimed do Brasil (regras técnicas do Colégio Nacional de Auditores, precificação das tabelas TNUMM, CTNPM e Rol de procedimentos médicos Unimed).

2. ANS Resolução Normativa 396/2016, ou outra que vier a substituí-la, a qual dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à Legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Rede Unimed	Diferenciação Técnica	Critérios Econômicos Estrutura/ Serviços		Classificação Hospitalar
Rede Básica	Preferencial	Preço Bom	Estrutura/ Serviço amplo	IIIA
			Estrutura/ Serviço médio	IIIB
			Estrutura/ Serviço reduzido	IIIC
	Diferenciada	Preço Variável	Estrutura/ Serviço amplo	IA IIA IIIA
			Estrutura/ Serviço médio	IB IIB IIIB
			Estrutura/ Serviço reduzido	IC IIC IIIC
Rede Especial		Preço Médio	Estrutura/ Serviço amplo	IIA
			Estrutura/ Serviço médio	IIB
			Estrutura/ Serviço reduzido	IIC
Rede Master		Preço Alto	Estrutura/ Serviço amplo	IA
			Estrutura/ Serviço médio	IB
			Estrutura/ Serviço reduzido	IC

Notas Técnicas da Classificação Hospitalar

PONTUAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO			
NÍVEL ECONÔMICO	NÍVEL DE SERVIÇO	CONCEITO	CONCEITO EM RELAÇÃO AO PREÇO
III	A, B ou C	Básica preferencial	Baixo
I, II E III	A, B ou C	Básica diferenciada	Compõe a Rede Básica, e deverá ser submetido a deliberação do Conselho Confederativo
II	A, B ou C	Especial	Médio
I	A, B ou C	Master	Alto

LEGENDA DA PONTUAÇÃO:

IA. Alto custo com alto nível de serviço, estrutura e complexidade.

IB. Alto custo com médio nível de serviço, estrutura e complexidade.

IC. Alto custo com baixo nível de serviço, estrutura e complexidade.

IIA. Preço médio com alto nível de serviço, estrutura e complexidade.

IIB. Preço médio com médio nível de serviço, estrutura e complexidade.

IIC. Preço médio com baixo nível de serviço, estrutura e complexidade.

IIIA. Preço regrado pelo sistema Unimed com alto nível de serviço, estrutura e complexidade.

IIIB. Preço regrado pelo sistema Unimed com médio nível de serviço, estrutura e complexidade.

IIIC. Preço regrado pelo sistema Unimed com baixo nível de serviço, estrutura e complexidade.

4.5.2. **Rede Básica Preferencial:** composta por hospitais ou serviços próprios e contratados pelas cooperativas Unimed e classificados tecnicamente pela metodologia da Unimed do Brasil, para atendimento de beneficiários de intercâmbio a todos os produtos Unimed. Tais hospitais deverão, necessariamente, acatar todas as regras de precificação, auditorias e rol. (CNA, TNUMM, *Rol de Procedimentos Unimed e outras deliberadas pelo Conselho Confederativo, vigentes na data do atendimento*).

Nota: Em conformidade com a determinação do Conselho Confederativo da Unimed do Brasil os hospitais ou serviços próprios Unimed estão classificados e inseridos exclusivamente nessa tipificação de rede.

4.5.2.1. **Rede Básica Diferenciada:** composta por hospitais credenciados que, apesar de não cumprirem os requisitos de classificação previstos para Rede Básica Preferencial, após avaliação foram classificados tecnicamente pela metodologia da Unimed do Brasil. De caráter complementar, a Rede Básica Diferenciada direciona-se ao atendimento de beneficiários de Intercâmbio como forma de suprir possíveis insuficiências de rede ou outras especificidades relacionadas à disponibilidade da assistência à saúde dos beneficiários Unimed na região em que o hospital estiver inserido.

Nota: A classificação dos hospitais nesse conceito, está condicionada à deliberação do Conselho Confederativo da Unimed do Brasil, órgão competente para estabelecer tal condição¹.

4.5.3. **Rede Especial:** composta por hospitais credenciados que, após avaliação técnica foram classificados pela metodologia da Unimed do Brasil, pois prestam atendimento exclusivo dos produtos com condições comerciais específicas. Tais hospitais possuem tabela de preços de honorários médicos e/ou SADT e/ou materiais e medicamentos acima dos valores praticados pela **Rede Básica**, e não acatam o percentual máximo da *taxa de serviço de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição* de OPME adotados pela Unimed do Brasil.

Nota 1: Os hospitais classificados nesse conceito cumprem as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed, mas não comportam as regras de “diária compacta”³.

-
1. ANS Resolução Normativa 285/2011 e 405/2016, ANVISA RDC 302 ou outra que vier a substituí-las.
 3. <http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria>.

Nota 2: Cabe ressaltar que os hospitais cadastrados junto à Unimed do Brasil como **Rede Especial** não podem ser referenciados aos beneficiários que possuem contratado a rede *Básica (preferencial e diferenciada)*.

A liberação do atendimento dos beneficiários nesses hospitais está condicionada, exclusivamente ao contrato de plano de saúde firmado entre a Unimed Origem e o próprio beneficiário. Para beneficiários que não possuem esta rede contratualizada, o atendimento está condicionado às autorizações emitidas pela Unimed de Origem, mesmo nos casos de urgência/emergência.

4.5.4. **Rede Master:** composta por hospitais classificados pela metodologia da Unimed do Brasil, como de *Alto Custo*, para atendimento exclusivo dos produtos com condições comerciais específicas.

Nota 1: Os hospitais classificados pela Unimed do Brasil exclusivamente nessa tipificação de rede:

- a. obrigatoriamente devem possuir certificado de acreditação hospitalar de entidade reconhecida para esse fim, conforme a **Tabela U – Códigos das Instituições Acreditadas** do Protocolo de Transações Unimed;
- b. possuem tabelas próprias de preços para (diárias, taxas, honorários médicos, SADT, OPME, materiais, medicamentos e gasoterapia);
- c. não atendem às regras comerciais e de negócio estabelecidas pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed nem pelo Intercâmbio Nacional.

Nota 2: Cabe ressaltar que os hospitais cadastrados junto à Unimed do Brasil como **Rede Master (Alto Custo)** não podem ser referenciados aos beneficiários que possuem contratado as redes *Básica e/ou Especial*.

A liberação do atendimento dos beneficiários nesses hospitais está condicionada, exclusivamente ao contrato de plano de saúde firmado entre a Unimed Origem e o próprio beneficiário. Para beneficiários que não possuem esta rede contratualizada, o atendimento está condicionado às autorizações emitidas pela Unimed de Origem, mesmo nos casos de urgência/emergência.

4.6. Movimentação cadastral PTU A400 e A450

Todas as informações vinculadas à movimentação cadastral (*manutenção, substituição ou redimensionamento por redução*) de prestador no Intercâmbio Nacional, **via PTU A400, A410 e A450**, implicam na composição e atualização permanente do **Guia Médico** disponibilizado no **Portal Unimed**.

Nota: Entende-se por prestadores: conjunto de *profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros*, próprios ou contratados pela operadora do plano de saúde, e, quando houver relação com médicos contratados pela Unimed para atendimento a seus beneficiários diretos, esses profissionais deverão ser disponibilizados ao Intercâmbio Nacional.

4.6.1. As Unimeds são obrigadas a enviar mensalmente o arquivo **PTU A400 e A410**, com a massa de prestadores ativos, acrescida dos médicos cooperados inativos e os prestadores excluídos nos últimos 180 (cento e oitenta) dias, conforme estabelecido no Manual do PTU, independentemente se houve ou não alteração de rede.

4.6.2. As Unimeds são obrigadas a enviar mensalmente o arquivo **PTU A450**, com todos os *produtos registrados/cadastrados junto à ANS* que estão “ativos” e “ativos com comercialização suspensa”.

Nota: O não envio mensal dos arquivos PTU A400, A410 e A450 implicará em redução da nota de classificação no Ranking das Unimeds, e na *taxa administrativa de intercâmbio*, constituindo descumprimento ao estabelecido no *capítulo 15 – Ranking das Unimeds*.

Esta tarefa pode ser delegada quando necessário, a outra Unimed designada pela Unimed do Brasil.

4.6.3. É de responsabilidade exclusiva da Unimed do Brasil a divulgação oficial ao Sistema Unimed quando da *substituição e/ou redimensionamento por redução*, desde que haja notificação e comprovação que a Unimed contratante do prestador tenha sido autorizada pela ANS. Esta tarefa pode ser delegada quando necessário, a outra Unimed designada pela Unimed do Brasil.

4.6.4. É responsabilidade exclusiva da Unimed que detém a contratualização direta com a rede prestadora qualquer informação publicada sobre a rede própria e/ou credenciada nacional do Sistema Unimed que difere da registrada nos órgãos competentes.

4.6.5. Para a **manutenção** da rede própria e/ou credenciada, todas as Unimeds são obrigadas a observar ao disposto na legislação vigente, bem como as normas específicas sobre o tema editadas pela ANS e pela Unimed do Brasil.

4.6.6. Quando houver alteração do CNPJ e/ou razão social concomitante com o CNES, a Operadora Unimed deve comunicar o fato à ANS, por meio de correspondência ou da ferramenta vigente. Nesses casos, cópia da carta (caso esta tenha sido a opção adotada) e print da tela do RPS Web comprovando a alteração devem ser enviados à Unimed do Brasil e/ou à Unimed designada pela Unimed do Brasil a realizar esta tarefa.

4.6.7. Nos casos de **substituição** (troca de uma unidade hospitalar por outra que não se encontra originalmente na rede da operadora), a Unimed, *responsável pela relação contratual com o hospital*, deverá enviar à Unimed do Brasil e à Unimed por ela designada, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias corridos da data pretendida para a efetiva substituição, evidência da solicitação de substituição do prestador na ANS, bem como a comprovação da exclusão após autorização da ANS, além de comunicar por escrito a todos seus beneficiários sobre a substituição a ser realizada. Ressalvadas as situações em que o prestador encerrou as atividades por decisão judicial, ou sanitária, e que a Unimed não teve tempo hábil para cumprir o prazo estabelecido anteriormente.

4.6.8. Nos casos de **redimensionamento por redução** (*supressão de uma unidade hospitalar da rede, cabendo às restantes a absorção do atendimento* além das informações previstas no item 4.6.9 *Substituição*, motivadas por: interesse do prestador, interesse da operadora ou encerramento da atividade e pela mudança de atendimento para exclusivo ao Sistema Único de Saúde – SUS) deve ser enviada à Unimed do Brasil, uma cópia do ofício expedido pela ANS autorizando a exclusão do estabelecimento hospitalar.

4.6.8.1. Nos casos de redimensionamento por redução, cabendo às unidades hospitalares restantes a absorção do atendimento, motivadas por **interesse da Operadora**, deve ser enviada à Unimed do Brasil e/ou à Unimed por ela designada, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) da data pretendida para a efetiva exclusão do prestador, evidência da solicitação de substituição e prova do deferimento dado pela ANS.

4.6.8.2. Nos casos de redimensionamento por redução motivado por encerramento de atividades ou interesse do prestador, as cópias das documentações comprobatórias da motivação e as informações prestadas à ANS, com o respectivo deferimento dado pela agência devem ser enviadas à Unimed do Brasil e/ou à Unimed por ela designada, imediatamente após finalizar o processo.

4.6.8.3. Nos casos de suspensão de atendimento, motivada por decisão judicial, ou sanitária, ou por reforma, não é necessário realizar o redimensionamento junto à ANS. A Unimed contratante deve comunicar seus beneficiários conforme rege a normativa vigente, com cópia do comunicado enviada à Unimed do Brasil e/ou à Unimed por ela designada.

4.7. Guia Médico

O **Guia Médico** disponibilizado no **Portal Unimed** contém os dados cadastrais da rede prestadora do Sistema Unimed encaminhados no PTU A400 e A450, sendo a Unimed que prestou a informação a única responsável.

O Guia Médico físico, quando impresso pela Unimed, deverá estar obrigatoriamente em conformidade com o padrão estabelecido pela Central da Marca da Unimed do Brasil, bem como da legislação vigente.

4.7.1. Quando solicitado pelo beneficiário a Unimed Executora/Destino deve entregar o Guia Médico gratuitamente, preferencialmente por meio eletrônico ou o exemplar impresso, se necessário, quando houver *compartilhamento da gestão de risco, em atendimento habitual, disposto no Capítulo 5*, ou que estejam obtendo *atendimento em intercâmbio eventual* em sua área de ação. A operação da disponibilização do Guia Médico deve ser negociada entre as partes.

4.7.2. Quando solicitado pela Unimed Origem, a Unimed Executora/Destino deve enviar o *Guia Médico em meio eletrônico*, preservando as informações recebidas (mudanças devem ser autorizadas pela Unimed detentora da rede).

4.8. Qualificação e desempenho da rede própria e credenciada:

4.8.1. Regras gerais

As Unimeds deverão atender aos requisitos de qualidade e acompanhamento do desempenho da pessoa jurídica vinculada à rede prestadora própria e credenciada direta, em conformidade com as recomendações previstas neste manual, como forma de preservar e assegurar a rede assistencial de Intercâmbio Nacional

4.8.2. Qualificação da Rede Própria e Credenciada Direta - requisitos obrigatórios

4.8.2.1. Para validação de sua rede prestadora própria e credenciada direta, a Unimed adotará procedimentos documentados que garantam no processo de avaliação e seleção, a priorização da qualificação acadêmico-profissional para prestação dos serviços e/ou credenciamento por meio da solicitação, do arquivamento e monitoramento constante da validade dos seguintes documentos dos prestadores:

Pessoa Física

- I.** Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- II.** Alvará da Vigilância Sanitária;
- III.** Alvará de Localização e Funcionamento expedido pela prefeitura;
- IV.** Registro no Conselho profissional da respectiva categoria;
- V.** Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria;
- VI.** Residência em saúde reconhecida pelo MEC, no caso de profissional médico;

Pessoa Jurídica

- I.** Contrato Social Pessoa Jurídica;
- II.** Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- III.** Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- IV.** Alvará da Vigilância Sanitária;
- V.** Alvará de Localização e Funcionamento expedido pela prefeitura;
- VI.** Registro no Conselho profissional da respectiva categoria;
- VII.** Cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente na ANVISA – *quando aplicável.*

No caso de substituição do responsável técnico o prestador deve encaminhar a documentação atualizada do profissional que responderá pela organização em substituição ao antigo responsável.

A Unimed poderá descredenciar o prestador, na condição de pessoa jurídica, que não atender às regras previstas no item 4.8.2.1 e na legislação vigente.

4.8.2.2. A Unimed adotará programa de avaliação presencial da sua rede própria e credenciada direta, com foco na adequação da estrutura física, na segurança do atendimento prestado ao paciente e na qualidade de seus arquivos médicos, tendo como princípios norteadores o disposto nos normativos vigentes¹.

4.8.3. Qualificação da Rede Própria e Credenciada Direta – requisitos desejáveis

4.8.3.1. Para a qualificação documental da rede prestadora direta, além dos documentos descritos no item 4.8.2.1, é facultado à Unimed solicitar de maneira complementar e não eliminatória os documentos relacionados abaixo:

I. Certificados de Acreditação e/ou Certificação emitidos por Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde reconhecidas;

II. Certificados de Qualidade Monitorada obtidos no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS;

III. Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;

IV. Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados;

V. Certificados de Acreditação ONA ou de normas internacionais como QMENTUM

VI. Adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) – *quando aplicável*;

VII. Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentos e sessenta) horas na área da saúde reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC, para profissionais não médicos, *quando aplicável*;

VIII. Doutorado ou Pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC, quando aplicável;

IX. Mestrado em saúde reconhecido pelo MEC, *quando aplicável*.

1. ANS Resolução Normativa 285/2011 e 405/2016, ANVISA RDC 302 ou outra que vier a substituí-las.

4.8.3.2. A Unimed detentora do contrato com o prestador, na condição de pessoa jurídica, adotará em seus contratos com a rede credenciada, cláusula de confidencialidade, conforme estabelecidos pela ANS.

4.8.3.3. A Unimed adotará programa de avaliação presencial, devidamente documentado em procedimento interno, da sua rede própria e credenciada direta, com foco na qualidade do atendimento prestado ao paciente tendo como princípios norteadores os atributos de qualificação definidos por normativa da ANS ².

No caso de prestadores acreditados e/ou certificados por entidades independentes e reconhecidas cabe à operadora a análise e o acompanhamento do vencimento dos certificados emitidos.

Para a avaliação presencial da rede prestadora, a Unimed pode contratar empresa especializada.

4.8.3.4. A Unimed adotará procedimento interno, devidamente documentado, para acompanhar o desempenho da sua rede credenciada direta, incluindo os indicadores previstos no PM-QUALIS da ANS.

4.8.3.5. A Unimed poderá adotar procedimento interno, devidamente documentado, para estimular medidas que visem a qualidade assistencial.

HISTÓRICO:

Para melhor compreensão da evolução dos critérios de classificação de rede no Sistema Unimed, seguem modelos vigentes até setembro de 2019 e à partir de outubro de 2019:

Até 30/09/2019

Modelo vigente no Sistema Unimed Visão Cliente
Rede Básica
Rede Especial
Rede Master

À partir de 01/10/2019

Modelo Unimed do Brasil	
Rede Básica	Preferencial
	Diferenciada
Rede	Especial
Rede	Master

2. ANS Resolução Normativa 396/2016, ou outra que vier a substituí-la, a qual dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à Legislação dos planos privados de assistência à saúde.



PÓS-ESTABELECIDO	A520 – Aviso de Eventos
Movimentação Cadastral	A700
COMPARTILHAR	Atender
A100	Riscos Destino Origem
	CORRESPONSABILIDADES
Normativos	Beneficiários
A530 – Glosa Total ou Baixa de Aviso	Gestão
	INTERCÂMBIO HABITUAL
Registros Contábeis	PRÉ-ESTABELECIDO
A200	A525 – Retorno de Aviso de Eventos

5. Compartilhamento da Gestão de Riscos

No Sistema Unimed, existe a prática de compartilhamento da gestão de risco da massa de beneficiários, realizado entre Operadoras Unimed para prestar assistência médica prevista nos contratos de plano de saúde, conforme legislação vigente*. É denominada Unimed Destino a Unimed recebedora da massa de beneficiários e Unimed Origem a detentora do contrato com o beneficiário.

5.1. Em atendimento aos normativos* legais, este capítulo dedica-se a estabelecer conformidade às regras gerais para o compartilhamento da gestão de riscos envolvendo Unimeds que atuam como operadoras de planos de assistência à saúde.

* Fonte: Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 430, de 7 de dezembro de 2017 RN 356/2014 – anexo 2. NOTA do §1º, inciso VI do art. 2º da Resolução Normativa nº 392 de 2015 da ANS, com a redação alterada pela Resolução Normativa nº 430 de 2017 da ANS

5.1.1. Entende-se, por compartilhamento da gestão de riscos, o acordo entre as operadoras para a corresponsabilidade da gestão dos riscos operacionais decorrentes do atendimento dos beneficiários de forma habitual e continuada na rede direta da Unimed Destino, por meio de intercâmbio operacional.

5.1.2. A corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento constitui a operação pela qual a Unimed Destino disponibiliza, aos beneficiários da Unimed Origem, acesso continuado aos serviços oferecidos pela sua rede direta de assistência à saúde.

Considerando o princípio da reciprocidade e as regras do Sistema Unimed, as Unimeds não poderão deixar de oferecer a sua rede direta aos beneficiários Unimed, observadas as disposições previstas no *Manual de Intercâmbio Nacional*.

Nota: A Seguros Unimed, por sua condição societária, não comporta o princípio de disponibilização da sua rede direta.

5.1.3. Poderá ocorrer o compartilhamento da gestão de riscos nas seguintes modalidades:

- De pré-estabelecido da Unimed Origem para pré-estabelecido na Unimed Destino.
- De pré-estabelecido da Unimed Origem para pós-estabelecido na Unimed Destino.
- De pós-estabelecido da Unimed Origem para pós-estabelecido na Unimed Destino.

Nota: Não poderão ser realizados compartilhamentos de gestão de risco de pós-estabelecido para pré-estabelecido.

5.1.4. As Unimeds envolvidas no processo de corresponsabilidade da gestão de risco, se comprometem a seguir a legislação vigente para prestar esclarecimentos aos beneficiários das regras gerais do intercâmbio e do modelo operacional adotado pelo Sistema Unimed.

5.2. O disposto neste capítulo não se aplica aos beneficiários atendidos na modalidade de intercâmbio eventual.

5.3. No Sistema Unimed, os documentos internos que disciplinam o intercâmbio são: a Norma Derivada 006/1996 que reconhece o intercâmbio com prática operacional do Sistema Unimed e o

Manual de Intercâmbio Nacional, documento que disciplina as regras e condições desta operação.

5.3.1. Em consonância com a legislação vigente*, o *Manual de Intercâmbio Nacional* é o instrumento jurídico que estabelece as condições gerais para o compartilhamento de risco entre as operadoras do Sistema Unimed, sem prejuízo da celebração de instrumentos jurídicos complementares entre as Unimeds, desde que não contrarie as condições gerais dispostas neste manual.

5.4. Regras de atendimento e identificação de beneficiários abrangidos em compartilhamento da gestão de risco

5.4.1. Os beneficiários identificados pela Unimed Origem com atendimento habitual, segundo os critérios especificados no item 5.8.3. deste Manual, na rede prestadora de outra Unimed integrante do Sistema, deverão obrigatoriamente ser identificados no PTU A100 – Movimentação Cadastral de Beneficiários – Intercâmbio, que deverá ser encaminhado pela Unimed Origem à Unimed Destino, observadas as condições estabelecidas neste Manual.

Nota: Um mesmo beneficiário pode satisfazer os critérios de habitualidade previstos neste Manual em Unimeds distintas, no mesmo período de apuração. Nessas ocorrências, a Unimed Origem deve gerar o PTU A100 – Movimentação Cadastral de Beneficiários – Intercâmbio, para todas as Unimeds Destino que identificar.

5.4.1.1. A Unimed Destino se compromete a fornecer atendimento na modalidade de compartilhamento da gestão de risco para os beneficiários da Unimed Origem listados nos arquivos de envio do PTU A100 e confirmados pelo arquivo de retorno PTU A200 – Retorno de Movimentação Cadastral de Beneficiários.

5.4.1.2. Os beneficiários da Unimed Origem atendidos pela Unimed Destino, listados nos arquivos PTU A100 e confirmados pelo arquivo de retorno PTU A200, permanecerão vinculados à Unimed Origem para todos os fins regulatórios, não havendo transferência de responsabilidade em relação às exigências estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

5.4.1.3. As movimentações (inclusões, alterações de dados cadastrais, exclusões) de beneficiários serão realizadas através do recebimento e confirmação do PTU A100 pelas Unimeds envolvidas. No caso do beneficiário deixar de se enquadrar na condição de atendimento

continuado, deverá ser excluído através do envio do PTU A100 pela Unimed Origem.

5.4.1.4. A Unimed Origem e a Unimed Destino obrigam-se observar estritamente a legislação regulatória vigente, inclusive no que se refere ao envio das informações no padrão TISS vigente.

No caso do intercâmbio habitual, na modalidade de preço pós-estabelecido, o não envio do arquivo de PTU A200 pela Unimed Destino à Unimed Origem dentro do tempo estabelecido não desobriga a responsabilidade das duas partes em fazer o registro contábil nos moldes regulamentares dispostos na legislação vigente. Quando houver ausência do PTU A200, a Unimed Origem notificará por ofício a Unimed Destino e procederá aos registros contábeis.

5.5. Responsabilidades da Unimed Origem em compartilhamento da gestão de risco

- a. Prestar todas as informações exigidas pela ANS sobre os beneficiários em compartilhamento de risco, conforme identificados no PTU A100.
- b. Disponibilizar aos beneficiários em compartilhamento de risco, identificados no PTU A100, informações sobre a prestação dos serviços pela Unimed Destino, comunicando em linguagem clara e acessível sobre todos os procedimentos para se obter o acesso aos serviços de assistência à saúde.
- c. Responder por todas as ações resultantes da atividade fiscalizatória da ANS;
- d. No envio do PTU A1300, a Unimed Origem obriga-se a identificar os beneficiários em regime de intercâmbio habitual, referindo a(s) Unimed(s) Destino correspondente(s).
- e. Garantir o atendimento ao beneficiário, nos termos do contrato originalmente firmado, em cumprimento ao disciplinado tanto pela ANS, quanto pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

5.6. Responsabilidades da Unimed Destino em compartilhamento da gestão de risco

- a. Fornecer à Unimed Origem informações sobre a utilização dos serviços de assistência à saúde integrantes de sua rede de prestadores pelos beneficiários em compartilhamento de risco, independentemente da forma de remuneração acordada. Em preço pré-estabelecido, por meio do PTU A700 e, em preço pós-estabelecido, por meio do PTU A520 e/ou A500.

a. Fornecer tempestivamente todas as informações solicitadas pela Unimed Origem sobre os serviços prestados aos beneficiários dentro de sua rede de prestadores, incluindo as informações contábeis e aquelas necessárias para atendimento da ANS em suas ações resultantes da atividade fiscalizatória, Notificações de Intermediação Preliminar de qualquer natureza, e autos de infração sob pena de responsabilização, nos termos do Capítulo 11 – Intercâmbio Jurídico, deste *Manual de Intercâmbio Nacional*.

5.7. Responsabilidades compartilhadas entre as Unimed Origem e Destino

As partes se comprometem a observar e cumprir os termos do Capítulo 11, deste *Manual de Intercâmbio Nacional*.

Eventuais renúncias ou descumprimento de quaisquer obrigações entre a Unimed Origem e a Unimed Destino não as isenta do cumprimento das exigências previstas na regulamentação setorial vigente, em especial no que tange à garantia de atendimento aos beneficiários e responsabilidade pelas informações exigidas pelo órgão regulador.

5.8. Regras do processo operacional de compartilhamento de risco em preço PÓS-ESTABELECIDO:

5.8.1. Este item estabelece o processo a ser utilizado pelas Unimed que possuem beneficiários com atendimento continuado na modalidade de preço pós-estabelecido na área de ação de outra Unimed.

5.8.2. A corresponsabilidade de atendimento continuado, na modalidade de preço pós-estabelecido, aplica-se na condição de planos coletivos e individuais cuja abrangência geográfica contratual permita o atendimento na área de ação da Unimed Destino, conforme produto registrado junto à ANS.

5.8.3. A identificação do beneficiário com atendimento continuado é de responsabilidade da Unimed Origem, norteadas pelos critérios estabelecidos pela Unimed Brasil.

O **Intercâmbio Habitual no Sistema Unimed** são os atendimentos prestados aos beneficiários da Unimed Origem (operadora contratada) pela Unimed Destino (operadora prestadora) nas seguintes condições gerais:

- Beneficiários domiciliados fora da rede direta da Unimed Origem (operadora contratada) que residem em cidades onde a rede assistencial disponibilizada para atender esses beneficiários nas

- suas demandas de saúde é a rede direta de uma outra Unimed na condição de Destino (operadora prestadora).
e/ou
- Beneficiários da Unimed Origem que têm 02 (dois) ou mais atendimentos assistenciais eletivos na rede direta de outra(s) Unimed(s) Destino(s) por seu livre acesso, conforme abrangência contratual, considerando a utilização nos últimos 12 (doze) meses.
e/ou
- Beneficiários da Unimed Origem que tem 02 (dois) ou mais atendimentos de urgência/emergência, em meses diferentes, na rede direta de outra Unimed na condição de Destino, conforme abrangência contratual, considerando a utilização nos últimos 12 (doze) meses.
e/ou
- Beneficiários da Unimed Origem que têm cobertura contratual somente na sua rede direta, porém, por liberalidade, são atendidos em caráter eletivo na rede direta de outra Unimed.

Observação: Para todos os casos acima, será necessário o envio do PTU-A100 para que, em cada registro assistencial, a Unimed Origem e a Executora façam o adequado reconhecimento dos eventos na forma regulamentada pela RN 430.

5.8.4. Uma vez identificada a condição habitualidade do atendimento pela Unimed Origem, a Unimed Destino se compromete acatar a corresponsabilidade da gestão de risco na modalidade de preço pós- estabelecido.

5.8.5. A Unimed Origem deverá enviar, via Central de Movimentação Batch, o cadastro dos beneficiários em arquivo padrão PTU A100, versão vigente, identificando-os como “Custo Operacional”, até o dia 25 (vinte e cinco) do mês corrente para vigência na próxima competência.

Nota: Se o dia 25 (vinte e cinco) coincidir com final de semana ou feriado, o cadastro deverá ser encaminhado no último dia útil que o antecede.

5.8.6. A Unimed Destino deverá enviar à Unimed Origem, via Central de Movimentação Batch, um arquivo PTU A200 em, no máximo, 02 (dois) dias úteis do recebimento do PTU A100, informando o resultado da importação. Caso existam erros que impeçam a carga, devidamente identificados no arquivo PTU A200, a Unimed Origem deverá gerar um novo arquivo

PTU A100 e disponibilizá-lo para a Unimed Destino via Central de Movimentação Batch, observado o prazo limite do dia 25 (vinte e cinco) de cada mês.

5.8.7. O cartão de identificação do beneficiário deve ser emitido pela Unimed Origem. Porém, quando existir acordo formal entre as partes, a Unimed Destino poderá emitir os cartões.

5.8.8 A rotina dos processos de autorização, auditoria e cobrança dos atendimentos deve ser a mesma adotada para os beneficiários do Intercâmbio Eventual.

5.8.9. O envio do PTU A520 – Aviso de Eventos será obrigatório a partir de 01/01/2019.

5.8.10. O **PTU A520 – Aviso de Eventos** deve ser encaminhado tempestivamente pela Unimed Destino, por meio de arquivo Batch ou de forma online via Webservice, no mês de competência em que ela tomou conhecimento do custo decorrente do atendimento prestado em sua rede direta.

5.8.11. A Unimed Origem terá o prazo de até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do PTU A520 – Aviso de Eventos para retornar a confirmação por meio do PTU A525 – Retorno de Aviso de Eventos.

5.8.12. Somente será permitida recusa do aviso de evento nos casos de beneficiário não encontrado (inexistente).

5.8.13. Caso a Unimed Destino consiga emitir o PTU A500 no próprio mês de conhecimento do custo, respeitando a data limite de postagem estabelecida neste manual, não é necessário o envio do arquivo **PTU A520 – Aviso de Eventos**.

5.8.14. Os atendimentos não avisados dentro do próprio mês do conhecimento pela Unimed Destino deverão ser avisados no máximo até o 2º (segundo) dia útil do mês seguinte.

5.8.15. Quando a Unimed Destino efetuar glosa total ao prestador de um atendimento já avisado, deverá informar à Unimed Origem por meio do **PTU A530 – Glosa Total ou Baixa do Aviso – TIPO 1 (“Glosa Total no Prestador”)**, para correta adequação contábil entre as partes em relação ao custo, à receita e às provisões conforme anexo do *Manual Contábil*, vigente nos normativos da ANS.

5.8.16. Atendimentos avisados e não cobrados dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias [120 (cento e vinte) dias acrescidos de 60 (sessenta) dias quando se tratar de reapresentação de glosa do prestador], contados

da data do atendimento, alta do paciente internado, data de execução – GUIA SP/SADT ou data da última autorização, deverão ser excluídos pela Unimed Origem no Monitoramento TISS/ANS.

5.8.16.1. Nesses casos, a Unimed Origem deverá informar as exclusões realizadas à Unimed Destino por meio do **PTU A530 – Glosa Total ou Baixa do Aviso – TIPO 2 (“baixa de aviso”)**, na mesma competência, para correta adequação contábil entre as partes em relação ao custo, à receita e às provisões conforme anexo do *Manual Contábil*, vigente nos normativos da ANS.

5.8.17. Caso a Unimed Origem acate cobrança fora do prazo mencionado no item 5.8.16 e o atendimento já tenha sido cancelado no Monitoramento TISS/ANS, esse atendimento deverá ser encaminhado novamente para o Monitoramento TISS/ANS. Nessas situações, a Unimed Destino não deve encaminhar o **PTU A520 – Aviso de Eventos**. Encaminhará apenas o arquivo de cobrança – PTU A500, identificado com ID_AVISO = NÃO. A Unimed Origem deve fazer uma nova inclusão no monitoramento TISS.

5.8.18. O **PTU A520 – Aviso de Eventos** deverá conter os atendimentos prestados pela Unimed Destino, observando-se os seguintes pontos:

- a. Os códigos e valores das diárias, taxas, materiais e medicamentos deverão estar com igual valorização de acordo com as tabelas contratualizadas pela Unimed Destino junto à sua rede credenciada, respeitando o teto previsto nas tabelas de intercâmbio nacional, adotadas pela Unimed do Brasil. Não se aplicando aos prestadores classificados como Rede Especial e Master, que devem ser avisados conforme as regras vigentes neste manual.
- b. Os códigos e valores dos Honorários Médicos e SADT devem estar em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos Unimed vigente na data do atendimento. Não se aplicando aos prestadores classificados como Rede Especial e Master, que devem ser avisados conforme as regras vigentes neste manual.

Nota: A taxa de administração de intercâmbio deve estar inclusa nos valores mencionados nos itens “a” e “b”.

- c. Quando o atendimento apresentado pelo prestador não estiver de acordo com as regras técnicas do Intercâmbio, este deverá constar no PTU A520 – Aviso de Eventos. Posteriormente, no envio do PTU A500, os ajustes de adequação às regras do Intercâmbio Nacional

- a. deverão ser realizados, conforme previsto nos normativos vigentes da Unimed do Brasil.
- b. Os itens avisados que não serão cobrados ou que foram glosados totalmente do prestador deverão ser informados no PTU A500 com os valores zerados, uma vez que todos os itens do PTU A520 – Aviso de Eventos deverão constar no PTU A500 para devida conciliação dos mesmos.
- c. Os itens podem ser avisados em forma de conta aberta e no momento da cobrança vinculados, na forma de conta fechada, conforme as regras deste Manual (capítulo de cobrança).
- d. Caberá à Unimed Origem encaminhar no Monitoramento TISS/ANS as informações obtidas no PTU A520 – Aviso de Eventos ou no PTU A500.
- e. As provisões contábeis deverão ser realizadas pela Unimed Origem e pela Unimed Destino na mesma competência, conforme data de conhecimento informada no PTU A520 – Aviso de Eventos ou no PTU A500, quando for o caso, de acordo com a normativa estabelecida pela ANS.

Nota: Caso a Unimed Origem ou a Unimed Destino não cumpram o item acima, haverá responsabilidade direta pelas sanções imputadas pelos órgãos competentes a quem gerou dano de causa.

- f. A Unimed Origem não poderá realizar glosas fundamentadas em comparações de informações entre o PTU A520 – Aviso de Eventos e o PTU A500.

5.9. Regras do processo operacional de compartilhamento de risco em preço PRÉ-ESTABELECIDO

Este item estabelece o processo de compartilhamento de gestão de riscos na modalidade de preço pré-estabelecido a ser utilizado pelas Unimeds que possuem beneficiários que residem ou trabalham fora da sua área de ação.

As Unimeds que acordarem pela corresponsabilidade da gestão de risco na modalidade de preço pré-estabelecido, excluída no entanto, a possibilidade de incluir neste acordo beneficiários vinculados a planos individuais/familiares, deverão seguir ao disposto neste normativo, sendo-lhes permitido celebrar entre si acordo complementar, desde que não conflite com as regras gerais aqui dispostas.

5.9.1. Os contratos celebrados pela Unimed Origem em preço pré-estabelecido poderão ser compartilhados na mesma modalidade entre as Unimed, desde que haja acordo formal entre as partes.

5.9.2. O compartilhamento deverá ser realizado com características semelhantes (abrangência geográfica, segmentação assistencial e padrão de acomodação) ao produto registrado na Unimed Origem.

Nota: As Unimed que acordarem a corresponsabilidade da gestão de risco na modalidade de preço pré-estabelecido, poderão incluir nesta modalidade beneficiários oriundos de contratos celebrados com mecanismo de regulação (co-participação) devendo acertar entre si o tramite operacional para o processo.

5.9.3. É de inteira responsabilidade da Unimed Origem a garantia do atendimento ao beneficiário perante a ANS, bem como do cumprimento das normas impostas por esse órgão regulador e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), restando à Unimed Destino a corresponsabilidade do risco na prestação da assistência à saúde.

5.9.4. Caso a Unimed Origem seja penalizada, judicial ou administrativamente, em virtude de falha da Unimed Destino no atendimento de intercâmbio por não observância das regras definidas neste manual, a Unimed Destino será responsável por toda e qualquer consequência advinda de seu ato ou sua omissão, como previsto no Capítulo 11 – Intercâmbio Jurídico e nas Normas Derivadas do Sistema Unimed.

5.9.5. Os contratos antigos ou não regulamentados, definidos pela ANS como aqueles celebrados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados aos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, são tratados no Intercâmbio com padrão fixo de coberturas (anexos 1 e 2).

5.9.6. O Intercâmbio reconhece, para fins de compartilhamento de risco em preço pré-estabelecido, os modelos contratuais não regulamentados Uniplan, Novo Uniplan Empresarial, Plano Tradicional Empresarial “A” (Básico) e “B” (Especial); e os planos regulamentados AMB-APT-OBS e AMB-ENF-OBS (anexos 1 e 2).

5.9.7. Para contratos individuais/familiares, não haverá compartilhamento de risco em preço pré-estabelecido. Os beneficiários serão atendidos segundo as regras do processo operacional de atendimento eventual ou habitual em preço pós-estabelecido no intercâmbio.

5.9.8. Os contratos coletivos por adesão serão atendidos na modalidade eventual ou habitual, em compartilhamento de risco em preço pós-estabelecido, salvo negociação entre as partes.

5.9.9. É terminantemente proibida a seleção de beneficiários no compartilhamento de riscos, seja pelo critério de faixa etária, seja por declaração de saúde, entrevista qualificada ou qualquer outro mecanismo de avaliação. A Unimed que praticar tal seleção estará sujeita às penas impostas pela Câmara Arbitral do Sistema Unimed e à responsabilidade por eventuais despesas exigidas em custo operacional.

5.9.10. Em conformidade com a legislação vigente*, os beneficiários dos contratos com abrangência grupo de municípios/estadual/grupo de estados/nacional poderão ser transferidos em compartilhamento de risco em preço pré-estabelecido mediante acordo estabelecido entre as partes.

5.9.11. A pedido do beneficiário titular ou de seu representante legal, conforme determinação normativa da ANS, o cancelamento ou a exclusão do contrato de plano de saúde deve ser imediato a partir da ciência da Unimed Origem e esta deverá solicitar imediatamente a exclusão do beneficiário por meio do PTU A100. A restituição da diferença (pró-rata) da mensalidade deverá ser por meio de nota de débito emitida através do PTU A580.

Nota: A Unimed Destino não pode acolher o pedido de cancelamento diretamente do beneficiário, que deverá ser orientado a procurar a Unimed Origem.

5.9.12. A Unimed Destino deverá acatar, para inclusão de beneficiários, às informações enviadas pela Unimed Origem no arquivo PTU A100, considerando que compete à Unimed Origem definir o tipo de beneficiário a ser cadastrado, para que não haja divergência de entendimento com relação aos dependentes e agregados.

5.9.13. É facultado às partes a livre negociação do quantitativo mínimo de beneficiários a serem mantidos em corresponsabilidade de compartilhamento da gestão de risco na modalidade de preço pré-estabelecido.

5.9.14 Movimentação Cadastral

- a. A Unimed Origem deverá enviar obrigatoriamente à Unimed Destino, via Central de Movimentação Batch, até o dia 23 (vinte e três) de cada mês, o arquivo PTU A100, contendo a movimentação de beneficiários em compartilhamento de risco para aquela Unimed, para que se inicie o atendimento no dia 1º do mês seguinte.

Nota: Se o dia 23 coincidir com final de semana ou feriado, o cadastro deverá ser encaminhado no último dia útil que o antecede.

- a. A Unimed Destino deve postar em, no máximo 02 (dois) dias úteis, após recebimento do PTU A100, o arquivo de retorno PTU A200, com o resultado da importação.
- b. Caso existam erros, identificados no PTU A200, a Unimed Origem deve postar novo arquivo PTU A100, no dia útil subsequente ao recebimento do arquivo de retorno PTU A200, corrigindo os eventuais erros. Caso esses prazos não sejam cumpridos, o compartilhamento de risco ficará para o mês subsequente.
- c. Não ocorrendo o retorno do PTU A200, a Unimed Origem considerará que o compartilhamento de risco foi aceito pela Unimed Destino e não efetuará o pagamento até que o arquivo PTU A200 seja encaminhado.
- d. A Unimed Origem deverá comunicar à Unimed Destino, ou em até 30 (trinta) dias da data do nascimento ou da adoção, a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, de modo que não haja descontinuidade de atendimento, e ainda providenciar o seu cadastro.
- e. Na ocorrência de fechamento de contrato após as datas previstas ou de problemas de recebimento ou de envio dos arquivos PTU A100 ou PTU A200, é permitida, à Unimed Origem, a emissão provisória de cartão de identificação do beneficiário até que a Unimed Destino providencie o cadastro e a emissão do cartão definitivo. Nesse caso, a Unimed Origem deve arcar com as despesas dos serviços prestados durante o período em que o compartilhamento de riscos não tiver sido efetivado e o beneficiário estiver utilizando o cartão emitido por ela.

5.9.15 Demitidos/Aposentados

Salvo acordo entre as partes, o compartilhamento de risco em preço pré-estabelecido não comporta a condição do beneficiário demitido/aposentado. A permanência do beneficiário no plano por aposentadoria ou demissão sem justa causa, quando atender ao disposto na legislação vigente, será de responsabilidade financeira e de controle das condições na Unimed Origem.

5.9.16 Emissão do cartão de identificação

O cartão de identificação deve ser emitido com validade de 01 (um) ano, pela Unimed Destino e disponibilizado ao beneficiário até o primeiro dia útil em que se iniciar o compartilhamento de risco, observando o padrão estabelecido pela Unimed do Brasil no Manual do Cartão vigente,

contendo nome da Unimed do compartilhamento, código do produto na ANS e número do registro da operadora contratada na ANS.

5.9.17 Valor da mensalidade e taxa

O valor da mensalidade e a taxa de custeio de inclusão cadastral, emissão de cartão e postagem deverão ser negociados entre as partes. Esse valor não inclui benefícios agregados e nem exclui a responsabilidade da Unimed Origem sobre o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar/ANS ou quaisquer outros tributos e contribuições legalmente instituídos.

Controle de limites contratuais

- a. O controle de limites, quando previsto nos produtos, conforme os anexos 1 e 2, será realizado pela Unimed Destino, por beneficiário, de acordo com a data de início do compartilhamento de risco (de 1º de janeiro a 31 de dezembro).

Nota: Diante da dificuldade sistêmica, foi adotado o critério de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano para mitigar o risco.

- b. Para os contratos regulamentados, as coberturas assistenciais obrigatórias são as constantes no Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do atendimento, bem como as coberturas acordadas formalmente entre as partes.
- c. Para os contratos não regulamentados, as coberturas e exclusões assistenciais serão as descritas nos modelos “padrão de intercâmbio”, conforme os anexos 1 e 2, respeitando também as coberturas e exclusões assistenciais acordadas entre as partes formalmente.
- d. Serão de responsabilidade da Unimed Origem os procedimentos/serviços que excederem a cobertura prevista do plano “padrão de Intercâmbio”, ou não constarem nela, bem como no acordo formalizado entre as partes. As autorizações e o pagamento serão de responsabilidade da Unimed Origem do beneficiário em custo operacional.
- e. A Unimed Destino deverá solicitar à Unimed Origem autorização para execução do procedimento por meio do Intercâmbio Eletrônico de Liberações nos seguintes casos:
 - Procedimentos não cobertos pelo plano padrão do Intercâmbio, ou não previstos no acordo formalizado entre as partes.
 - Beneficiário em cumprimento de períodos de carência, CPT ou fora das diretrizes de utilização (DUT);

- Limite contratual excedido.

Nota: Nos casos de negativas, estas deverão ser emitidas somente pela Unimed Origem.

- a. No plano padrão de intercâmbio não regulamentado, quando um paciente estiver internado, não poderá haver interrupção de tratamento e não podem existir negativas das Unimed Origem/Destino para os procedimentos limitados (quantidade) durante o período de internação.

Nesses casos, a Unimed Executora poderá liberar os procedimentos sem a autorização da Unimed Origem/Destino, desde que observada a regra de paciente internado deste manual.

5.9.19. Coberturas adicionais

Mediante acordo entre as partes, a Unimed Destino poderá estender aos beneficiários recebidos em corresponsabilidade da gestão de risco os benefícios adicionais dos quais disponha, tais como: atenção domiciliar, transporte aeromédico, assistência farmacêutica, entre outros. Nestes casos, cabe à Unimed Origem formalizar junto ao seu contratante que tais benefícios não estão previstos na cobertura original.

5.9.20. Controle de carências

- a. Quando se tratar de planos regulamentados, o acompanhamento dos períodos de carência será feito pela Unimed Destino com base nas informações obrigatoriamente prestadas pela Unimed Origem, observados os limites máximos fixados pela Lei nº 9.656/98. Para os planos não regulamentados, prevalecerá o disposto no contrato.
- b. As coberturas que forem acrescentadas, quando da mudança (migração ou adaptação) de plano não regulamentado para regulamentado, estarão sujeitas ao cumprimento dos períodos de carência conforme a legislação vigente.

5.9.21 Doenças e lesões preexistentes

Nos contratos posteriores à Lei nº 9.656/98, ao repassar o cadastro de beneficiário à Unimed Destino, a Unimed Origem identificará aqueles que estiverem em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), bem como os respectivos procedimentos de alta complexidade restritos e o prazo da restrição, respeitada a legislação pertinente. As informações a respeito de doenças e lesões preexistentes devem estar devidamente mencionadas no arquivo PTU A100 e em conformidade com a legislação vigente.

5.9.22 Implantação do contrato nas empresas clientes

A Unimed Origem, em parceria com a Unimed Destino, poderá acordar visitas às filiais de empresas contratantes repassadas em sua área de ação, instruindo-as sobre os processos de atendimento e de autorizações, e, quando solicitado, deverá entregar, gratuitamente, exemplares do seu guia médico atualizado aos beneficiários titulares inscritos.

5.9.23 Envio de fatura de mensalidade

- a. Impreterivelmente até o quinto dia útil de todo mês, a Unimed Destino deverá encaminhar, via Central de Movimentações Batch, o arquivo PTU A800, na versão vigente, à Unimed Origem, para pagamento em 15 (quinze) dias da data de postagem, ou conforme calendário da Câmara Nacional de Compensação e Liquidação. O não envio ocasionará o não pagamento da fatura por parte da Unimed Origem.
- b. O documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) deverá ser emitido pela Unimed Destino e estar anexo ao arquivo PTU A800. Por orientação do Comitê Contábil Nacional, o número do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura), as datas de emissão e o valor total declarado no documento fiscal devem ser os mesmos informados no PTU A800; o nº do CNPJ e o nº da inscrição municipal no referido documento devem ser os mesmos informados no cadastro das Unimed constantes no Cadastro Nacional de Unimed – CADU.

5.9.24 Arquivo de utilização

- a. A Unimed Destino deverá enviar obrigatoriamente à Unimed Origem, via Central de Movimentação Batch, até o dia 10 (dez) de cada mês, o arquivo PTU A700 na versão vigente, contendo a utilização dos serviços prestados aos beneficiários de compartilhamento de risco em preço pré-estabelecido. O arquivo PTU A700 deve ser gerado mesmo que não existam serviços prestados durante o período referenciado no arquivo.
- b. Não será realizado o pagamento da fatura de mensalidade caso não ocorra o recebimento do arquivo PTU A700. O pagamento somente será efetuado a partir da data do recebimento do referido arquivo.
- c. Os valores informados no arquivo PTU A700 devem ser os mesmos pagos pela rede credenciada, não podendo ser revalorizados com os valores de intercâmbio.

- a. Todos os códigos enviados no arquivo PTU A700 devem constar do Rol de Procedimentos Médicos Unimed, editado pela Unimed do Brasil, vigente na data do atendimento.
- b. Os materiais e medicamentos devem ser enviados item a item, conforme codificação existente na Tabela Nacional Unimed de Materiais e Medicamentos vigente na data do atendimento.
- c. A taxa de custeio administrativo deverá ser informada no arquivo PTU A700 sempre que o atendimento for realizado por uma Unimed diferente daquela que recebeu o compartilhamento de risco.

5.9.25 Recolhimento do cartão magnético de identificação

- a. É de responsabilidade da Unimed Origem o recolhimento do cartão magnético de identificação do beneficiário, quando excluído da base cadastral, bem como o pagamento das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência/emergência e dos atendimentos eletivos relativos aos procedimentos constantes na Tabela de Baixo Risco, quando houver utilização indevida dentro da validade do cartão magnético.

Qualquer atendimento executado sob autorização da Unimed Destino, após o cancelamento do compartilhamento de risco, caberá a esta o pagamento das despesas, independente do procedimento constar na Tabela de Baixo Risco.

- b. São de inteira responsabilidade da Unimed Executora as eventuais despesas decorrentes de atendimento com cartão magnético vencido se o beneficiário não possuir autorização válida.

5.9.26 Reembolso de atendimento fora da rede credenciada

- a. Em conformidade com a legislação vigente, quando não for possível a utilização da rede própria ou contratada ou não existir recurso credenciado na localidade, o reembolso será efetuado ao beneficiário pela Unimed Origem. Em caso de solicitação de esclarecimentos por parte da Unimed Origem à Unimed Executora, esta deverá responder no prazo máximo de até 02 (dois) dias úteis.
- b. Posteriormente, a Unimed Origem repassará à Unimed Destino, por meio de cobrança via PTU A500, o valor pago pelo beneficiário à rede credenciada, acrescido da taxa administrativa vigente no Intercâmbio, ficando a Unimed Destino obrigada a informar esse atendimento no arquivo PTU A700.

- a. Se o beneficiário optar pela solicitação de reembolso diretamente à Unimed Destino, esta efetuará o pagamento com base na legislação vigente. Nesse caso, não haverá repasse das despesas para a Unimed Origem, desde que cobertas contratualmente, ficando a Unimed Destino obrigada a informar esse atendimento no arquivo PTU A700.

5.10. Registro Contábil das Operações em Compartilhamento de Gestão de Risco

5.10.1. A Unimed Origem e a Unimed Destino permanecem obrigadas à observância do plano de contas padrão da ANS e alterações posteriores.

5.10.2. Com o objetivo de que ambas as Unimed (Origem e Destino) possam efetuar os lançamentos contábeis de acordo com o princípio da competência e em atendimento ao “Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar” e eventuais alterações posteriores, a Unimed Destino comunicará, à Unimed Origem, os atendimentos realizados de forma tempestiva, via **PTU A520 – Aviso de Eventos**, considerando a competência do mês em que recebeu a cobrança, avisada pelo prestador da sua rede direta, e já utilizando os valores de intercâmbio que deverão ser cobrados da Unimed Origem. Os valores constantes no PTU A520, reconhecidos no custo assistencial da Unimed Destino até o último dia do mês (mês 1) e enviados até o segundo dia útil do mês subsequente (mês 2), deverão ser contabilizados (no mês 1) na Unimed Destino.

5.10.3. As despesas incorridas com beneficiários da Unimed Origem junto à rede de prestadores de serviços de assistência à saúde da Unimed Destino, em função de operações de corresponsabilidade estabelecidas neste instrumento, devem ser classificadas nas demonstrações financeiras de acordo com o “Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar” e eventuais alterações posteriores.

5.10.4. As respectivas exigibilidades de constituição de provisões de sinistros/ eventos indenizáveis devem ser observadas pela Unimed Origem e Unimed Destino, de acordo com a respectiva remuneração aplicável, levando-se em conta a regulamentação vigente para as provisões técnicas definidas pela ANS.

5.10.5. Nos termos dos normativos vigentes**, a Unimed Origem e a Unimed Destino, no compartilhamento de risco na modalidade de preço pós-estabelecido, estão cientes que não devem lastrear com ativos garantidores tão somente os débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos a receber registrados nos

últimos 60 (sessenta) dias, decorrentes da utilização de serviços de assistência à saúde de beneficiários da Unimed Origem por meio do compartilhamento da gestão de riscos, decorrentes do atendimento dos beneficiários em intercâmbio continuado (habitual) identificados pelo PTU A100.

5.10.6. A Unimed Origem e a Unimed Destino devem realizar o registro contábil das transações de forma a segregar os riscos financeiros decorrentes das referidas operações daqueles assumidos com os beneficiários vinculados aos planos por elas ofertados.

5.10.6.1. A segregação de que trata o item acima será objeto de validação quando da emissão do Relatório de Procedimento Pré-Acordado (PPA), emitido por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), conforme normativo vigente.

5.10.6.2. O Relatório de Procedimento Pré-Acordado será elaborado pelos auditores independentes de cada Operadora Unimed, no que tange às informações de compartilhamento de riscos, por meio de registros auxiliares mensais, de modo a identificar os atendimentos objeto de operação de compartilhamento de riscos para cumprimento do envio de informações regulamentares.

5.10.7. A Unimed Destino é obrigada a emitir e enviar as informações trimestrais que constarão nos quadros do arquivo Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS) para a Unimed Origem referente ao Compartilhamento de Risco, conforme legislação vigente, possibilitando um processo de conciliação que visa dirimir riscos de inconsistências perante o órgão regulador.

5.10.7.1. O período para enviar as informações de Compartilhamento de Risco para a Unimed Origem será até o 20º dia útil do mês subsequente ao encerramento do trimestre das informações periódicas de acordo com o calendário oficial da ANS.

5.10.7.2. O modelo das informações mínimas a serem encaminhadas para a Unimed Origem devem ser as mesmas encaminhadas no arquivo DIOPS referente aos dados de compartilhamento de risco.

5.10.7.3. Caso a Unimed Origem reconcilie as informações encaminhadas e encontre inconsistências, a mesma deverá enviar até o 5º (quinto) dia útil da data do recebimento da circularização para a Unimed Destino.

5.10.7.4. Unimed Origem e Unimed Destino devem buscar e viabilizar mecanismos para solucionar as inconsistências entre as partes, para não incorrer em risco perante o órgão regulador.

PRAZOS CONSTANTES DO CAPÍTULO 5 – COMPARTILHAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS EM PREÇO PÓS-ESTABELECIDO			
PROCESSO	ITEM DO MIN	PRAZO	OBSERVAÇÕES
Envio do PTU A100 pela Unimed Origem	5.8.5	Até o dia 25 do mês corrente	A vigência do compartilhamento será a partir do primeiro dia do mês seguinte Se o dia 25 coincidir com final de semana ou feriado, o cadastro deverá ser encaminhado no último dia útil que o antecede
Envio do PTU A200 pela Unimed Destino	5.8.6	Em até 02 (dois) dias úteis do recebimento do PTU A100	
Envio do PTU A520 (Batch) pela Unimed Destino	5.8.10 5.8.14	Tempestivamente ou em até o segundo dia útil do mês seguinte	
Envio do PTU A525 (Batch) pela Unimed Origem	5.8.11	Em até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do PTU A520	
Envio do PTU A530 – Tipo 1 pela Unimed Destino	5.8.15	Sempre que for efetuada glosa total ao prestador de um atendimento já avisado	
Envio do PTU A530 – Tipo 2 pela Unimed Origem	5.8.16.1	Sempre que identificado evento avisado e não cobrado nos prazos do MIN	
Envio do PTU A100 pela Unimed Origem	5.9.14 Alínea “a”	Até o dia 23 de cada mês	A vigência do compartilhamento será a partir do primeiro dia do mês seguinte Se o dia 23 coincidir com final de semana ou feriado, o cadastro deverá ser encaminhado no último dia útil que o antecede
Envio do PTU A200 pela Unimed Destino	5.9.14 Alínea “b”	Em até 02 (dois) dias úteis do recebimento do PTU A100	

Cont.

Cont.

PRAZOS CONSTANTES DO CAPÍTULO 5 - COMPARTILHAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS EM PREÇO PÓS-ESTABELECIDO			
PROCESSO	ITEM DO MIN	PRAZO	OBSERVAÇÕES
Novo PTU A100 nos casos de inconsistências no PTU inicial	5.9.14 Alínea "c"	Em até 01 (um) dia útil após o recebimento do arquivo A200 de retorno	
Comunicado da Unimed Origem quando do nascimento ou adoção de uma criança por meio do PTU A100	5.9.14 Alínea "e"	Imediatamente ou em até 30 (trinta) dias da data de nascimento ou adoção	
Disponibilização do cartão do beneficiário pela Unimed Destino	5.9.16	Primeiro dia útil do início do compartilhamento de risco	
Envio da fatura de mensalidade pela Unimed Destino por meio do PTU A800	5.9.23 Alínea "a"	Até o quinto dia útil do mês	
Pagamento da fatura de mensalidade pela Unimed Origem	5.9.23 Alínea "a"	15 dias da data de postagem do PTU A800	A Unimed Origem somente efetuará o pagamento da fatura após o recebimento do PTU A700
Envio do PTU A700 pela Unimed Destino	5.9.24 Alínea "a"	Até o dia 10 de cada mês	Deve ser encaminhado mesmo que não exista serviços prestados durante o período referenciado no arquivo

Consultas

Emergências Prazos **AGILIZAR**

Ambulatorial Chat Remoção

ATENDER Auxiliar Transação Eventual

OPME **Analisar** Urgências

On-line **CUIDAR** Beneficiários

Autorizar **Internação**

6. Regras de Atendimento no Intercâmbio

Este capítulo é dedicado às **regras específicas** do processo de atendimento aos beneficiários de intercâmbio, didaticamente dispostas para auxiliar as Unimed's na orientação das operações do dia a dia.

É parte complementar ao capítulo de Diretrizes e Regras Gerais no Intercâmbio Nacional

Este capítulo está organizado por processos e pelos entendimentos que antecedem o momento da autorização:

- 6.1. Cartões de identificação de beneficiário
- 6.2. Atendimento do intercâmbio eventual/habitual
- 6.3. Ferramentas para o processo de atendimento do intercâmbio nacional
- 6.4. Regras do Processo Operacional de Autorização
- 6.5. Atendimento de beneficiários sem cartão de identificação

- 6.6. OPME (órgãos, próteses e materiais especiais)
- 6.7. Consultas de urgência e emergência
- 6.8. Consultas eletivas
- 6.9. Atendimento ambulatorial de urgência/emergência
- 6.10. Atendimento ambulatorial eletivo
- 6.11. Internações de urgência e emergência
- 6.12. Internações eletiva
- 6.13. Paciente internado
- 6.14. Negativas
- 6.15. Atendimento aos recém-nascidos ou filhos naturais e adotivos
- 6.16. Regras de remoção
- 6.17. Encaminhamento de reclamação do atendimento no intercâmbio
- 6.18. Ordem de serviço

6.1. Cartões de identificação de beneficiário

6.1.1. O cartão de identificação do beneficiário é padronizado conforme definição da Unimed do Brasil, detentora da marca Unimed, e é premissa para o atendimento nas cooperativas integrantes do Sistema Cooperativo Unimed.

6.1.2. O padrão do cartão de identificação deverá obedecer às seguintes regras:

6.1.2.1. Deve apresentar a estrutura vigente de código do beneficiário, conforme padrão PTU.

6.1.2.2. Os padrões de imagem e layout devem ser os definidos pela Unimed do Brasil.

6.1.2.3. As Unimeds estão obrigadas a homologar os seus cartões de identificação sempre que houver alterações de PTU, observada a versão vigente da Unimed do Brasil. A homologação dos cartões é condição institucional para classificação no ranking das Unimeds.

6.1.2.4. A data máxima da validade do cartão magnético de identificação é de até 2 (dois) anos.

6.1.2.5. Não serão mais aceitos cartões de identificação, mesmo que provisórios, que impossibilitem a realização do Intercâmbio Eletrônico.

6.1.2.6. É de responsabilidade da Unimed Origem o recolhimento do cartão de identificação do beneficiário quando excluído da base cadastral, bem como o pagamento das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência/emergência e dos atendimentos eletivos relativos aos procedimentos constantes na Tabela de Baixo Risco caso haja utilização indevida dentro da validade do cartão magnético.

6.1.2.7. São de inteira responsabilidade da Unimed Executora as eventuais despesas decorrentes de atendimentos com cartão magnético vencido.

6.2. Atendimento do Intercâmbio eventual/habitual

As resoluções normativas da ANS relacionadas ao atendimento implicam diretamente o acolhimento/atendimento por parte da Unimed detentora do contrato do beneficiário. Dessa forma, as omissões ou o descumprimento de prazos entre a Unimed Origem e a Unimed Executora que ocasionarem autuação advinda da ANS, dos órgãos de defesa do consumidor ou do Poder Judiciário terão corresponsabilidade e punição, nos termos do capítulo 11 - Intercâmbio Jurídico deste manual.

6.2.1. Todo o processo de liberação de procedimentos, seja no intercâmbio eventual/habitual, seja para liberações em custo operacional de beneficiários repassados em pré-pagamento, deverá ser realizado on-line, com exceção das condições de contingência expressamente definidas no Item 6.3, denominado “Ferramentas para o processo de atendimento do intercâmbio nacional”.

6.2.1.1. O processo de atendimento deverá ocorrer em conformidade com os protocolos, as regras e as diretrizes operacionais definidos e atualizados pelos grupos técnicos componentes das equipes multidisciplinares. Caso haja descumprimento das regras, poderá ser instaurado processo em Câmara Técnica, em Câmara de Conciliação e ainda em Câmara Arbitral, de acordo com o art. 34 da *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed*, e a Norma Derivada nº 009/2006.

6.2.2. O atendimento eventual/habitual acontecerá quando o beneficiário estiver fora da área de ação da Unimed Origem. Nesses casos, o beneficiário receberá atendimento conforme as normas estabelecidas neste manual e utilizará o cartão magnético emitido pela Unimed Origem.

6.2.3. Quando o atendimento for realizado na rede credenciada classificada como Rede Básica, os custos dos atendimentos serão assumidos pela Unimed Origem e cobrados de acordo com as normas, as tabelas e os valores definidos para o Intercâmbio Nacional.

6.2.4. Quando o atendimento for autorizado/realizado na rede credenciada classificada como Rede Especial ou Rede Master, conforme disposto em cobertura contratual e informado no cartão de identificação do beneficiário, os valores seguirão os contratualizados entre a Unimed Executora e o prestador.

6.2.5. Quando não for possível o atendimento na rede credenciada, ou seja, se o atendimento ocorrer fora da rede credenciada, deverão ser observadas as regras previstas no capítulo 12 - Reembolso no Intercâmbio.

6.2.6. O beneficiário no intercâmbio eventual/habitual receberá atendimento quando o contrato possuir coparticipação e franquia, entendidos como “fator moderador”. Essa condição contratual não poderá constituir restrição de atendimento, mesmo que descrita no cartão de identificação. Será de responsabilidade da Unimed Origem a cobrança desse “fator moderador”, vinculado à cobertura contratual do beneficiário.

6.2.7. Para atendimento do beneficiário no intercâmbio, considerando o que preconizam os normativos regulatórios, quando se tratar de cobertura às complicações de eventos que constituem exceções à cobertura obrigatória, estabelece-se que: *“se advierem complicações como consequência dessas exceções, dependentes ou não do evento inicial não coberto, na iminência de risco de vida ou não, emergenciais ou não, como também, ciente ou não a operadora da realização de tais procedimentos sob a responsabilidade do paciente, ocorrido o infortúnio passa a ser de inteira responsabilidade da operadora a cobertura da complicação dos procedimentos não cobertos ou das exceções, desde que essas complicações tenham cobertura legal ou contratual obrigatórias”*. Sendo assim, haverá a obrigatoriedade da cobertura com responsabilidade de pagamento por parte da Unimed Origem. Cabe ressaltar que essa regra obriga a Unimed Executora a realizar em tempo hábil o pedido de autorização para o procedimento decorrente da complicação, bem como a justificar tecnicamente os atendimentos prestados.

6.2.8. No processo de atendimento, o contato com estabelecimento de saúde, em qualquer situação, só poderá ocorrer pela Unimed Executora (contratante direta do prestador), salvo exceções previamente acordadas entre as Unimed Origem e Executora.

6.2.8.1. No processo de atendimento, a Unimed Origem não deve enviar autorizações ou informações diretamente para os prestadores. As autorizações/informações devem ser enviadas somente para a Unimed Executora.

6.2.8.1.1. Quando necessário recurso para atendimento em atenção domiciliar (assistência, internação, entre outros), e se a Unimed Executora tiver disponível esse serviço, deverá ser encaminhado orçamento para aprovação prévia da Unimed Origem.

6.2.8.2. A Unimed Origem, em parceria com a Unimed Executora, poderá acordar visitas às filiais de empresas contratantes, orientando-as sobre os processos de atendimento e autorização.

6.2.8.3. Quando a Unimed Origem responder a uma transação com status “em estudo”, os atendimentos liberados pelo WSD não poderão ser glosados/contestados por quaisquer destes motivos: Beneficiário Inativo, Atendimento com Cartão Vencido; Beneficiário em Cumprimento de Carência ou CPT e Abrangência ou Ausência de Cobertura Contratual.

6.3. Ferramentas para o processo de atendimento do Intercâmbio Nacional

WSD-Intercâmbio

6.3.1. O software **WSD-Intercâmbio** da Unimed do Brasil tem por finalidade rotear todas as transações no Intercâmbio Eletrônico e aplicar regras de autorização automática nas situações descritas abaixo, seja em atendimento eletivo, seja em urgência/emergência.

6.3.1.1. Quando a Unimed Origem estiver on-line, o **WSD autorizará automaticamente** as transações respondidas como “em estudo” que possuírem, em sua totalidade, procedimentos da Tabela de Baixo Risco definida pela Unimed do Brasil.

6.3.1.2. Em contingência, ou seja, quando a Unimed Origem estiver off-line, o roteador **WSD autorizará automaticamente** as transações, quando estas possuírem em sua totalidade itens da Tabela de Baixo Risco definida pela Unimed do Brasil.

6.3.1.3. O WSD não autorizará, independentemente do prazo estabelecido neste manual, as transações de itens da Tabela de Baixo Risco que se enquadrarem nas situações abaixo relacionadas:

- Qualquer tipo de codificação genérica;
- Código de materiais e medicamentos;
- Sinalização de que o prestador é de Rede Especial ou de Rede Master, independentemente de ser considerado como urgência/emergência;
- Qualquer tipo de informação no campo de “mensagem/observação” da transação;
- Data de atendimento retroativa;
- Quantidade do procedimento maior que a definida na referida tabela;
- Sinalização de que se trata de liminar judicial.

6.3.1.4. Quando a Unimed Executora solicitar itens que não constam na Tabela de Baixo Risco e a Unimed Origem não cumprir os prazos estabelecidos neste manual, a Unimed Executora poderá emitir a autorização por meio da transação de “decorso de prazo” que trafegará pelo WSD, assumindo a partir desse instante a responsabilidade pelo cumprimento das regras de auditoria definidas neste manual e pelo CNA. A Unimed Origem deve responder de imediato e automaticamente, via sistema de gestão, com um número da senha de autorização, conforme previsto nas definições do *Manual do PTU Online*. Salientamos que a transação de “decorso de prazo” não poderá ser aplicada quando a sala de chat estiver pendente com a Unimed Executora ou for repassada indevidamente para a Unimed Origem.

6.3.2. Se o WSD estiver indisponível, o Sistema Autorizador da Unimed Executora deve liberar os procedimentos da Tabela de Baixo Risco de acordo com as informações constantes no cartão de identificação. Para os procedimentos que necessitam de autorização a solicitação deverá ocorrer via e-mail.

6.3.3. Quando uma Unimed estiver impossibilitada tecnologicamente de realizar as autorizações por meio do Intercâmbio Eletrônico, deverá imediatamente passar a executá-las “em contingência” por meio da Interface Única de Autorizações, para os procedimentos que necessitam de autorização.

6.3.4. Em caso de falhas contínuas no envio ou na resposta das transações no período superior a 1 (uma) hora, as UnimedS deverão obrigatoriamente alterar seu status na ferramenta WSD de “on-line” para “off-line”. A partir do momento em que a situação for regularizada, caberá à própria Unimed reativar o status para “on-line”.

6.3.5. Caso a ação prevista anteriormente não tenha sido realizada, e se a Unimed continuar a apresentar falhas por um período superior a 03(três) horas corridas, com exceção de sábados, domingos e feriados, terá o seu status alterado pela Unimed do Brasil de “on-line” para “off-line”.

6.3.6. Após esse período, serão aplicadas as regras da Tabela de Baixo Risco. No momento em que a situação for regularizada pela Unimed que apresentou falhas no envio ou na resposta das transações, a Unimed do Brasil deverá ser comunicada, e esta terá o prazo de até 1 (uma) hora para reativar o status da Unimed para “on-line”.

6.3.7. As transações para visualização no WSD ficarão disponíveis para as UnimedS por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses após a data da primeira solicitação/do primeiro pedido.

6.3.8. A Unimed do Brasil guardará o histórico das transações por até 10 (dez) anos e somente o disponibilizará para as UnimedS para auxiliá-las nos casos de demandas judiciais ou em caráter excepcional, com a devida comprovação.

Interface Única de Liberações

6.3.9. A ferramenta Interface Única de Liberações é utilizada somente nos processos de atendimento e autorização das UnimedS (Executora ou Origem) que estão operando com status “em contingência”. Deve ser utilizada para procedimentos que não constam na Tabela de Baixo Risco e internações, bem como em casos de OPME e outros itens que necessitam de autorização, os quais respeitarão regras estabelecidas neste manual.

6.3.10. Somente na hipótese de a Unimed estar impossibilitada de realizar o Intercâmbio Eletrônico via WSD ela deverá atuar “em contingência” por meio da Interface Única de Autorizações de Intercâmbio da Unimed do Brasil.

6.3.11. A Unimed que utilizar a interface deve, obrigatoriamente, manter computador com monitor dedicado ao display de liberações e colaborador disponível para encaminhar e responder às solicitações recebidas, conforme prazos definidos neste manual.

6.3.12. Quando a Interface Única de Autorizações de Intercâmbio estiver inoperante, a autorização será realizada por e-mail.

Chat de intercâmbio

6.3.13. Software oficial da Unimed do Brasil que permite o diálogo entre as UnimedS para agregar informações às transações, permite também o envio de anexos como laudos e imagens, entre outros.

6.3.14. Quando o Chat de Liberações estiver inoperante, a troca de informações e documentações será realizada por e-mail.

6.3.15. Esta ferramenta não é autorizadora, e sim ferramenta de apoio ao WSD e à Interface Única de Liberações para diálogo entre as UnimedS.

6.3.16. As conversas entre as UnimedS registradas no Chat ou em qualquer outro meio de comunicação não são consideradas como registro de atendimento pelas resoluções normativas da ANS.

6.3.17. É terminantemente proibido que as conversas sejam impressas e entregues aos beneficiários e/ou à rede credenciada, pois se referem a informações internas do Sistema Unimed. Caso exista alguma demanda judicial relacionada, será objeto de análise do intercâmbio jurídico.

6.4. Regras do Processo Operacional de Autorização

6.4.1. As UnimedS, com base no sistema autorizador (próprio ou terceirizado), realizarão o Intercâmbio Eletrônico obedecendo às seguintes regras:

6.4.1.1. Prioritariamente, a transação de liberação deve partir do próprio prestador que a solicitar, como forma de garantir e tornar ágil o processo de liberação do atendimento. Para tanto o prestador deve estar equipado e habilitado para operar em conformidade com as normas da TISS da ANS, bem como conectado ao autorizador da Unimed Executora, que realizará a transação de Intercâmbio Eletrônico à Unimed Origem.

6.4.1.2. A transação de Intercâmbio Eletrônico deverá seguir os padrões do PTU vigente.

6.4.1.3. As UnimedS utilizarão obrigatoriamente autorizadores homologados pela Unimed do Brasil, cujas informações deverão estar parametrizadas em conformidade com as coberturas contratuais previstas.

6.4.2. As UnimedS que possuem o sistema de captura implantado na rede credenciada devem solicitar autorização para todos os procedimentos, independentemente do valor. Para paciente internado, deve-se seguir a regra específica para sua condição.

6.4.3. Nos casos de transação on-line no intercâmbio eletrônico, não serão validadas pela Unimed Executora as informações de validade do cartão, abrangência geográfica, carências e coberturas. É de responsabilidade da Unimed Origem a parametrização do sistema de gestão e autorizador para validação dessas informações.

6.4.4. Assim que receber a solicitação de autorização do beneficiário de Intercâmbio, a Unimed Executora deverá realizar a transação de pedido de autorização imediatamente à Unimed Origem, **respeitando os prazos máximos:**

- **Imediato:** nos casos de urgência e emergência, de serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial e de demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial que constam na Tabela de Baixo Risco;
- **Até 01 (um) dia útil:** para serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, quando não inclusos na Tabela de Baixo Risco;
- **Até 02 (dois) dias úteis:** para demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial e atendimentos em regime de **hospital-dia**;
- **Até 04 (quatro) dias úteis:** para Procedimentos de Alta Complexidade – PAC (medicamentos quimioterápicos e com diretrizes de utilização) e atendimentos em regime de internação eletiva.

Notas: Os prazos definidos acima devem ser cumpridos independentemente de o procedimento contemplar OPMEs.

6.4.5. É obrigatória a análise prévia da auditoria da Unimed Executora antes de se encaminhar a solicitação de autorização à Unimed Origem nos seguintes casos:

- Todas as internações;
- Procedimentos de hemodinâmica;
- Radiologia intervencionista;
- Radioterapia;
- Terapia renal substitutiva;
- Medicamentos para tratamentos oncológicos (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes);
- Órteses, próteses e materiais especiais.

6.4.6. A documentação complementar prevista e aprovada para os procedimentos estabelecidos pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos deverá ser direcionada obrigatoriamente no ato da solicitação pela Unimed Executora via Chat de Intercâmbio. Caso haja o descumprimento dessa regra, o ônus decorrente de sanções aplicadas pelos órgãos reguladores poderá ser repassado à Unimed Executora.

6.4.7. Para os itens contemplados na **Tabela de Baixo Risco**¹, a Unimed Origem terá duas possibilidades de resposta: “autorizado” ou “negado”; não é permitido colocar o status “em estudo”. O sistema de gestão das Unimeds apenas checará as seguintes informações: situação cadastral (beneficiário ativo ou não); mensalidade em dia ou não, ou seja, se está suspenso conforme a legislação; carência, se houver; abrangência e cobertura contratual do plano; e tipo de acomodação.

6.4.8. No processo de autorização de itens não contemplados na Tabela de Baixo Risco, a Unimed Origem terá três possibilidades de resposta: “autorizado”, “negado” ou “em estudo”. As situações classificadas como “em estudo” caracterizam-se pela necessidade de análise da auditoria médica/de enfermagem ou farmacêutica, ou de aprovação da empresa contratante de planos na modalidade de custo operacional. Em algumas situações, será necessário o envio de documentação (relatório médico, laudo de exames ou transcrição destes), conforme critérios estabelecidos pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed. A Unimed Executora informará ao prestador que a solicitação está sob análise da Auditoria Médica. As Unimeds não podem enviar mensagem de negativa para o beneficiário e para a rede credenciada quando o retorno da transação apresentar status “em estudo”. Nos casos de urgência/emergência, devem ser seguidas as regras específicas para essa condição.

6.4.8.1. A Unimed Origem não poderá deixar “em estudo” as transações nas situações de carência, abrangência, cobertura contratual e beneficiário excluído/inativo.

1 Alteração aprovada pelo Conselho Confederativo com fundamento no §1º do Art. 2º da Norma Derivada nº 06/2014

6.4.9. Prazos de resposta da Unimed Origem para qualquer tipo de contratação:

- **Imediato:** nos casos de urgência e emergência, de serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial e de demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial que constam na Tabela de Baixo Risco;
- **Até 02 (dois) dias úteis:** para serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, quando não inclusos na Tabela de Baixo Risco;
- **Até 02 (dois) dias úteis:** para procedimentos da Tabela de Baixo Risco que permaneceram com status “em estudo”, de acordo com as exceções previstas no MIN;
- **02 (dois) dias úteis:** para remoções eletivas;
- **03 (três) dias úteis:** para demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial e atendimentos em regime de hospital-dia;
- **05 (cinco) dias úteis:** para demais codificações sem prazo definido nas tabelas utilizadas no intercâmbio nacional;
- **06 (seis) dias úteis:** para procedimentos de alta complexidade (medicamentos quimioterápicos e com diretrizes de utilização) e atendimentos em regime de internação eletiva.

Nota: Os prazos definidos acima devem ser cumpridos independentemente de o procedimento contemplar OPMEs.

Descrição	Prazo da ANS para resposta à realização da solicitação (RN 259/RN 395)		Proposta para o MIN para atender à Resolução		Total do prazo	Junta Médica
			Unimed Executora	Unimed Origem		
Urgência e emergência	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Seguir o prazo previsto no item 6.4.32
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	Até 03 dias úteis	Até 03 dias úteis	Tabela de Baixo Risco ou até 01 dia útil	Tabela de Baixo Risco ou até 02 dias úteis	Imediato ou até 03 dias úteis	
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	Até 10 dias úteis	Até 05 dias úteis	Tabela de Baixo Risco ou 02 dias úteis	Tabela de Baixo Risco ou até 03 dias úteis	Imediato ou até 05 dias úteis	
Atendimento em regime de hospital-dia	Até 10 dias úteis	Até 05 dias úteis	Até 02 dias úteis	Até 03 dias úteis	Até 05 dias úteis	
Procedimentos de alta complexidade – PAC (medicamentos quimioterápicos e com diretrizes de utilização)	Até 21 dias úteis	Até 10 dias úteis	Até 04 dias úteis	Até 06 dias úteis	Até 10 dias úteis	
Atendimento em regime de internação eletiva	Até 21 dias úteis	Até 10 dias úteis	Até 04 dias úteis	Até 06 dias úteis	Até 10 dias úteis	

6.4.10. Caso não haja retorno da Unimed Origem dentro do prazo determinado, poderá ser aplicada a regra do “decurso de prazo”, ou seja, a Unimed Executora poderá emitir a autorização por meio de transação de comunicado de “decurso de prazo” que trafejará pelo WSD, assumindo a partir desse instante a responsabilidade pelo cumprimento das regras de auditoria definidas neste manual e pelo CNA. A Unimed Origem deve responder de imediato e automaticamente, via sistema de gestão, com um número da senha de autorização, conforme previsto nas definições do *Manual do PTU On-line*.

6.4.10.1. Quando o processo de autorização estiver em junta médica e devidamente informado no Chat, não é permitido aplicar transação de comunicado de decurso de prazo.

6.4.10.2. Quando a sala de chat estiver pendente com a Unimed Executora ou repassada indevidamente para a Unimed Origem, não é permitido aplicar transação de comunicado de decurso de prazo.

6.4.11. A Unimed Origem terá o prazo máximo de até 12 (doze) horas comerciais para analisar e questionar, de uma única vez, as informações fornecidas pela Unimed Executora, e esta deverá responder à solicitação no prazo máximo de até 1 (um) dia útil da requisição. Nesse caso, a transação deverá permanecer “em estudo”. É proibida a solicitação de qualquer outro documento além dos previstos na lista de racionalização de intercâmbio do Colégio Nacional de Auditores (CNA).

6.4.11.1. A obtenção de qualquer outro documento além daqueles contemplados na lista de racionalização do intercâmbio do Colégio Nacional de Auditores é de responsabilidade da Unimed Origem, respeitados os prazos de autorização definidos neste manual.

6.4.11.2. A Unimed Origem não poderá negar a transação de pedido de autorização quando estiver aguardando documentação complementar.

6.4.12. **Há necessidade de autorização prévia da Unimed Origem para todos os procedimentos sinalizados como “sem cobertura” no Rol de Procedimentos Médicos Unimed** (publicado pela Unimed do Brasil) vigente na data do atendimento, e a Unimed Executora deverá obrigatoriamente encaminhar o valor negociado com a rede credenciada para esse procedimento no campo específico da transação do pedido de autorização, conforme padrão do PTU.

6.4.12.1. Os valores informados na aba “sem cobertura” do *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* devem servir de orientação para cobrança em intercâmbio.

6.4.12.2. Por tratar-se de procedimentos sem cobertura, caso a Unimed Executora apresente valor negociado com a rede credenciada maior do que o constante no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* cabe à Unimed Origem, em caso de autorização, acatar os valores da Unimed Executora.

6.4.12.3. A Unimed Origem fica obrigada, quando autorizados os procedimentos sem cobertura, a realizar o pagamento integral, sem possibilidade de glosa/contestação.

6.4.12.4. Caso a Unimed Origem não acate o valor, deverá encaminhar o beneficiário para realizar o procedimento em sua área de ação.

6.4.13. Para os **procedimentos cobertos, porém sem valores definidos no Rol de Procedimentos Médicos Unimed** (publicado pela Unimed do Brasil) vigente na data do atendimento, a Unimed Executora é obrigada, ao solicitar a autorização, a informar o valor negociado com a rede credenciada em campo específico da transação, conforme padrão do PTU.

A Unimed Origem fica obrigada a realizar o pagamento integral quando autorizar esses procedimentos, sem possibilidade de glosa/contestação.

Caso a Unimed Origem não acate o valor, deverá encaminhar o beneficiário para realizar o procedimento em sua área de ação.

6.4.14. **Quando não houver rede credenciada** para realização de determinado procedimento na área de ação da Unimed Executora, esta não realizará a transação de pedido de autorização. É obrigatória a comunicação entre as partes, que deverá ser por e-mail.

6.4.15. **Quando for opção do beneficiário realizar procedimentos de forma particular**, depois que oferecida a este a rede credenciada ou um cooperado que os realize, a Unimed Executora deverá utilizar os formulários definidos pela Unimed do Brasil ou próprios, desde que contenham todas as informações obrigatórias, com a ciência do beneficiário de exclusão de honorários médicos no ato do pedido de autorização via Chat.

6.4.16. **Na ausência do médico solicitante**, o auditor médico da Unimed Executora poderá transcrever as informações necessárias, inclusive laudos de exames a serem enviados para a Unimed Origem, via Chat de Intercâmbio.

6.4.17. No Intercâmbio Nacional não é permitida a solicitação do **pedido médico original** ou de cópia, seja por fax, seja por Chat ou e-mail. Reforçamos que todas as informações do pedido médico devem trafegar na transação do pedido de autorização/complemento. Os documentos definidos como obrigatórios pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed deverão ser anexados ao Chat.

6.4.18. A **guarda de documentos** com relação ao Termo de Consentimento relativo às cirurgias de vasectomia e laqueadura é de responsabilidade do estabelecimento de saúde onde foi executado o serviço, porém é aconselhável que a Unimed Executora e a Unimed Origem guardem uma cópia dessa documentação. O envio dessa documentação à Unimed Origem deve ser realizado por meio do Chat de Intercâmbio. Cabe ressaltar que o

Termo de Consentimento da cesariana deve ser guardado pelo prestador, conforme legislação vigente.

6.4.18.1. Cabe ao médico assistente a comunicação da realização dos procedimentos aos órgãos competentes, conforme a legislação vigente.

6.4.19. Os prazos do processo de autorização das empresas em custo operacional são de responsabilidade da Unimed contratada e não se sobrepõem aos estabelecidos neste manual. Na autorização do beneficiário contratante na modalidade de Custo Operacional, a Unimed Origem deverá informar o status 3 = Pendente para Autorização da Empresa, conforme previsto no layout do PTU on-line. A solicitação não concluída nos prazos previstos neste manual poderá ser “autorizada” pelo WSD ou por decurso de prazo pela Unimed Executora.

6.4.20. A **validade da autorização** é de até 60 (sessenta) dias a contar da data de autorização ou de data limite menor estipulada pela Unimed Origem, no caso de beneficiário com data de exclusão programada. Essa informação deverá ser encaminhada pela transação, não tendo validade a informação inserida em Chat ou em campo de observação.

6.4.21. No **tratamento seriado**, a continuidade do atendimento poderá ser prestada após a validade de 60 (sessenta) dias e enquanto o beneficiário estiver de posse do cartão de identificação válido, considerando como limite o número de sessões liberadas pela Unimed Origem, que efetuará o pagamento total das sessões realizadas.

6.4.22. **Quando algum procedimento for excluído do Rol de Procedimentos Médicos Unimed** editado pela Unimed do Brasil por motivo de atualização, no período entre a emissão da guia e a realização do procedimento pelo beneficiário a Unimed Origem é obrigada a realizar o pagamento de acordo com o código do item autorizado.

6.4.23. Os **códigos e valores dos procedimentos que devem ser utilizados no processo de liberação são os previstos no Rol de Procedimentos Médicos Unimed** vigente na data do atendimento. Os códigos das diárias e taxas hospitalares a serem utilizados no processo de liberação são os previstos nas tabelas vigentes – adotadas e publicadas pela Unimed do Brasil – na data de atendimento.

6.4.23.1. Os valores de diárias e taxas deverão respeitar os contratos negociados com a rede prestadora, bem como os estabelecidos pelo Colégio Nacional de Auditores.

6.4.24. **Os códigos e valores dos materiais e medicamentos** a serem utilizados no processo de liberação são os previstos nas tabelas vigentes, adotadas e publicadas pela Unimed do Brasil na data de atendimento. A Unimed Executora não poderá solicitar autorização de material e medicamento de consumo, insumos radioativos e filme radiológico à Unimed Origem.

6.4.25. Toda **medicação ambulatorial** prescrita em consultório que não faça parte da cobertura ambulatorial conforme a legislação vigente, bem como seus insumos e taxas, somente poderá ser cobrada se houver autorização expressa da Unimed Origem.

6.4.26. **Não se poderá solicitar autorização para as taxas pertinentes** aos procedimentos realizados, que deverão ser cobradas em conformidade com as regras vigentes estabelecidas pelo Colégio Nacional de Auditores e no *Manual de Consultas e Normas de Auditoria Médica e Enfermagem* na data do atendimento.

6.4.26.1. As codificações de remoções classificadas como taxa na Tabela 18, disponível no Portal Unimed, devem seguir os critérios de autorização estabelecidos no **item 6.16 - Regras de remoções**.

6.4.27. Para os **procedimentos que não possuem porte anestésico** cabe apenas a análise da auditoria médica da Unimed Executora em caso de necessidade da participação do anestesista. Nesse caso não deverá solicitar autorização à Unimed Origem. Para procedimentos que não constam na Tabela de Baixo Risco, a cobrança desse honorário deve ser justificada em conta. Para os procedimentos que constam na Tabela de Baixo Risco não há necessidade de justificativa em conta.

6.4.28. Fica obrigada a Unimed Executora a solicitar autorização prévia à Unimed Origem para todos os **procedimentos com diretrizes de utilização definidas pela ANS** constantes do *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* (editado pela Unimed do Brasil) vigente na data do atendimento, independentemente do valor do procedimento. Essa regra não se aplica para os casos definidos pelo Colégio Nacional de Auditores.

6.4.29. Fica obrigada a Unimed Executora a solicitar autorização prévia à Unimed Origem para todos os **medicamentos com diretrizes de utilização definidas pela ANS**, independentemente do valor. Essa regra não se aplica para os casos definidos pelo Colégio Nacional de Auditores.

6.4.30. Antes de encaminhar a solicitação de autorização à Unimed Origem, a Unimed Executora é obrigada a **auditar previamente**:

- Todas as internações eletivas;
- Procedimentos de hemodinâmica;
- Radiologia intervencionista;
- Radioterapia;
- Terapia renal substitutiva;
- Medicamentos para tratamentos oncológicos (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes);
- Órteses, próteses e materiais especiais.

6.4.30.1. A Auditoria Médica da Unimed Executora deve obedecer aos critérios preconizados pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed e às diretrizes da ANS, e levar em consideração no ato da análise as mesmas condições que aplica aos seus beneficiários.

Nos casos em que for encontrada divergência, a Unimed Executora deve informar os fatos por meio do Chat de Intercâmbio, encaminhando o parecer do auditor local com sua devida identificação. A Unimed Origem, por sua vez, é responsável pela liberação ou não do procedimento, de acordo com as informações recebidas da Unimed Executora.

6.4.30.2. A Unimed Executora deve levar em consideração as recomendações elaboradas pelas Câmaras Técnicas Nacionais de Medicina Baseada em Evidências (CTNMBE) e de Oncologia (CTNO) que demonstrem as indicações clínicas precisas para sua utilização e que não necessitem de autorização da Unimed Origem. Os estudos ratificados pelo Colégio Nacional de Auditores servem como regras.

6.4.31. A Unimed Executora é obrigada a realizar a **avaliação/perícia médica** quando solicitada formalmente via Chat pela Unimed Origem, desde que a avaliação/perícia médica esteja prevista na tabela de racionalização.

Essa solicitação implicará a realização de uma nova transação de pedido de autorização por parte da Unimed Executora, com o código específico de avaliação/perícia médica constante no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* vigente na data do atendimento, adotado e publicado pela Unimed do Brasil, que será remunerada de acordo com *Rol de Procedimentos Médicos Unimed*. Não cabe à Unimed Executora definir se o procedimento será “autorizado” ou “negado”; as informações prestadas servem para auxiliar a análise da Unimed Origem.

A Unimed Executora deverá utilizar os formulários definidos pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed ou próprios, desde que contenham todas as informações obrigatórias e padronizadas pelo CNA.

6.4.32. A **junta médica/terceira opinião**, conforme a legislação vigente, poderá ser solicitada pela Unimed Origem dentro do prazo de resposta do processo de autorização, quando houver divergência médica.

As Unimeds deverão utilizar os formulários definidos pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed ou próprios, desde que contenham todas as informações obrigatórias e padronizadas pelo CNA e pela legislação vigente.

É de responsabilidade da Unimed Executora a realização de junta médica, cujo parecer conclusivo deverá ser encaminhado à Unimed Origem em até 10 (dez) dias úteis contados a partir da data de solicitação da junta médica.

Caso haja impossibilidade técnica, administrativa e estrutural devidamente justificada, a responsabilidade passa a ser compartilhada entre a Unimed Executora e sua Federação.

Na impossibilidade de se realizar a junta médica pela Unimed Executora e pela Federação, deverá ser encaminhada uma justificativa à Unimed Origem para que esta possa instaurar o processo em questão, ficando a Unimed Executora responsável por contribuir com a Unimed Origem para a realização da respectiva junta.

A Unimed Origem poderá optar pela realização de junta médica quando assim entender pertinente. É obrigatório manter a Unimed Executora informada, via Chat, desde o início do processo.

A junta médica implicará a realização de uma nova transação de pedido de autorização por parte da Unimed Executora, com código específico de junta médica ou terceira opinião constante no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* vigente na data do atendimento (adotado e publicado pela Unimed do Brasil), que será remunerada de acordo com o *Rol de Procedimentos Médicos Unimed*.

Não cabe à Unimed Executora definir se o procedimento será “autorizado” ou “negado”; as informações prestadas devem auxiliar a análise da Unimed Origem.

Importante: No caso de formação de junta médica, conforme resolução CONSU nº 8, inciso V, do art. 4, devem ser cumpridos os prazos previstos na resolução da ANS vigente na data do atendimento.

6.4.33. A Unimed Executora deverá cancelar a transação e solicitar uma nova, durante o processo de solicitação de autorização, para os casos de digitação indevida ou de necessidade de troca de código, com anuência prévia do médico assistente por parte da Unimed Executora/Origem.

6.4.34. As **transações realizadas com conteúdo diferente dos padrões** previstos neste manual e no manual do PTU deverão ser refeitas pela Unimed Executora imediatamente após o apontamento pela Unimed Origem. Deverão ser realizadas via Interface Única de Liberação caso o sistema de gestão da Singular não permita o envio de uma nova transação correta.

6.4.35. Nos casos em que o **cartão de identificação do beneficiário não estiver de acordo com a padronização determinada pela Unimed do Brasil**, a Unimed Origem arcará com todos os custos relacionados ao atendimento decorrente da(s) informação(ões) constante(s) no cartão, além das penalidades institucionais previstas.

6.5. Atendimento de beneficiário sem cartão de identificação

6.5.1. Somente é permitido o atendimento de beneficiário sem cartão de identificação em caráter de **urgência/emergência**, sendo obrigação do prestador realizar contato com a Unimed Executora; esta fica obrigada a realizar a consulta do beneficiário nas ferramentas (WSD ou interface) utilizando o seu número do CPF, a fim de identificá-lo e providenciar a autorização, independentemente do valor.

6.5.2. Para os atendimentos eletivos, quando o **beneficiário estiver sem cartão de identificação**, ele deverá ser direcionado à Unimed Executora para providências de autorização.

6.6. OPME (órgeses, próteses e materiais especiais)

6.6.1. **Cabe ao médico assistente cumprir a RN 387, a RN 424 e Resolução CFM 1956, ou aquelas que vierem a substituí-las, no que tange à indicação de OPME.** Para a liberação de atendimento de OPME (órgeses, próteses e materiais especiais) com classificação definida na tabela TUSS/TNUMM que fazem parte do ato cirúrgico cabe ao médico assistente determinar as características (**tipo, matéria-prima, dimensões**) de órgeses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.

6.6.1.1. O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.

6.6.1.2. Ao receber a solicitação de autorização, a Unimed Executora deverá realizar auditoria prévia do pedido e, se identificado conflito ético, ou ainda se identificado material de outra marca que atenda às mesmas características do material solicitado, deverá fazer contato com o médico solicitante para comunicação da divergência, respeitando os prazos estabelecidos no item 6.4 - Regras do Processo Operacional de Autorização (ver subitem 6.4.4).

6.6.1.3. Da mesma forma, quando a Unimed Origem receber o pedido de autorização deverá realizar auditoria do pedido e, se identificado conflito ético, ou ainda se identificado material de outra marca que atenda às mesmas características do material solicitado, deverá solicitar que a Unimed Executora faça contato com o médico solicitante para comunicação da divergência, respeitando os prazos estabelecidos no item 6.4 - Regras do Processo Operacional de Autorização (ver subitem 6.4.9). O material indicado pela Unimed Origem deve ser considerado entre aqueles padronizados/normatizados pela Unimed Executora.

6.6.1.3.1. Para o adequado cumprimento da RN 387, RN 424 e Resolução CFM 1956 pode à Unimed de Origem fazer contato com o médico assistente, não cabendo à Unimed Executora opor impedimento.

6.6.1.4. Para os casos em que o médico assistente recusar o material disponibilizado, ele deverá, obrigatoriamente, fazer desqualificação por escrito (conforme formulário de desqualificação padrão adotado no Sistema Unimed) e indicar 03 (três) marcas que atendam às características especificadas, conforme legislação vigente do Conselho Federal Medicina¹ e da ANS.

6.6.1.5. Na recusa por parte do médico assistente ao fluxo legal, a Unimed Executora deverá oficiar o médico assistente, o diretor técnico do hospital, o Conselho Regional de Medicina ou Odontologia e a Unimed Origem (para que esta comunique o beneficiário). Em conjunto com a Unimed Origem, será disponibilizado outro profissional para a realização do procedimento.

1 Resolução Conselho Federal Medicina (CFM) no 1.956/10 e Resolução Normativa ANS nº 211/10, ou outra que a substituir.

6.6.1.5.1. O Processo previsto no item 6.6.1.3 poderá ser realizado pela Unimed Origem, que deverá dar ciência à Unimed Executora de todas etapas realizadas em comum acordo entre as partes, considerando a integridade do Sistema Unimed.

6.6.2. Para OPMEs negociados pelo CTNPM com valores inferiores a 06 (seis) consultas médicas eletivas (considerar valor unitário) não há necessidade de autorização prévia da Unimed Origem. Caso haja o pedido de autorização, não cabe negativa por esse motivo.

6.6.3. No ato da solicitação de autorização, a Unimed Executora fica obrigada a encaminhar a codificação da tabela TUSS/TNUMM e os valores das OPMEs no campo previsto na transação eletrônica, conforme layout do PTU on-line.

6.6.3.1. Quando utilizado o código genérico (por não existir a respectiva codificação nas tabelas trafegadas no intercâmbio nacional), deverão ser informadas as características do material (**descrição, tipo, matéria-prima, dimensões e fabricante**) no campo “Descrição do serviço”, conforme layout do PTU on-line.

6.6.4. As autorizações ou negativas emitidas pela Unimed Origem devem ser acompanhadas de parecer técnico identificado com o nome e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico responsável por sua elaboração. Os dados do médico auditor da Unimed Origem não devem ser informados à rede credenciada e ao beneficiário, pois são informações internas do Sistema Unimed.

6.6.5. Os valores de OPME (órgãos, próteses e materiais especiais) devem obedecer aos valores negociados pelo Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos Unimed (CTNPM) no atendimento eletivo, em urgência/emergência e no atendimento ambulatorial para toda a rede básica, inclusive a rede própria (hospital Unimed). Essa regra não se aplica aos hospitais de Rede Especial ou Rede Master. Em caso de descumprimento da regra, a Unimed Origem poderá tomar as providências conforme descrito no capítulo 10 - Processo de contestação/glosa.

6.6.5.1. Caso o material não tenha negociação no CTNPM, a Unimed Executora deverá encaminhar o valor cotado com a sua rede credenciada/fornecedor no campo definido pelo PTU on-line. Quando houver material equivalente negociado pelo CTNPM na tabela de equivalência publicada pela Unimed do Brasil, este será o valor máximo para a cobrança do referido material.

Parágrafo 1º - No caso de não observância quanto ao disposto nos itens acima pela Unimed Executora, estará ela sujeita a ressarcir os prejuízos causados à Unimed Origem sem prejuízo das demais sanções previstas neste manual e na Norma Derivada de Penalidades nº 10/2009.

Parágrafo 2º - Recomenda-se que a Unimed Origem, em consonância com a Unimed Executora, oficie o Conselho Regional de Medicina (CRM) respectivo sempre que houver indícios de que o médico praticou atos que afrontam o Código de Ética Médica, especialmente as determinações estabelecidas na Resolução CFM nº 1.956/2010.

6.6.6. No atendimento eletivo, quando a Unimed Origem comprovar que existem divergências dos valores apresentados de órteses, próteses e materiais especiais em relação ao preço cotado pela Unimed Executora, para material não negociado pelo CTNPM caberá à Unimed Origem encaminhar por meio do Chat, antes da aprovação da transação, até três orçamentos desses materiais, desde que sejam orçamentos dos fornecedores da área de ação da Unimed Executora.

NOTA: O orçamento deverá:

1. Levar em consideração a especificação do produto e a quantidade (que devem ser equivalentes ou exatamente iguais);
2. Possibilitar a identificação do fornecedor, exemplo e-mail do fornecedor e não no formulário da Unimed, com data de emissão no período máximo de 30 dias.

REGRA: Será pago à Unimed Executora o orçamento de menor valor.

6.6.7. A Unimed Executora é obrigada a realizar a negociação e o fornecimento de OPME para o beneficiário de intercâmbio, assim como para o beneficiário local. Caso haja divergências de valores observadas nos orçamentos, a Unimed Origem poderá fornecer OPME (órtese, prótese e materiais especiais) diretamente ao prestador, garantindo a logística e entrega do material, desde que a Unimed Executora permita a negociação direta devidamente registrada no Chat.

6.6.8. **Para OPME negociado pelo CTNPM**, fica a Unimed Executora obrigada a acatar os valores negociados pelo referido Comitê. Cabe ressaltar que, se a negociação da Unimed Executora com o fornecedor for inferior aos valores negociados pelo CTNPM, estes devem ser repassados à Unimed Origem. Essa regra não se aplica aos hospitais da Rede Especial e/ou da Rede Master.

6.6.9. A taxa de serviço de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição de OPME (órteses, próteses e materiais especiais) deve estar contratualizada com a rede credenciada, e o valor percentual da taxa é limitado a 15% sobre o valor da OPME, considerando o valor do material efetivamente utilizado. Não poderá ser solicitada autorização dessa taxa quando o atendimento ocorrer na rede básica. Para os hospitais das redes Especial e Master somente será necessário pedido de autorização da taxa quando esta ultrapassar o percentual supramencionado; nesse caso é obrigatória a informação do valor em percentual.

6.6.10. Caso **durante o ato cirúrgico seja necessária alteração da OPME** previamente autorizada, não é necessária uma nova autorização, desde que o novo OPME seja similar ao autorizado anteriormente, tenha relação com o procedimento autorizado e, ainda, que seu valor seja inferior ou igual ao previamente autorizado. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS.

6.10.1. Para **OPMEs com valores superiores ao valor autorizado** deve haver pedido de autorização posterior para a Unimed Origem, no prazo máximo de 15 dias corridos da data da alta hospitalar ou do fechamento parcial da conta (o que ocorrer primeiro), do período que compreende a realização do procedimento. Caso esse prazo não seja respeitado, fica a Unimed Executora passível de negativa por parte da Unimed Origem, que terá o prazo definido neste manual para responder, conforme o item 6.4 - Regras do Processo Operacional de Autorização (ver subitem 6.4.9). Caso não haja resposta nesse prazo, a OPME poderá ser autorizada por decurso de prazo pela Unimed Executora.

6.6.11. **Para OPMEs complementares utilizadas no ato cirúrgico e que não foram previamente autorizadas, deve ser solicitada autorização à Unimed Origem** no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos da data da alta hospitalar ou do fechamento parcial da conta (o que ocorrer primeiro), do período que compreende a realização do procedimento, mediante relatório médico detalhado com as devidas justificativas. Caso esse prazo não seja respeitado, fica a Unimed Executora passível de negativa por parte da Unimed Origem, que terá o prazo definido neste manual para responder, conforme o item 6.4 - Regras do Processo Operacional de Autorização (ver subitem 6.4.9). Caso não haja resposta nesse prazo, a OPME poderá ser autorizada por decurso de prazo pela Unimed Executora.

6.7. Consultas de Urgência e Emergência

6.7.1. O atendimento de urgência/emergência é assegurado em todo o território nacional, independentemente da abrangência geográfica contratual do beneficiário, desde que o cartão de identificação do beneficiário esteja dentro da validade.

6.7.2. A Unimed Executora, **com prestador on-line no Intercâmbio Eletrônico**, deve solicitar autorização à Unimed Origem para as consultas de urgência/emergência, que deverão obrigatoriamente ser “autorizadas” ou “negadas”. Se a Unimed Origem responder à transação como “em estudo”, o WSD a autorizará, conforme definido no item 6.3. - WSD – Intercâmbio.

6.7.3. O sistema de gestão de cada Unimed deverá ter seu produto parametrizado de acordo com a rede de prestadores declarada na ANS (divulgada no arquivo PTU A 400/A450), para evitar o retorno indevido da transação de atendimento com o status “em estudo”, pois toda transação deverá ser “autorizada” ou “negada”.

6.7.4. Os exames e procedimentos médicos decorrentes da consulta já liberada pela Unimed Origem não necessitam de autorização, desde que constem na Tabela de Baixo Risco.

6.7.5. Nos casos em que a rede credenciada não estiver on-line no intercâmbio eletrônico ou estiver operando temporariamente em contingência, deverão ser liberadas as consultas de urgência/emergência e observada a validade do cartão, sem necessidade de autorização da Unimed Origem, bem como os exames e procedimentos médicos, desde que constem na Tabela de Baixo Risco, pois estão vinculados ao atendimento inicial.

6.7.6. Os materiais e medicamentos de consumo (exceto órteses, próteses e materiais especiais) decorrentes da consulta de pronto-socorro e pronto-atendimento não necessitam de autorização, pois estão vinculados ao atendimento inicial.

6.7.7. Para os procedimentos que não constam na Tabela de Baixo Risco a Unimed Executora fica obrigada a solicitar autorização à Unimed Origem, e esta fica obrigada a autorizá-los, sendo passíveis de análise técnica na cobrança.

6.8. Consultas Eletivas

6.8.1. A Unimed Executora, com prestador on-line no Intercâmbio Eletrônico, deve solicitar autorização à Unimed Origem para consultas eletivas, que deverão obrigatoriamente ser “autorizadas” ou “negadas”. Se a Unimed Origem responder à transação como “em estudo”, o WSD a autorizará, conforme definido no item 6.3. – WSD – Intercâmbio.

6.8.2. O sistema de gestão de cada Unimed deverá estar parametrizado de acordo com a rede de prestadores credenciada declarada na ANS (divulgada no arquivo PTU A400/A450), para evitar o retorno da transação de atendimento com status “em estudo”.

6.8.3. Nos casos em que o prestador não estiver on-line no intercâmbio eletrônico ou estiver operando temporariamente em contingência, deverá liberar as consultas eletivas sem necessidade de autorização da Unimed Origem, desde que observadas a abrangência contratual, a validade do cartão e a descrição de carência explícita no seu verso, conforme definido pela Unimed do Brasil no *Manual de Padronização do Cartão Magnético*.

6.9. Atendimento ambulatorial de urgência/emergência

Seguirá as normas de consulta de urgência/emergência do item 6.7., pois o atendimento estará vinculado a essa consulta.

6.10. Atendimento ambulatorial eletivo

6.10.1. A Unimed Executora, com **prestador on-line** no Intercâmbio Eletrônico, deve solicitar autorização à Unimed Origem para todos os procedimentos, inclusive os procedimentos da Tabela de Baixo Risco.

6.10.2. Para os itens contemplados na **Tabela de Baixo Risco**, a Unimed Origem terá duas possibilidades de resposta, **“autorizado” ou “negado”**, e não poderá definir o status como “em estudo”.

6.10.3. Toda e qualquer transação que for definida como “em estudo” por prestador da Rede Básica será autorizada automaticamente, de acordo com as regras do WSD – Intercâmbio.

6.10.4. Nos casos em que o **prestador não estiver on-line no intercâmbio eletrônico** ou estiver operando em contingência temporariamente, deverão ser seguidas as regras abaixo, desde que observadas a abrangência contratual, a validade do cartão e a descrição de carência explícita no seu verso, conforme definido no *Manual de Padronização do Cartão Magnético*.

6.10.4.1. Os exames e procedimentos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos ambulatoriais, assim como seus respectivos pacotes constantes no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed*, cobertos, valorados e sem diretriz de utilização definida pela ANS vigente na data do atendimento, que constem e estejam na quantidade estabelecida na Tabela de Baixo Risco, deverão ser liberados pela Unimed Executora sem autorização da Unimed Origem.

Serão considerados “exames especiais” os procedimentos que não constam na Tabela de Baixo Risco para efeito de carência no Intercâmbio Nacional.

6.10.5. Para os procedimentos **que não constam na Tabela de Baixo Risco** deverá ser realizada a solicitação de autorização nos canais disponíveis da Unimed Executora.

6.10.6. No processo de autorização de **itens não contemplados na Tabela de Baixo Risco**, a Unimed Origem terá três possibilidades de resposta: **“autorizado”, “negado” ou “em estudo”**.

Nota: As situações classificadas como “em estudo” caracterizam-se pela necessidade de análise da auditoria médica/de enfermagem ou farmacêutica, ou de aprovação da empresa contratante de planos na modalidade de custo operacional. Em algumas situações, será necessário o envio de documentação (relatório médico, laudo ou transcrição de exames), conforme critérios estabelecidos pelo Colégio Nacional de Auditores Médicos Unimed.

6.10.7. Para os materiais e medicamentos de consumo, insumos radioativos e filme radiológico não poderá ser solicitada autorização à Unimed Origem.

6.10.8. Nos casos de necessidade de alteração de procedimento cirúrgico previamente autorizado, a auditoria da Unimed Executora deverá encaminhar a cobrança, não sendo necessário relatório médico desde que o novo procedimento cirúrgico tenha similaridade com o procedimento autorizado anteriormente e o valor do procedimento efetivamente cobrado não ultrapasse o valor do procedimento inicialmente autorizado. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS. Quando essa mudança for autorizada, não será necessário o envio da justificativa médica. Se o valor do procedimento efetivamente realizado e similar ultrapassar o valor do procedimento inicialmente autorizado, há necessidade do relatório médico com a devida justificativa no ato da cobrança.

6.10.8.1. Caso haja necessidade de **alteração de procedimento cirúrgico** previamente autorizado e este não tenha similaridade com o procedimento inicialmente autorizado, haverá necessidade de autorização da Unimed Origem.

6.10.9. As pendências relacionadas ao atendimento ambulatorial devem ser regularizadas em até 15 (quinze) dias corridos da data do atendimento, por meio da transação “pedido de complemento”.

6.11. Internações de urgência e emergência

6.11.1. O atendimento de urgência/emergência é assegurado em todo o território nacional, independentemente da abrangência geográfica contratual do beneficiário, desde que seu cartão de identificação esteja dentro da validade.

6.11.2. A Unimed Executora deve verificar as regras estabelecidas no item 6.16 deste manual, “Regras de Remoção”, quando o beneficiário:

- a. Estiver em cumprimento de carência; e/ou
- b. Não possuir cobertura para o tipo de rede de prestadores e/ou para a realização do procedimento.

6.11.2.1. As solicitações de internação de urgência/emergência não podem ficar “em estudo”.

6.11.3. A Unimed Executora, **com prestador on-line** no Intercâmbio Eletrônico, deve solicitar autorização à Unimed Origem para todas as internações de urgência/emergência com 01 (uma) diária de internação, inclusive para pacote e OPME (órtese, prótese e materiais especiais) com valores negociados pelo CTNPM acima de 06 (seis) consultas médicas eletivas ou de qualquer valor desde que não negociado pelo CTNPM. A Unimed Origem deve responder imediatamente à transação “autorizada” ou “negada”, conforme previsto na legislação.

NOTA: As demais diárias deverão ser solicitadas na transação de complemento.

6.11.4. Nos casos de beneficiário em cumprimento de carência ou cobertura contratual, a Unimed Origem fica obrigada a responder “autorizada” ou “negada” automaticamente. Nessas situações, a Unimed Origem não poderá responder com a mensagem “em estudo” e com autorização parcial. Nos casos de negativa por cumprimento de carência, a Unimed Executora poderá solicitar um pedido de insistência, justificando a solicitação. Fica assegurada assistência médica em ambiente ambulatorial por até 12 horas a ser paga pela Unimed Origem.

6.11.4.1. Se o plano do beneficiário possuir segmentação “referência”, o atendimento deve ser integral, sem negativa por “carência”. Nessa situação a Unimed Origem deverá responder à transação com o status de “autorizada”.

6.11.5. Nos casos de **urgência** decorrentes de “**acidente pessoal**”, é assegurada ao beneficiário assistência médica para urgência de forma integral, não podendo a Unimed Origem negar o atendimento por “carência”.

6.11.5.1. Caso a Unimed Origem efetue a negativa, a Unimed Executora deverá solicitar revisão antes do envio da resposta à rede credenciada, apresentando informações sobre o acidente pessoal. Após o envio das informações, a Unimed Origem fica obrigada a retornar a transação como “autorizada” quando comprovado acidente pessoal.

6.11.5.1.1. Se não ficar comprovado que se trata de “acidente pessoal”, a Unimed Origem pode negar o atendimento por cumprimento de carência ou falta de cobertura contratual.

6.11.6. Em caso de **urgência decorrente de complicações no processo gestacional e situações de emergência**, conforme Resolução CONSU nº 13/98, o plano de saúde está obrigado a autorizar atendimento de 12 horas em caráter ambulatorial (pronto-socorro) e assegurar remoção para o SUS, caso o beneficiário/a família não opte por custeio em caráter particular.

6.11.6.1. Para os casos negados, deverá ser utilizada a regra de remoção.

6.11.7. Nos casos de necessidade de **alteração de procedimento cirúrgico** previamente autorizado, a auditoria da Unimed Executora deverá encaminhar a cobrança, não sendo necessário relatório médico desde que o novo procedimento cirúrgico tenha similaridade com o procedimento autorizado anteriormente e o valor do procedimento efetivamente cobrado não ultrapasse o valor do procedimento inicialmente autorizado. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS. Quando essa mudança for autorizada, não será necessário o envio da justificativa médica. Se o valor do procedimento efetivamente realizado e similar ultrapassar o valor do procedimento inicialmente autorizado, há necessidade do relatório médico com a devida justificativa no ato da cobrança.

6.11.7.1. Caso haja necessidade de alteração de procedimento cirúrgico previamente autorizado e este não tenha similaridade com o procedimento inicialmente autorizado, haverá necessidade de autorização da Unimed Origem.

6.11.8. Nos casos em que o **prestador não estiver on-line** no intercâmbio eletrônico ou estiver **operando temporariamente em contingência**, a Unimed Executora deve notificar a Unimed Origem, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após a data do atendimento, assim que receber o pedido de autorização do prestador, de todas as **internações de urgência/emergência** com 01 (uma) diária de internação, desde que o atendimento tenha ocorrido com o cartão de identificação do beneficiário dentro da validade e observadas as carências descritas no verso do cartão, por meio de transação de “pedido de autorização”, inclusive para OPME (órtese, prótese e materiais especiais) dos planos regulamentados e adaptados, considerando a legislação vigente. A Unimed Origem deverá responder “autorizado” imediatamente após o recebimento da solicitação. Salientamos que, mesmo com a autorização da Unimed Origem, caberá avaliação da auditoria retrospectiva. A utilização de OPME (órtese, prótese e materiais especiais) para planos não regulamentados deverá ter autorização da Unimed Origem, cuja resposta deve ser imediatamente “autorizado” ou “negado”.

6.11.8.1. As demais diárias deverão ser solicitadas na transação de complemento.

6.11.9. Caso a Unimed Origem não responda ao pedido de autorização imediatamente, a Unimed Executora poderá utilizar a transação de “decurso de prazo” para autorizar a transação.

6.11.10. Para internações psiquiátricas a solicitação de pedido de autorização poderá ser feita com o total de diárias solicitadas no pedido médico.

6.11.10.1. As internações psiquiátricas em “hospital-dia/day clinic” deverão ser realizadas somente por meio da transação de pedido de autorização.

6.11.10.2. O período de internação solicitado deverá ser liberado de acordo com a indicação médica, desde que haja cobertura contratual do beneficiário.

6.12. Internações eletivas

6.12.1. Toda internação eletiva deve ter autorização prévia da Unimed Origem, inclusive para OPME (órtese, prótese e materiais especiais).

6.12.2. Nos casos de necessidade de **alteração de procedimento cirúrgico** previamente autorizado, a auditoria da Unimed Executora deverá encaminhar a cobrança, não sendo necessário relatório médico desde que o novo procedimento cirúrgico tenha similaridade com o procedimento autorizado anteriormente e o valor do procedimento efetivamente cobrado não ultrapasse o valor do procedimento inicialmente autorizado. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS. Quando essa mudança for autorizada, não será necessário o envio da justificativa médica. Se o valor do procedimento efetivamente realizado e similar ultrapassar o valor do procedimento inicialmente autorizado, há necessidade do relatório médico com a devida justificativa no ato da cobrança.

6.12.2.1. Caso haja necessidade de alteração de procedimento cirúrgico previamente autorizado e este não tenha similaridade com o procedimento inicialmente autorizado, haverá necessidade de autorização da Unimed Origem.

6.12.3. Caso a Unimed Origem não responda ao pedido de autorização nos prazos previstos no item 6.4, “Regras do Processo Operacional de Autorização” (ver subitem 6.4.9), a Unimed Executora poderá utilizar a transação “decorso de prazo” para autorizar a transação.

6.12.4. Para internações psiquiátricas a solicitação de pedido de autorização poderá ser feita com o total de diárias solicitadas no pedido médico.

6.12.4.1. As internações psiquiátricas em “hospital-dia/day clinic” deverão ser realizadas somente por meio da transação de pedido de autorização.

6.12.4.2. O período de internação solicitado deverá ser liberado de acordo com a indicação médica, desde que haja cobertura contratual do beneficiário.

6.13. Paciente internado

6.13.1. Para a continuidade do atendimento já liberado ao beneficiário internado ou para os atendimentos aprovados por outras regras deste manual (exemplo: decurso de prazo) há necessidade de autorização da Unimed Origem, que deverá seguir os prazos de resposta estabelecidos no item 6.4, “Regras do Processo Operacional de Autorização” (ver subitem 6.4.9), para:

- a. Inclusão de novos procedimentos cirúrgicos não constantes na Tabela de Baixo Risco;
- b. Uso de OPME (órtese, prótese e materiais especiais), mesmo aquelas que fazem parte do ato cirúrgico:
 - b.1. Com valores unitários menores ou iguais a 6 (seis) consultas médicas eletivas e que não constem na relação de materiais negociados pelo CTNPM vigente na data de atendimento;
 - b.2. Com valores unitários superiores a 6 (seis) consultas médicas eletivas, independentemente das negociações do CTNPM vigente na data de atendimento.
- c. Medicamentos para tratamentos oncológicos (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes);
- d. Hemodinâmica;
- e. Radiologia intervencionista;
- f. Prorrogações das internações psiquiátricas, seja por doença, seja por dependência química;
- g. Radioterapia;
- h. Terapia renal substitutiva;
- i. Todos os procedimentos com diretrizes de utilização definidas pela ANS e constantes do *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* editado pela Unimed do Brasil, vigente na data do atendimento, independentemente do valor do procedimento.

NOTA: Esta regra não se aplica aos casos definidos pelo Colégio Nacional de Auditores.

6.13.2. As **demais prorrogações** ficam liberadas pela Unimed Executora sem necessidade de autorização da Unimed Origem, observados os critérios de controle e avaliação do paciente. A Unimed Executora deve obrigatoriamente informar à Unimed Origem, a cada 07 (sete) dias úteis de permanência hospitalar, as autorizações realizadas, por meio de uma

transação de “Pedido de Complementação de Autorização” (devidamente vinculada ao pedido inicial), que deve conter somente a codificação da diária, não devendo enviar os códigos de procedimentos de visita clínica e plantão de UTI. Se o paciente ficar internado por um período inferior ao prazo acima mencionado, a informação também deverá ocorrer, obrigatoriamente. Esse comunicado não pode ser “negado” ou colocado “em estudo” pela Unimed Origem quando realizado dentro do prazo.

6.13.3. A Unimed Executora/o Prestador ficam obrigados a descrever no campo **“Descrição de Indicação Clínica”** do PTU on-line, conforme Guia TISS, a evolução clínica sempre que houver notificação de prorrogação.

6.13.4. A cada 10 (dez) dias, caso seja solicitado pela Unimed Origem, a Unimed Executora deverá encaminhar o **relatório de prorrogação** padronizado pelo Colégio Nacional de Auditores para acompanhamento da Unimed Origem, não sendo este o único motivo para não pagamento. Esse relatório somente poderá ser solicitado durante o período de internação.

6.13.5. Caso a Unimed Origem deixe a transação com status “em estudo”, a Unimed Executora poderá utilizar a transação de “decorso de prazo” imediatamente para autorizar a transação.

6.13.6. Não poderá ocorrer negativa para as prorrogações, desde que a evolução clínica do paciente esteja informada (campo obrigatório).

6.13.7. Caso a Unimed Executora não cumpra os prazos de comunicado de prorrogação definidos neste item, deverá solicitar autorização das diárias faltantes à Unimed Origem em até 15 (quinze) dias corridos da alta hospitalar ou do fechamento parcial da conta (o que ocorrer primeiro), do respectivo período que compreende a prorrogação.

6.13.8. Na **mudança de acomodação** deve ser considerada a quantidade de diárias aprovadas na internação; não havendo necessidade de novo pedido de autorização para troca, deve ser justificada pela auditoria médica na cobrança somente a troca de acomodação inferior para superior. Em caso de troca de acomodação superior para inferior, não haverá necessidade de justificativa.

6.13.8.1. **As prorrogações** deverão ser solicitadas na acomodação que o beneficiário se encontra internado, com o objetivo de dar continuidade ao tratamento e bem-estar ao beneficiário.

- 6.13.8.2. Nos casos em que o prestador **não possui disponível a acomodação contratada** pelo beneficiário, caberá comunicação imediata à Unimed Executora, e desta à Unimed Origem, para avaliar a possibilidade de transferência (remoção).
- 6.13.9. A estrutura estabelecida para o Padrão TISS/ANS não impede que haja o pedido de complemento de “hospital-dia/day clinic”. Dessa forma, essa transação, quando realizada pela Unimed Executora, tráfegará com sucesso no Intercâmbio Nacional.
- 6.13.9.1. Quando a autorização for emitida inicialmente para “hospital-dia/day clinic” e o beneficiário necessitar permanecer internado, a Unimed Executora deverá fazer uma transação de complemento com a nova diária. Não há necessidade de cancelamento da transação inicial.
- 6.13.10. Nos casos de necessidade de alteração de procedimento cirúrgico previamente autorizado, a auditoria da Unimed Executora deverá encaminhar a cobrança, não sendo necessário relatório médico desde que o novo procedimento cirúrgico tenha similaridade com o procedimento autorizado anteriormente e o valor do procedimento efetivamente cobrado não ultrapasse o valor do procedimento inicialmente autorizado. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS. Quando essa mudança for autorizada, não será necessário o envio da justificativa médica. Se o valor do procedimento efetivamente realizado e similar ultrapassar o valor do procedimento inicialmente autorizado, há necessidade do relatório médico com a devida justificativa no ato da cobrança.
- 6.13.10.1. Caso haja necessidade de alteração de procedimento cirúrgico previamente autorizado e este não tenha similaridade com o procedimento inicialmente autorizado, haverá necessidade de autorização da Unimed Origem.
- 6.13.11. As pendências relacionadas à internação devem ser regularizadas em até 15 (quinze) dias corridos da alta hospitalar ou do fechamento parcial da conta (o que ocorrer primeiro), do respectivo período que compreende a realização do procedimento, por meio da transação “pedido de complemento”.

6.14. Negativas

6.14.1 A mensagem gerada pelos equipamentos de captura/sistema de gestão deve seguir o padrão de negativas constante do PTU vigente.

6.14.2. A liberação parcial somente deve ser realizada no item da transação, e não por mensagens restritivas no campo de observação ou no Chat.

6.14.2.1. Caso haja cobertura para o procedimento, mas não para a Rede Especial ou para a Rede Master, a transação deve ser negada e justificada da seguinte forma: “Esta rede não faz parte da rede contemplada contratualmente”.

6.14.3. As negativas deverão ter embasamentos legais ou contratuais, tendo em vista a possibilidade de aplicação de penalidades.

6.14.4. A rede credenciada deve ser orientada a não imprimir nem entregar aos beneficiários as negativas recebidas. Caso o beneficiário solicite a negativa por escrito, a rede credenciada deve orientá-lo a buscar as informações com a Unimed Origem.

6.15. Atendimento aos recém-nascidos ou filhos naturais e adotivos

6.15.1. Todo atendimento (consultas, exames e procedimentos diagnósticos, terapêuticos, cirúrgicos ambulatoriais) ao recém-nascido, filho natural, filho adotivo, sob guarda ou tutelado do consumidor, ocorrerá mediante autorização da Unimed Origem, independentemente dos primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou a adoção. Não cabe à Unimed Executora avaliar a data de adoção e se o parto foi realizado pela Unimed.

6.15.2. Os atendimentos realizados ao recém-nascido, filho natural, filho adotivo, sob guarda ou tutelado dentro da internação seguirão as regras de paciente internado definidas neste manual, exceto as solicitações de prorrogações, as quais devem ser solicitadas à Unimed Origem para que sejam respondidas como “autorizadas” ou “negadas”, considerando o período de 30 (trinta) dias de vida do recém-nascido ou da data de adoção, guarda ou tutela.

6.16. Regras para remoções¹

6.16.1. Para as remoções terrestres, sem necessidade de autorização prévia da Unimed Origem conforme regras abaixo, caberá à Unimed Executora observar a terapêutica a ser administrada e analisar o melhor prestador para o acompanhamento do paciente, evitando remoções desnecessárias. Cabe ressaltar que a Unimed Origem é responsável pela remoção do beneficiário contratante, devendo a Unimed Executora operacionalizar a remoção, pois esta é responsável pelo relacionamento com o prestador de remoção em sua área de ação.

6.16.1.1. Nos casos em que o beneficiário necessite de internação, se a Unimed Origem negar o atendimento por ausência de cobertura contratual, por carência ou por sujeição a Cobertura Parcial Temporária (CPT), poderá remover o beneficiário para sua área de ação ou outra localidade. Caberá à Unimed Executora disponibilizar o transporte com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, sendo que essa responsabilidade só cessará quando for efetuado registro na unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

6.16.1.1.1. Quando houver dificuldades na remoção terrestre do paciente, a Unimed Executora fica obrigada a comunicar o fato imediatamente à Unimed responsável pelo risco financeiro do beneficiário. As duas Unimeds são responsáveis pela busca de vaga para o atendimento do beneficiário.

6.16.1.1.1.1. O custo dessa internação e remoção será da Unimed Origem até que a transferência do beneficiário seja efetivada.

6.16.1.2. Caberá à Unimed Origem ou à Unimed Destino (quando repasse em pré-pagamento) a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas relativas ao atendimento, incluindo o transporte, até o efetivo registro do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa regra não será válida nos casos em que o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela para a qual seria transferido, mediante assinatura de termo de responsabilidade que desobriga a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

1 Normativa/ANS dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

6.16.1.3. Quando não for possível a remoção por risco à vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a operadora do ônus.

6.16.1.4. As remoções aéreas, bem como os apoios terrestres relacionados a remoção aérea, serão sempre de responsabilidade da Unimed Origem do beneficiário, tanto em relação à contratação quanto aos custos.

6.16.1.5. As remoções terrestres de pacientes internados para realização de exames por falta ou indisponibilidade de recurso no prestador dentro da área de ação da Unimed Executora serão efetuadas sem autorização da Unimed Origem, independentemente do tipo de plano (regulamentado ou não regulamentado), e seu custo será repassado para a Unimed Origem.

6.16.1.5.1. Quando as remoções forem realizadas fora da área de ação da Unimed Executora, deve existir autorização prévia, exceto nos casos de urgência/emergência.

6.16.1.6. As remoções terrestres inter-hospitalares realizadas dentro da área de ação da Unimed Executora serão efetuadas, sem autorização, independentemente do tipo de plano (regulamentado ou não regulamentado).

6.16.1.6.1. Quando as remoções forem realizadas fora da área de ação da Unimed Executora deve existir autorização prévia, exceto nos casos de urgência/emergência.

6.16.1.7. A Unimed Origem que, ao fazer a remoção terrestre de seu beneficiário, colocá-lo aos cuidados de outra Unimed, será responsável pelos custos da internação e do tratamento, não sendo admitida a transferência dessa responsabilidade sem a expressa concordância da Unimed Executora.

6.16.1.8. As remoções terrestres da rede pública para a rede de prestadores credenciada realizada dentro da área de ação da Unimed Executora serão efetuadas sem a autorização da Unimed Origem, observada a cobertura contratual para internação hospitalar.

6.16.1.9. Para as remoções terrestres de pacientes internados para realização de tratamento seriado (hiperbárica, radioterapia, hemodiálise e quimioterapia) há obrigatoriedade de a Unimed Executora solicitar autorização à Unimed Origem.

6.16.1.10. O prazo de resposta da Unimed Origem para as remoções que necessitam de autorização será de até 02 (dois) dias úteis. Caso não seja cumprido o prazo, poderá a Unimed Executora aplicar a transação de decurso de prazo.

6.16.1.11. As remoções serão realizadas para a rede de atendimento de cobertura do beneficiário, conforme descrito no cartão de identificação.

6.16.1.12. A Unimed Executora fica obrigada a informar, no campo de observação do arquivo PTU A500, o local de origem e destino, bem como justificar o motivo da remoção.

6.17. Encaminhamento de reclamações do atendimento no intercâmbio¹

6.17.1. A Unimed Executora, após receber manifestação de um beneficiário de intercâmbio, deverá comunicá-la à Unimed Origem no 1º (primeiro) dia útil a partir do recebimento da reclamação, por meio de software de Gestão de Protocolos Unimed (GPU), devendo a Unimed Origem buscar em conjunto com a Executora a solução para a demanda do beneficiário. Assim como disposto no item de remoção, as duas Unimeds são responsáveis pelo acolhimento da reclamação e pela solução da manifestação para o atendimento do beneficiário.

6.17.2. Nos casos de reclamações oriundas de atendimentos na rede de intercâmbio em que a Unimed Origem necessite de informações da Unimed Executora, esta deverá retornar em até 3 (três) dias úteis, para observar os prazos previstos na legislação vigente para retorno ao beneficiário. As informações solicitadas pelo consumidor serão prestadas imediatamente e suas reclamações, resolvidas no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar do registro.

6.17.3. Registros eletrônicos dos atendimentos prestados aos beneficiários deverão ser mantidos na Unimed Executora e estar disponíveis por um período de 10 (dez) anos. Nesse prazo, a Unimed Origem poderá solicitar e formalizar o pedido desses registros apenas para esclarecer eventuais solicitações judiciais e questionamentos dos beneficiários. A Unimed Executora deve

1 Normativa/ANS dispõe sobre regras com o intuito de melhorar o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial, e estabelecem prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigam as operadoras a disponibilizar canais de contato presencial e telefônico.

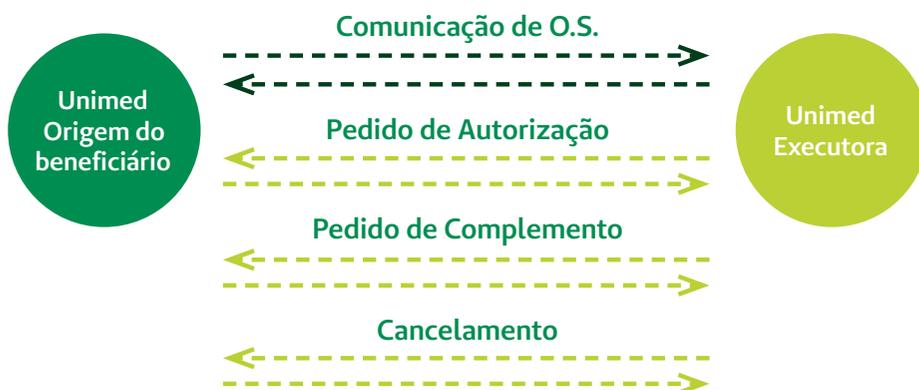
fornecer a documentação solicitada pela Unimed Origem no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos ou, nos casos de processos judiciais, até 48 horas antes da determinação da demanda judicial.

6.17.4. Nos casos de solicitação de reembolso pelo beneficiário, deverão ser cumpridas as regras previstas no capítulo 12 - Reembolso no Intercâmbio.

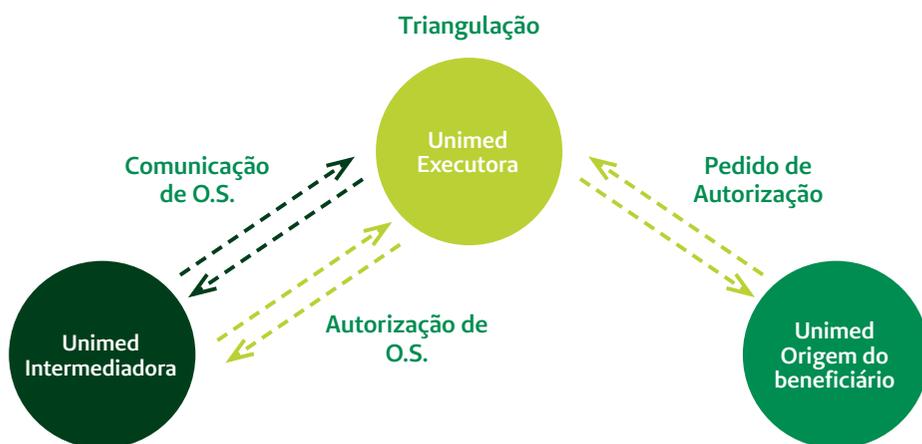
6.18. Ordem de Serviço (OS)

6.18.1. Unimed Origem/Unimed Executora

A Unimed Origem encaminha uma transação de comunicado à Unimed Executora para que esta realize uma solicitação de autorização para a Unimed Origem.

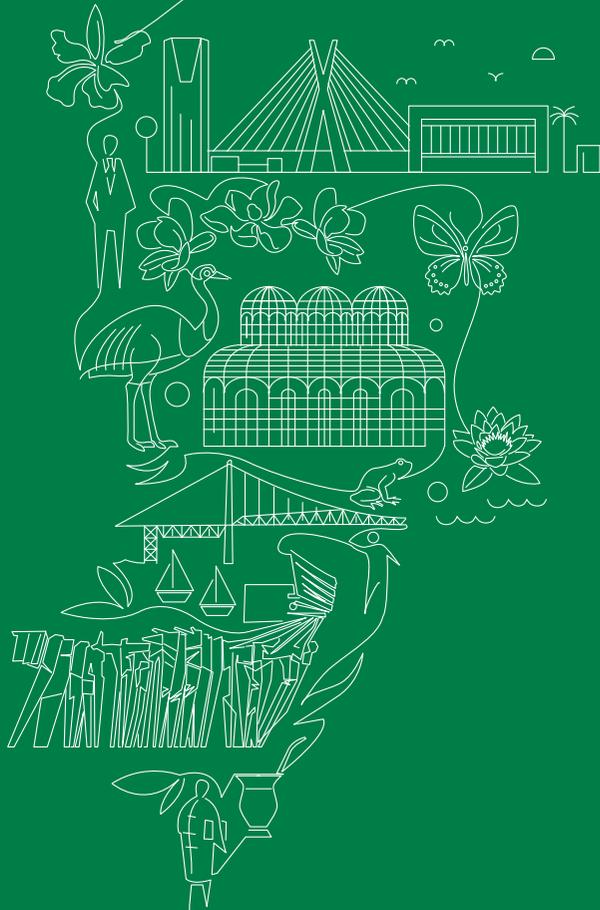


6.18.2. Triangulação (Unimed Intermediadora/Unimed Executora/Unimed Origem)



A Unimed Intermediadora (de onde o beneficiário mora ou está de passagem) encaminha uma transação de comunicado à Unimed Executora para que esta realize uma solicitação de autorização para a Unimed Origem. Deve a Unimed Executora encaminhar a autorização final à Unimed Intermediadora, respeitando os prazos estabelecidos na resolução normativa¹ da ANS. Todo e qualquer atendimento intermediado por uma determinada Unimed deverá obrigatoriamente gerar um protocolo de atendimento por meio da ferramenta Gestão Protocolo Unimed (GPU). A Unimed Origem, ao receber o protocolo, deverá monitorar os prazos definidos na legislação para que o atendimento de triangulação seja realizado de acordo com a respectiva resolução, evitando assim as penalizações previstas no capítulo 11 - Intercâmbio Jurídico.

1 RN N° 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016, dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação



CNA Qualificar Estruturar
 Coletar **ATENDER** OPME
 Contratualizar Valorar
Conhecer Negociar
 CTNPM Identificar

7. Pacotes (atendimento e cobrança)

Este capítulo é destinado ao entendimento entre as Unimeds para autorização e cobrança de procedimentos organizados em forma de “pacotes”. O estudo sobre o tema, em andamento pela Comissão de Pacotes e pelo Colégio Nacional de Auditores, influenciará significativamente esse processo.

7.1. Processo de Autorização

7.1.1. Para as Unimeds com **prestador on-line** no Intercâmbio Eletrônico:

7.1.1.1. Será necessária a sinalização de pacote na transação do procedimento principal, independentemente do seu valor.

7.1.1.1.1. Quando o beneficiário não tem definido o local de realização do procedimento da Tabela de Baixo Risco, não é possível identificar se o procedimento será ou não realizado em rede credenciada que possua pacote contratualizado. Nesse caso não haverá sinalização de pacote¹.

¹ Adequação ao *Boletim da Unimed do Brasil*, 17 de maio 2017 quando não tem prestador informado

7.1.1.2. Para os pacotes vinculados aos procedimentos da Tabela de Baixo Risco, não será necessário informar a composição no campo de observação ou no Chat, e a Unimed Origem deve responder à transação com status “autorizado” ou “negado”.

7.1.1.3. Caso a transação seja respondida com status “em estudo”, será aplicada a regra definida no item WSD. Nesse caso, a composição do pacote somente será informada na cobrança, e deve estar adequada ao procedimento realizado.

7.1.1.4. As consultas de urgência/emergência negociadas em forma de pacote devem ser autorizadas pela Unimed Origem, desde que os procedimentos inclusos estejam contemplados na Tabela de Baixo Risco.

7.1.2. Para as Unimed com **prestador que não estiver on-line no** intercâmbio eletrônico ou que estiver **operando em contingência**:

7.1.2.1. Não é necessário solicitar autorização para pacote cujo procedimento principal esteja contemplado na Tabela de Baixo Risco e não inclua OPME. Nesse caso, a composição do pacote somente será informada na cobrança, e deve estar adequada ao procedimento realizado.

7.1.2.2. As consultas de urgência/emergência negociadas em forma de pacote poderão ser realizadas verificando a validade do cartão e as carências, desde que os procedimentos inclusos estejam contemplados na Tabela de Baixo Risco.

7.1.3. **Quando o procedimento principal não estiver contemplado na Tabela de Baixo Risco**, a Unimed Executora deverá sinalizar na transação eletrônica que o procedimento principal é pacote, e descrever a composição do pacote com os respectivos **valores totais** para cada tipo de serviço: **os materiais, os medicamentos, as taxas, as diárias e, quando inclusos, os honorários médicos e os SADTs, bem como os itens excluídos pertinentes ao procedimento no campo de observação ou no Chat.**

7.1.3.1. Quando a OPME estiver inclusa no pacote, deverá ser descrita na transação, item a item, com seus respectivos códigos e valores, respeitando o teto máximo definido pelo CTNPM (o valor negociado pelo CTNPM é válido para hospitais da rede básica). A OPME deve ser sinalizada também como pacote.

- 7.1.3.2. Quando houver negociação com a rede credenciada, a taxa de serviço de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição de órteses, próteses e materiais especiais deve ser informada de forma separada das demais taxas, respeitando-se o percentual máximo de 15% (percentual válido para hospital de rede básica).
- 7.1.3.3. Os valores de honorários médicos e SADT, quando inclusos no pacote, não podem ser superiores aos previstos no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* vigente na data do atendimento.
- 7.1.4. As autorizações de pacote não requerem que a Unimed Origem descreva no campo de observação ou no Chat que está ciente do pacote. O que deverá ser considerado é o status da transação.
- 7.1.5. Não é permitida a autorização parcial de procedimentos em forma de pacote nem dos respectivos itens inclusos neste, para não o descaracterizar.

7.2. Processo de cobrança de pacotes

- 7.2.1. Os pacotes deverão ser cobrados **como conta aberta** nas seguintes situações:
- 7.2.1.1. Complicações de qualquer natureza que levem o paciente a uma acomodação não prevista, ou ainda prolonguem a internação por um período superior ao previsto para ele;
- 7.2.1.2. Casos de complicações ocorridas durante a cirurgia que alterem o prognóstico e acrescentem morbidade ao ato cirúrgico. Nesses casos, deve-se utilizar a conta aberta desde o início;
- 7.2.1.3. Casos de complicações no pós-operatório, nos quais apenas a permanência do paciente se prolonga além do previsto, mas sem graves intercorrências ou mudanças de acomodação para unidades mais complexas. Nessas situações, o Procedimento Gerenciado pode ser cobrado e as diárias extras, cobradas em conta aberta Aprimorada até a alta do paciente;

7.2.1.4. Achados intraoperatórios que levem a procedimento diferente do proposto inicialmente, conforme entendimento do Colégio Nacional de Auditores.

7.2.2. A cobrança de procedimento realizada na forma de pacote deve ser efetuada de acordo com cada tipo de serviço, ou seja, com respectivos **valores totais: dos materiais, dos medicamentos, das taxas e das diárias**.

7.2.2.1. Quando estiverem inclusos os honorários médicos e SADT, estes devem ser informados individualmente e não agrupados. Além disso, os valores não podem ser superiores aos previstos no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* (editado pela Unimed do Brasil) vigente na data do atendimento. Não se aplica o teto máximo dos valores do Rol para os prestadores da Rede Especial e da Rede Master.

7.2.2.2. Quando inclusas OPMEs, estas devem estar informadas individualmente com o respectivo código TUSS/TNUMM e sinalizadas como pacote. Além disso, quando negociadas pelo CTNPM, os valores não podem ser superiores ao teto máximo.

7.2.3. Nos casos de procedimentos considerados **tratamentos seriados realizados na forma de pacote**, não é necessário encaminhar a cobrança dos materiais, dos medicamentos e das taxas inclusas nesse pacote com data de realização.

7.2.4. Quando na solicitação do pedido de autorização não houver a identificação do prestador executante nem sinalização de pacote, mas no faturamento a cobrança for feita na forma de pacote, não poderá haver glosa por falta de sinalização no campo ID_PACOTE na transação de pedido de autorização para a situação citada (sem prestador identificado), desde que o procedimento principal esteja contemplado na Tabela de Baixo Risco e não inclua OPME, e a cobrança esteja de acordo com o disposto acima¹.

1 Adequação ao *Boletim da Unimed do Brasil*, 17 de maio 2017, quando não tem prestador informado

Documento Prazo Parcial Postar
Cumprir **COBRAR** Taxa Integral
A500 Parametrizar
Vencimento Fiscal Conciliar
Critérios CTNPM

8. Documentos Fiscais – Critérios e Prazos

Trata-se do entendimento do processo de emissão de cobrança dos atendimentos prestados no intervalo de tempo, por meio de um documento hábil fiscal denominado nota fiscal/fatura.

8.1 Prazo para emissão/apresentação de cobranças

Regras Gerais

Obrigatoriamente, as UnimedS devem postar seus arquivos de cobrança entre os dias 1º e 23 de cada mês, não sendo possível a emissão da fatura e a geração/postagem do arquivo fora desse período até o mês de novembro/2018.

Nota 1: Após esse mês haverá o **ESCALONAMENTO** abaixo, sendo que, a partir de 1º de julho de 2019, os arquivos poderão ser postados entre o dia 1º e último do mês.

Nota 2: A data corte de faturamento será extinta definitivamente em 1º de julho de 2019, para que ocorra de forma gradual os ajustes dos processos operacionais das singulares.

MÊS/ANO	DATA DE POSTAGEM DO PTU A500
DEZ/18	Entre o dia 1º e o dia 24
JAN/19	Entre o dia 1º e o dia 25
FEV/19	Entre o dia 1º e o dia 26
MAR/19	Entre o dia 1º e o dia 27
ABR/19	Entre o dia 1º e o dia 28
MAI/19	Entre o dia 1º e o dia 29
JUN/19	Entre o dia 1º e o dia 30
JUL/19	Entre o dia 1º e o dia 31

Nota 3: Esse escalonamento seguirá independente da implantação do PTU A520 - Aviso de Eventos.

Regra para conciliação bancária/financeira: A Unimed que efetuar o pagamento por crédito em conta corrente deverá obrigatoriamente informar, por e-mail, até o primeiro dia útil após a realização do depósito, os números e os valores dos documentos hábeis fiscais (nota fiscal/faturas) aos quais se refere, incluindo a especificação de glosas.

8.1.1. **Deve-se incluir taxa de custeio administrativo** para as notas apresentadas no prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos até a postagem do arquivo PTU A500. O prazo é contado da data do atendimento ou da alta do paciente internado, da data de execução (Guia de SADT) ou da data da autorização.

8.1.2. **Não haverá taxa de custeio administrativo** de 91 (noventa e um) a 120 (cento e vinte) dias corridos até a postagem do arquivo PTU A500, contados da data do atendimento ou da alta do paciente internado, da data de execução (Guia de SADT) ou da data da autorização.

8.1.3. As **representações** de cobranças glosadas à rede credenciada poderão ser realizadas em até 180 (cento e oitenta) dias corridos até a postagem do

arquivo PTU A500, contados da data do atendimento ou da alta do paciente internado, da data de execução (Guia de SADT) ou da data da autorização.

8.1.3.1. Essa reapresentação deverá ser identificada com CD_EXCECAO = I. Após os 90 (noventa) dias corridos, deverá ser realizada sem a taxa de custeio administrativo.

8.1.4. Para **materiais negociados pelo CTNPM** a cobrança deverá ser realizada em até 90 (noventa) dias corridos – com taxa de custeio administrativa e, acrescida de 60 (sessenta) dias corridos – sem a taxa de custeio administrativa – até a postagem do arquivo PTU A500, quando a nota cobrada possuir somente código de materiais negociados pelo CTNPM.

Nota: Para todos os prazos descritos acima, será levada em consideração sempre a última data (a mais recente em relação à data da cobrança) informada na mesma nota no arquivo PTU A500, ficando esclarecido que todas as notas deverão cumprir os prazos estabelecidos neste manual para o arquivo não ficar com o status de “erro/aprovação”.

8.2. Vencimento dos documentos hábeis fiscais (nota fiscal/faturas) e das notas de débito/crédito.

Em complemento ao processo de emissão de cobrança, trata-se da data do vencimento do documento hábil fiscal.

8.2.1. Se a data do vencimento coincidir com finais de semana e feriados nacionais, a Unimed deve realizar o pagamento no primeiro dia útil subsequente. Nos casos de feriados municipais e estaduais em que não for possível a compensação no dia do vencimento, a Unimed deverá antecipar o pagamento.

8.2.2. A fatura de **Compartilhamento de risco em preço Pré-Estabelecido** vencerá em 15 (quinze) dias corridos da data de postagem do arquivo PTU A800, conforme previsto no Capítulo 5 – Compartilhamento da Gestão de Riscos.

8.2.3. O documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) de atendimento em **Custo Operacional** vencerá de acordo com as regras e os prazos a seguir mencionados:

8.2.3.1. A data de vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) será de 15 (quinze) dias corridos, contados da data de inclusão do arquivo PTU A500.

8.2.4. Quando a Unimed Origem realizar o pagamento com atraso, a Unimed Executora terá até 15 (quinze) dias corridos da data do recebimento para emissão de documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) referente aos juros devidos. O vencimento desse documento hábil fiscal será de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da sua emissão.

8.2.5. No caso de contestação por meio do AJIUS, a nota de débito/crédito deverá ser emitida em até 60 (sessenta) dias corridos do arquivo de finalização. A data de vencimento das notas de débito/crédito será de 15 (quinze) dias corridos, contados da data de envio do arquivo PTU A560.

8.3 Prazo para pagamento de cobranças

8.3.1. O **pagamento integral** ocorrerá até a data de vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) ou nas datas **dispostas no calendário das respectivas** câmaras de compensação **nacional** e regionais (quando houver), em conformidade com seus regulamentos.

No pagamento integral não há incidência de glosas. Apesar da agilidade do processo de liberação do pagamento pelo Financeiro da Unimed, ainda está em análise pelo processo de contas médicas, que poderá identificar divergências administrativas, técnicas e documentais, ou seja, a análise do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) não for concluída pelo processo de contas médicas até a data de seu vencimento.

8.3.2. O **pagamento parcial** ocorrerá até a data de vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) ou nas datas **dispostas no calendário das respectivas** câmaras de compensação **nacional** e regionais (quando houver), em conformidade com seus regulamentos. Existe a possibilidade de incidência de glosa, por isso é considerado “pagamento com glosa”.

A530 – Glosa Total ou Baixa de Aviso
CMB **Prazo** Tabela Rol Unimed
Procedimento **VALORAR**
Documento **Cobrar** A500
Coletar **Honorário** **Hábil**
BENEFICIÁRIO EVENTUAL Fiscal
A520 – Aviso de Eventos
A525 – Retorno de Aviso de Eventos

9. Regras do Processo Operacional da Cobrança

Todo processo de cobrança de intercâmbio deve obrigatoriamente atender às regras citadas neste manual, em consonância com a legislação vigente.

Regras Gerais

9.1. Para as Unimeds que já pertencem à Câmara de Compensação regional e Câmara de Compensação/Liquidação Nacional, é necessário verificar seus respectivos prazos, condições, regimentos e operacionalização.

9.2. Ficou definido, no Fórum Unimed, que a taxa de custeio administrativo será aplicada de acordo com a classificação no Ranking das Unimeds, divulgada trimestralmente pela Unimed do Brasil, levando em consideração a data de envio dos arquivos na Central de Movimentações Batch (CMB).

9.3. A Unimed Executora somente poderá cobrar os procedimentos e as despesas efetivamente realizados. É terminantemente proibido, no Intercâmbio Nacional, o faturamento de valores de taxas, materiais, medicamentos e diárias superiores aos efetivamente pagos ao prestador de serviço.

9.4. Os **honorários médicos e SADT** serão cobrados de acordo com os valores previstos no *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* (editado pela Unimed do Brasil) vigente na data do atendimento, independentemente do valor pago à rede credenciada. Essa condição não será aplicada às redes Especial e Master.

9.5. Nos casos de necessidade de **alteração de procedimento cirúrgico** previamente autorizado, a auditoria da Unimed Executora deverá encaminhar a cobrança, não sendo necessário relatório médico, desde que o novo procedimento cirúrgico tenha similaridade com o procedimento autorizado anteriormente e o valor do procedimento efetivamente cobrado não ultrapasse o valor do procedimento inicialmente autorizado. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS. Quando essa mudança for autorizada, não será necessário o envio da justificativa médica. Se o valor do procedimento efetivamente realizado e similar ultrapassar o valor do procedimento inicialmente autorizado, será necessário relatório médico com a devida justificativa no ato da cobrança.

9.6. Caso, durante o ato cirúrgico, seja necessária alteração da OPME previamente autorizada, não é necessária uma nova autorização, desde que a nova OPME seja similar à autorizada anteriormente e tenha relação com o procedimento autorizado e, ainda, **que seu valor seja inferior ou igual ao previamente autorizado**. Em caso de dúvida e havendo glosa, a Unimed Executora poderá justificar a alteração no AJIUS.

9.7. A Unimed Executora/Destino efetuará a cobrança dos atendimentos prestados à Unimed identificada no código descrito no cartão de identificação do beneficiário, observando os seguintes pontos:

9.7.1. Toda cobrança de atendimento prestado no intercâmbio deve, obrigatoriamente, ser encaminhada por meio do arquivo PTU A500 vigente.

9.7.1.1. Para toda cobrança efetuada em intercâmbio, é obrigatória a informação da senha no arquivo PTU A500, quando gerada pela Unimed Origem ou por WSD.

9.7.1.2. Não há senha a ser informada no arquivo PTU A500 para os procedimentos da Tabela de Baixo Risco prestados em situação de contingência, por inexistência de captura no prestador ou por outra situação que não permita transação on-line.

9.7.1.3. A senha emitida pela Unimed Executora à sua rede credenciada não pode ser informada no PTU A500.

9.8. O arquivo PTU A500 deve ser postado por meio da Central de Movimentações Batch responsável pela validação do layout.

9.8.1. Os documentos obrigatórios digitalizados devem ser enviados por meio da Central de Movimentações Batch com o arquivo PTU A500.

9.8.2. Caso sejam encontradas inconsistências na validação do arquivo pela Central de Movimentações Batch, ele não será disponibilizado para a Unimed Origem, devendo a Unimed Executora fazer as devidas correções e postar novo arquivo.

9.8.3. O vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) será contado a partir da data de envio do arquivo corrigido (a contagem é iniciada no dia da postagem) e dos documentos obrigatórios.

9.8.4. As Unimeds que possuem Câmara de Compensação devem verificar o item 9.1 deste capítulo.

9.9. A Unimed Origem somente poderá ativar a devolução do PTU A500 na Central de Movimentações Batch, por motivo de **glosa total**, observado o limite de até 05 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento da fatura para os arquivos que foram validados pela CMB.

9.9.1. Caso a devolução por **glosa total** tenha sido ativada, a Unimed Executora terá até 02 (dois) dias úteis antes do vencimento para se manifestar contra a devolução por **glosa total** e buscar o consenso entre as partes.

9.9.2. Se não houver manifestação da Unimed Executora, registrada na Central de Movimentação Batch, a devolução por **glosa total** ocorrerá automaticamente 01 (um) dia antes da data do vencimento.

9.9.3. Caso haja manifestação da Unimed Executora, a Unimed Origem deverá aprová-la ou negá-la. Na falta de ação da Unimed Origem, o arquivo será aprovado automaticamente.

9.9.4. Caso ocorra a efetivação da devolução por **glosa total** da fatura, a Unimed Executora deverá proceder da seguinte forma:

9.9.4.1. O novo arquivo PTU A500 deverá ser postado no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos da data de devolução por **glosa total**;

9.9.4.2. Somente após a efetivação da devolução por **glosa total** as duas Unimeds deverão fazer o lançamento contábil da glosa.

9.9.4.3. A Unimed Origem não poderá reprovar o novo arquivo corrigido quando postado dentro do prazo de 15 (quinze) dias corridos alegando como motivo estar fora do prazo para cobrança.

9.9.4.4. Quando o prazo de cobrança do atendimento ultrapassar os prazos previstos no item 8.1, o arquivo assumirá o status de erro/aprovação.

9.9.4.5. Para esclarecer que se trata de reapresentação de arquivo devolvido por motivo de glosa/erro, é obrigatório informar, no campo de observação da CMB, o número do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) anterior.

9.9.4.6. Por questões contábeis, não poderá ser utilizado o mesmo número do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) devolvido.

9.10. Quando houver necessidade de cancelamento do arquivo PTU A500 postado, a solicitação de cancelamento ficará disponível para a Unimed Executora por 05 (cinco) dias corridos a contar da data de postagem do arquivo; após esse prazo, a opção ficará indisponível.

9.10.1. Após efetuada a solicitação de cancelamento, a Unimed Origem terá até 01 (um) dia antes da data de vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) para sua aprovação ou recusa; após esse período, caso não ocorra nenhuma ação, o arquivo será cancelado automaticamente.

9.11. Na efetivação da devolução por **glosa total** ou cancelamento, a Unimed Executora corrigirá as inconsistências apresentadas e emitirá um novo documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) com vencimento de 15 (quinze) dias corridos contados a partir da data de envio do arquivo e dos documentos obrigatórios.

9.12. O documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) deverá ser anexado ao arquivo PTU A500. Caberá à Unimed Origem a sua impressão ou a guarda do arquivo em padrão PDF.

9.12.1. Caso a Unimed Executora seja obrigada a emitir nota fiscal eletrônica por dispositivo de legislação municipal, esse documento deverá ser anexado ao PTU A500 e informado o link eletrônico no registro 506. O documento Recibo Provisório de Serviço (RPS) não é documento hábil fiscal para o processo e/ou a escrituração contábil, e não será aceito na relação de intercâmbio.

9.12.2. Por orientação do Seminário Nacional Jurídico, Contábil, Atuarial, Financeiro e Regulatório do Sistema Unimed, o número do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura), as datas de emissão que constam no referido documento e o valor total declarado no arquivo PTU A500 devem ser os mesmos do referido documento hábil fiscal emitido. Além disso, o nº do CNPJ e o nº da inscrição municipal informados no documento hábil fiscal

(nota fiscal/fatura) devem ser os mesmos constantes no Cadastro Nacional das Unimed's (Cadu). Caso haja divergência dessas informações, o arquivo poderá ser devolvido por **glosa total**.

9.13. A Unimed Origem verificará, diariamente, se existem arquivos disponibilizados pela Unimed Executora pendentes de serem processados. A mensagem enviada pela CMB informando que existem arquivos a serem processados pela Unimed Origem será apenas um alerta.

9.14. As **cobranças dos serviços prestados com prazo superior a 120 (cento e vinte) dias** corridos deverão ser enviadas obrigatoriamente em arquivo PTU A500 e separadas da cobrança efetuada dentro do prazo regulamentado neste manual.

9.14.1. As Unimed's devem negociar e documentar entre si a aceitação da cobrança fora do prazo. A Unimed Executora deve anexar à CMB a troca de documentos autorizando a cobrança.

9.14.2. O documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) que for postado fora do prazo terá o status na CMB de “erro/aprovação”, permanecendo por 30 (trinta) dias corridos para aprovação da Unimed Origem; caso não haja ação em relação a ele, será aprovado automaticamente pela ferramenta.

9.14.3. O vencimento desse documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) será de 15 (quinze) dias corridos a partir da aprovação do arquivo PTU A500 para os casos acima.

9.15. Para **internação e atendimento ambulatorial**, inclusive tratamento seriado, a Unimed Executora fica obrigada a atender às regras a seguir:

9.15.1. A Unimed Executora deverá encaminhar as despesas realizadas pelo beneficiário de forma detalhada (item a item e sem código genérico), ainda que se trate de hospital de Rede Especial ou Rede Master no PTU A500.

9.15.1.1. Cabe ressaltar que os procedimentos (honorários médicos, tratamentos seriados e SADTs) devem ser cobrados com suas respectivas datas de realização, exceto visitas clínicas, plantões de UTI e intensivistas, que poderão ser cobrados de forma agrupada por profissional executante.

9.15.2. A Unimed Executora emitirá a **cobrança com código genérico** quando não existir a respectiva codificação nas Tabelas de Intercâmbio. Porém, deverá informar, obrigatoriamente, a descrição correta do item no arquivo PTU A500, conforme consta no registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Para os que não possuem registro, deve-se apresentar a descrição do rótulo do produto.

9.16. É obrigatório o envio do documento **Relatório da Auditoria Médica** preenchido e legível, conforme as regras estabelecidas pelo Colégio Nacional de Auditores (CNA), para contas hospitalares cuja soma das despesas seja superior a R\$ 15 (quinze) mil reais, representando somente diárias, taxas, medicamentos e materiais de consumo hospitalar, independentemente da classificação da rede credenciada. Não fazem parte da somatória: OPME, procedimentos do *Rol Unimed*, taxas de custeio administrativo de intercâmbio, entre outros.

9.16.1. Os responsáveis técnicos pela emissão do relatório de auditoria deverão ser identificados nos respectivos campos do arquivo PTU A500, de acordo com suas competências, contendo obrigatoriamente, o nome do médico auditor e seu registro no conselho de classe. Quando for realizado pela enfermagem, deve conter o nome do responsável e seu registro em conselho de classe.

9.17. Para contas de **internações inferiores ao valor** referenciado no item acima, é obrigatória identificação com nome e registro do conselho de classe da auditoria médica e/ou da auditoria de enfermagem da Unimed Executora nos respectivos campos do arquivo PTU A500, para que se possa comprovar a realização da auditoria de acordo com as suas respectivas competências técnicas.

9.18. Os **serviços hospitalares (diárias e taxas)** deverão ser cobrados de acordo com as regras estabelecidas no *Manual de Normas e Consultas de Auditoria Médica e Enfermagem*, e seus valores deverão ser idênticos aos contratualizados com a rede credenciada.

9.19. As **OPME** serão cobradas tendo como limite máximo os valores negociados pelo Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos Unimed (CTNPM) vigentes na data do atendimento e divulgados pela Unimed do Brasil.

9.19.1. Para as **OPME que não forem negociadas pelo CTNPM**, a Unimed Executora deve repassar os valores contratualizados com a rede credenciada/o fornecedor à Unimed Origem. Deverá considerar os valores autorizados de acordo com a regra de autorização de OPME.

9.20. Para a cobrança da **taxa de serviço de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição de OPME**, deve ser utilizada a respectiva codificação prevista nas tabelas de intercâmbio, respeitando o limite máximo de até 15% (quinze por cento) dos itens efetivamente utilizados, desde que contratualizada com a rede credenciada. É proibido embutir o valor da taxa supramencionada no valor das OPMEs, o que é passível de glosa.

9.21. Os **medicamentos** serão cobrados pela Unimed Executora de acordo com os valores contratualizados com a rede credenciada, tendo como limite

máximo os valores da Tabela Nacional Unimed de Materiais e Medicamentos (TNUMM) adotada pela Unimed do Brasil, respeitando-se o ICMS da região executora e a legislação vigente para isenção do ICMS.

9.22. Os **materiais de consumo** serão cobrados pela Unimed Executora de acordo com os valores contratualizados com a rede credenciada, tendo como limite máximo os valores da tabela adotada pela Unimed do Brasil.

9.23. A Unimed Executora/Destino enviará as cobranças de atendimentos hospitalares e atendimentos ambulatoriais em conformidade com Padrão TISS vigente e em forma de **“conta fechada”**, ou seja, contemplando os honorários médicos, as despesas hospitalares e os serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT), além de outras despesas e serviços utilizados durante o período do atendimento.

9.23.1. Quando não for possível proceder como descrito no item 9.23, a Unimed Origem acatará a cobrança enviada inicialmente. O restante da conta apresentada posteriormente dependerá de análise e acordo da Unimed Origem.

Serão considerados como **“conta fechada”** os atendimentos enviados no mesmo arquivo PTU com as respectivas guias TISS devidamente vinculadas entre si.

9.23.2. As cobranças de curativos, heparinização e nebulização poderão ocorrer sem vínculo ao procedimento principal, devendo haver envio de justificativa quando solicitada no AJIUS.

9.23.3. A taxa de aplicação de medicamentos poderá ser cobrada sem vínculo ao procedimento principal, desde que haja autorização prévia para o medicamento a ser administrado.

9.23.4. As cobranças dos atendimentos seriados, quando realizadas em notas distintas, poderão ocorrer sem vínculo às da nota principal.

9.24. Cabem cobranças posteriores somente nos casos dispostos a seguir:

9.24.1. Reapresentações dos prestadores decorrentes de glosas julgadas indevidas. Além do prazo de 120 (cento e vinte) dias para apresentação da cobrança, a data limite para apresentação poderá ser prorrogada por mais 60 (sessenta) dias sem a taxa de custeio administrativo, totalizando o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias contados da data do atendimento/da alta ou da última autorização até a postagem do arquivo PTU A500. A Unimed Executora deve justificar detalhadamente o motivo de recurso de glosa do prestador no campo de observação da Central de Movimentação Batch (CMB) e identificar com CD_EXCECAO = I.

9.24.2. Cobranças de serviços de terceiros (laboratórios, banco de sangue, remoções, tratamentos seriados, OPME, dietas, entre outros) envolvidos na internação ou em atendimentos ambulatoriais não enviadas com a conta das despesas hospitalares.

Nota 1: As guias especificadas nos itens acima devem sempre fazer referência à guia principal (guia de solicitação de internações e guia SP/SADT) e obedecer às demais regras previstas no layout do arquivo PTU A500, conforme Padrão TISS vigente.

Nota 2: Para os casos de remoção, não há obrigatoriedade da vinculação de guias.

Importante: Os insumos devem estar vinculados à guia do procedimento que os originou.

9.25. Nos casos de **cobrança de complemento** da autorização inicial, a Unimed Executora poderá informar, no momento da cobrança, somente a senha inicial ou a senha referente à transação autorizada. Nas duas situações, caso a cobrança siga **em notas separadas**, obrigatoriamente, deve haver **vínculo à guia principal** (que deve conter o **número da senha**).

9.26. Nos casos de cobrança de **OPME** apresentada **antes do envio da conta hospitalar**, é necessário fazer o vínculo com a Guia Principal (Padrão TISS vigente) e a senha de autorização no arquivo PTU A500. Para as OPMEs negociadas pelo CTNPM com valores abaixo de 06 (seis) consultas médicas eletivas, deverá ser informada a senha do procedimento principal, nos termos deste manual.

9.27. São permitidas as **cobranças parciais** somente para os casos de internações, desde que o período de cobrança parcial não ultrapasse os 30 (trinta) dias corridos de internação, devendo ser observada a regra de conta fechada. Esse prazo não se aplica aos hospitais de Rede Especial e Rede Master.

9.27.1. A Unimed Executora deverá fazer indicação de conta parcial no campo TP_FATURAMENTO do arquivo PTU A500 e obedecer às demais regras previstas no layout. Não havendo essa informação, a cobrança subsequente estará passível de glosa por parte da Unimed Origem.

9.27.2. Não é obrigatório informar a senha do período de internação que está sendo cobrado, podendo ser informada a senha de autorização inicial.

9.28. A Unimed Origem poderá realizar Auditoria Médica/de Enfermagem e Farmacêutica na rede credenciada da Unimed Executora, desde que esta a autorize, e sendo facultativo à Unimed executora acompanhar ou não este processo.

9.29. A Unimed Origem, em comum acordo com a Unimed Executora e o prestador do serviço, poderá efetuar diretamente a compra e o pagamento de OPME, e fica obrigada a informar, à Unimed Executora, o valor negociado, para que esta possa efetuar a cobrança da taxa de serviço de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição de OPME de até 15% dos itens efetivamente utilizados, desde que contratualizada com a rede credenciada. Nas redes Especial e Master, deve ser cobrado o percentual contratualizado com a rede.

9.29.1. A Unimed Executora pode cobrar a taxa de custeio administrativo sobre o valor das OPME quando o material for adquirido e pago diretamente pela Unimed Origem.

9.30. Quando houver **cobrança de remoção**, a Unimed Executora fica obrigada a informar o local de origem/destino e justificar o motivo da remoção no campo de observação do arquivo PTU A500.

9.31. Processo operacional para o Aviso de Eventos dos beneficiários com atendimento eventual

Em atendimento aos normativos legais, as operadoras devem realizar seus lançamentos contábeis em seus livros auxiliares referentes aos custeios dos atendimentos assistenciais aos beneficiários *de forma tempestiva*, ou seja, pelo regime de competência contábil, no momento do conhecimento dos eventos, quando da apresentação das contas médicas por parte da rede prestadora (direta ou indireta).

O Intercâmbio eventual no sistema Unimed são os atendimentos prestados aos beneficiários nas seguintes condições gerais:

- Beneficiários atendidos em caráter eletivo e de urgência/emergência, de forma esporádica, na rede direta de outras Unimed, diferentes das quais residem e/ou são atendidos habitualmente.
- Beneficiários atendidos em caráter de urgência/emergência, fora da abrangência contratual, na rede direta de outras Unimed, diferentes das quais residem e/ou são atendidos habitualmente.
- Beneficiários atendidos na rede direta de outra Unimed, em caráter de exceção, por insuficiência de rede assistencial prevista em seu contrato.

Observação: Para todos os casos acima, os beneficiários NÃO serão enviados no PTU A100.

O envio do PTU A520 – Aviso de Eventos será obrigatório a partir de 01/01/2019.

9.31.1. O **PTU A520 – Aviso de Eventos** deve ser encaminhado tempestivamente pela Unimed Executora, por meio de arquivo Batch ou de forma on-line, via webservice, no mês de competência em que ela tomou conhecimento do custo decorrente do atendimento prestado em sua rede direta.

9.31.2. A Unimed Origem terá o prazo de até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do PTU A520 – Aviso de Eventos para retornar a confirmação por meio do PTU A525 – Retorno de Aviso de Eventos.

9.31.3. Somente será permitida recusa do PTU A520 nos casos de beneficiário não encontrado (inexistente).

9.31.4. Caso a Unimed Executora consiga emitir o PTU A500 no próprio mês de conhecimento do custo, respeitando a data limite de postagem estabelecida neste manual, não é necessário o envio do arquivo **PTU A520 – Aviso de Eventos**.

9.31.5. Os atendimentos não avisados dentro do próprio mês do conhecimento pela Unimed Executora poderão ser avisados no máximo até 2º (segundo) dia útil do mês seguinte.

9.31.6. Quando a Unimed Executora efetuar **glosa total** ao prestador de um atendimento já avisado, deverá informar a Unimed Origem por meio do **PTU A530 – Glosa Total ou Baixa do Aviso – TIPO 1 (“Glosa Total no Prestador”)**, para correta adequação contábil entre as partes em relação ao custo, à receita e às provisões conforme anexo do Manual Contábil, vigente nos normativos da ANS.

9.31.7. Atendimentos avisados e não cobrados dentro do prazo de 180 dias (120 dias acrescidos de 60 dias quando se tratar de reapresentação de glosa do prestador), contados da data do atendimento, alta do paciente internado, data de execução – GUIA SP/SADT ou data da última autorização, deverão ser excluídos pela Unimed Origem no Monitoramento TISS/ANS.

9.31.7.1 Nesses casos a Unimed Origem deverá informar as exclusões realizadas à Unimed Executora por meio do **PTU A530 – Glosa Total ou Baixa do Aviso – TIPO 2 (“baixa de aviso”)**, na mesma competência, para correta adequação contábil entre as partes em relação ao custo, à receita e às provisões conforme anexo do “Manual Contábil”, vigente nos normativos da ANS.

9.31.8. Caso a Unimed Origem acate cobrança fora do prazo mencionado no item 9.31.7, e o atendimento já tenha sido cancelado no Monitoramento TISS/ANS, esse atendimento deverá ser encaminhado novamente para o

Monitoramento TISS/ANS. Nessas situações, a Unimed Executora não deve encaminhar o **PTU A520 – Aviso de Eventos**. Encaminhará apenas o arquivo de cobrança – PTU A500, identificado com ID_AVISO = NÃO. A Unimed Origem deve fazer uma nova inclusão no monitoramento TISS.

9.31.9. O **PTU A520 – Aviso de Eventos** deverá conter os atendimentos prestados pela Unimed Executora, observando-se os seguintes pontos:

- a. Os códigos e valores das diárias, taxas, materiais e medicamentos deverão estar com igual valorização de acordo com as tabelas contratualizadas pela Unimed Executora junto à sua rede credenciada, respeitando o teto máximo previsto nas tabelas de intercâmbio nacional, adotadas pela Unimed do Brasil. Não se aplicando aos prestadores classificados como Rede Especial e Master, que devem ser avisados conforme as regras vigentes neste manual.
- b. Os códigos e valores dos Honorários Médicos e SADT devem estar em conformidade com o *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* vigente na data do atendimento. Não se aplicando aos prestadores classificados como Rede Especial e Master, que devem ser avisados conforme as regras vigentes neste manual.

Nota: A taxa de administração de intercâmbio deve estar inclusa nos valores mencionados nos itens “a” e “b”.

- c. Quando o atendimento apresentado pelo prestador não estiver de acordo com as regras técnicas do Intercâmbio, este deverá constar no PTU A520 – Aviso de Eventos. Posteriormente, no envio do PTU A500, os ajustes de adequação às regras no Intercâmbio Nacional deverão ser realizados, conforme previsto nos normativos vigentes da Unimed do Brasil.
- d. Os itens avisados que não serão cobrados ou que foram glosados totalmente do prestador deverão ser informados no PTU A500 com os valores zerados, uma vez que todos os itens do PTU A520 – Aviso de Eventos deverão constar no PTU A500 para devida conciliação dos mesmos.
- e. Os itens podem ser avisados em forma de conta aberta e no momento da cobrança vinculados, na forma de conta fechada, conforme as regras deste capítulo.
- f. Caberá à Unimed Origem encaminhar, no Monitoramento TISS/ANS, as informações obtidas no PTU A520 – Aviso de Eventos ou no PTU A500.

- a. As provisões contábeis deverão ser realizadas pela Unimed Origem e pela Unimed Executora na mesma competência, conforme data de conhecimento informada no **PTU A520 – Aviso de Eventos** ou no PTU A500, quando for o caso, de acordo com a normativa estabelecida pela ANS.

Nota: Caso a Unimed Origem ou a Unimed Executora não cumpram o item acima, haverá responsabilidade direta pelas sanções imputadas pelos órgãos competentes a quem gerou dano de causa.

- b. A Unimed Origem não poderá realizar glosas fundamentadas em comparações de informações entre o PTU A520 – Aviso de Eventos e o PTU A500.

9.32. Registro Contábil das Operações do Intercâmbio Eventual

9.32.1. A Unimed Origem e a Unimed Executora permanecem obrigadas à observância do plano de contas padrão da ANS e alterações posteriores.

9.32.2. Com o objetivo que ambas as Unimed (Origem e Executora) possam efetuar os lançamentos contábeis de acordo com o princípio da competência e em atendimento ao *Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar* e eventuais alterações posteriores, a Unimed Executora comunicará, à Unimed Origem, os atendimentos realizados de forma tempestiva, via **PTU A520 – Aviso de Eventos**, considerando a competência do mês em que recebeu a cobrança, avisada pelo prestador da sua rede direta, já utilizando os valores de intercâmbio que deverão ser cobrados da Unimed Origem. Os valores constantes no PTU A520, reconhecidos no custo assistencial da Unimed Executora até o último dia do mês (mês 1) e enviados até o segundo dia útil do mês subsequente (mês 2), deverão ser contabilizados (no mês 1) na Unimed Executora.

9.32.3. As despesas incorridas com beneficiários da Unimed Origem junto à rede de prestadores de serviços de assistência à saúde da Unimed Executora, em função de operações de intercâmbio eventual estabelecidas neste instrumento, devem ser classificadas nas demonstrações financeiras de acordo com o *Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar* e eventuais alterações posteriores.

9.32.4. As respectivas exigibilidades de constituição de provisões de sinistros/eventos indenizáveis devem ser observadas pelas Unimed Origem e Executora, de acordo com a respectiva remuneração aplicável, observada a regulamentação vigente para as provisões técnicas definidas pela ANS.

9.32.5. A Unimed Origem e a Unimed Executora devem realizar o registro contábil das transações de forma a segregar os riscos financeiros decorrentes das referidas operações dos beneficiários eventuais.

9.32.5.1. A segregação de que trata o item acima será objeto de validação quando da emissão do Relatório de Procedimento Pré-Acordado (PPA), emitido por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), conforme normativo vigente.

9.32.6. O Relatório de Procedimento Pré-Acordado (PPA) será elaborado pelos auditores independentes de cada Operadora Unimed, no que tange às informações do intercâmbio eventual, por meio de registros auxiliares mensais, de modo a identificar os atendimentos objeto dessa operação para cumprimento do envio de informações regulamentares.

9.32.7. A Unimed Executora é obrigada a emitir e enviar as informações trimestrais que constarão nos quadros do arquivo Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS)/ANS para a Unimed Origem referente aos beneficiários de intercâmbio eventual, conforme legislação vigente, para um processo de conciliação que visa dirimir riscos de inconsistências perante o órgão regulador.

9.32.7.1. O período para enviar as informações de intercâmbio eventual para a Unimed Origem será até o 20º dia útil do mês subsequente ao encerramento do trimestre das informações periódicas de acordo com o calendário oficial da ANS.

9.32.7.2. O modelo das informações mínimas a serem encaminhadas para a Unimed Origem devem ser as mesmas encaminhadas no arquivo DIOPS referente aos dados de atendimento de intercâmbio eventual.

9.32.7.3. Caso a Unimed Origem reconcilie as informações encaminhadas e encontre inconsistências, a mesma deverá enviá-las até o 5º dia útil da data do recebimento da circularização para a Unimed Executora.

9.32.7.4. Unimed Origem e Unimed Executora devem buscar e viabilizar mecanismos para solucionar as inconsistências entre as partes, para não incorrer em risco perante o órgão regulador.



10. Processo de Contestação/Glosas

Todo processo de contestação/glosas intercâmbio deve obrigatoriamente atender às regras citadas neste manual, em consonância ao *Manual Operacional do AJIUS*.

10.1. O processo eletrônico de contestação entre as Unimeds será realizado pelo AJIUS (Ajuste de Intercâmbio entre Unimeds) quando a Unimed Origem não concordar com a cobrança apresentada. O questionamento somente pode ser iniciado após o pagamento parcial ou integral do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) inicial, respeitando os prazos contidos neste manual e as regras das Câmaras de Compensação.

10.2. As regras e os prazos de negociação dos questionamentos estão disponíveis no *Manual Operacional do AJIUS* na versão vigente, editado pela Unimed do Brasil.

10.3. O arquivo PTU A550 somente poderá ser postado após o pagamento parcial ou integral do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) encaminhado com o PTU A500, respeitando os prazos a seguir:

10.3.1. **Pagamento com glosa:** as Unimeds devem postar o arquivo PTU A550 até 02 (dois) dias úteis após o vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura).

10.3.1.1. Caso não seja postado o arquivo PTU A550, a Unimed Executora emitirá uma nota de débito/crédito em até 15 (quinze) dias corridos do vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) inicial, no valor da diferença apurada, a qual deverá ser quitada integralmente pela Unimed Origem, não cabendo contestação posterior.

10.3.2. **Pagamento integral:** As Unimeds podem postar o arquivo PTU A550 em até 30 (trinta) dias corridos da data de vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) original.

10.3.2.1. Quando os documentos de cobrança forem disponibilizados na Central de Movimentação Batch (digitalizados), a Unimed Origem deverá anexar os documentos que fundamentem as glosas realizadas pela auditoria médica ou de enfermagem.

10.4. Quando o vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) ocorrer aos sábados, domingos ou feriados nacionais, deve-se considerar o segundo dia útil para envio do arquivo A550, sem que este caia para aprovação da Unimed.

10.5. As contestações/o arquivo PTU A550 postados após o prazo definido nos itens 1.1 e 1.2 terão o status na Central de Movimentação Batch (CMB) de **“erro/aprovação”**, permanecendo por 30 (trinta) dias corridos para aprovação da Unimed Executora. Caso não haja ação alguma, serão aprovados automaticamente pela ferramenta.

A Unimed Origem deve anexar à Central de Movimentação Batch a troca de documentos autorizando a postagem do arquivo.

10.5.1. Se a Unimed Executora negar o arquivo PTU A550 que está com status **“erro/aprovação”**, a Unimed Origem poderá postar novamente o mesmo arquivo PTU A550 e, no caso de nova negativa pela Unimed Executora, não haverá a possibilidade de postar um novo arquivo. Caso não ocorra ação alguma, ele será aprovado automaticamente pela ferramenta.

10.5.2. O pedido de cancelamento pela Unimed Origem e a aprovação da Unimed Executora do arquivo PTU A550 devem ocorrer antes da emissão do arquivo PTU A550 de finalização pelo AJIUS (parcial ou não).

10.6. A Unimed Executora poderá **reapresentar as glosas/contestações** negociadas no AJIUS em até 30 (trinta) dias da data de conclusão da nota ou fatura. Para arquivos postados que caírem em “erro/aprovação” deverá ser anexa à CMB a negociação prévia entre as partes envolvidas.

10.6.1. Para os atendimentos que estão com prazo superior a 120 (cento e vinte) dias deve ser obedecida a regra constante no item 15 do capítulo 9 - Regras do processo operacional da cobrança.

10.6.2. Nos dois casos, a Unimed deve informar no PTU A500, no campo CD_EXCECAO, o tipo J - Nota glosada (Ajius) reapresentada.

10.6.3. Quando houver a cobrança de itens separados (conta aberta) deve ser obedecida a regra do capítulo 9 - Regras do processo operacional da cobrança.

10.7. A solicitação de parecer à Câmara Técnica somente poderá ser pleiteada após esgotadas as possibilidades de negociação entre as partes, conforme descrito no *Manual Operacional das Câmaras Técnicas de Intercâmbio*. Cabe ressaltar que qualquer uma das partes envolvidas poderá remeter o processo à Câmara.

10.8. Nos casos em que a Unimed Origem solicitar esclarecimentos referentes às reclamações dos beneficiários da empresa sobre a não realização de procedimentos, a Unimed Executora deve fornecer os esclarecimentos solicitados pela Unimed Origem, por escrito ou por meio eletrônico, no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos. Os documentos que comprovam o atendimento não podem ter rasuras. Caso tenham rasuras, ficam passíveis de glosa.

10.8.1. Contestação manual somente pode ocorrer em casos em que a Unimed Executora não apresente as informações solicitadas dentro do prazo ou que fique comprovado que o procedimento não foi realizado. A Unimed Origem poderá efetuar a emissão da nota de débito manual, o envio por e-mail e com vencimento de 15 (quinze) corridos.

10.9. Glosas permitidas

A Unimed Origem poderá efetuar glosas, desde que devidamente justificados os motivos técnicos e administrativos, nos seguintes casos:

10.9.1. Realização de consultas de um beneficiário por um mesmo médico, pela mesma patologia, dentro de um período inferior ou igual a 20 (vinte) dias. Nos casos de consulta gestacional deverão ser observadas as regras do Colégio Nacional de Auditores.

10.9.1.1. Essa regra não se aplica a consultas em pronto-socorro.

10.9.1.2. A Unimed Executora é responsável pelo controle do prazo de retorno da consulta, cabendo glosa da Unimed Origem mesmo que tenha sido previamente autorizada pelo Intercâmbio Eletrônico de Liberações.

10.9.1.3. A Unimed Origem deve informar em qual fatura e nota foi cobrada a outra consulta que caracteriza o retorno.

10.9.2. Cobrança referente a procedimentos cobertos pelo contrato padrão de Intercâmbio nos quais o beneficiário esteja repassado em pré-pagamento.

10.9.3. Cobrança de valores em desacordo com o *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* editado pela Unimed do Brasil e as regras do *Manual de Consulta das Normas de Auditoria Médica e Enfermagem*.

10.9.4. Realização de procedimentos que não foram previamente autorizados e que não estejam cobertos pelo plano padrão do Intercâmbio, nos casos de beneficiários repassados em pré-pagamento.

10.9.5. Procedimentos realizados em cumprimento de carência, cobertura parcial temporária (CPT), validade, área de abrangência geográfica e cobertura contratual identificadas no cartão de identificação dos beneficiários. Essa regra é válida somente para os casos em que o beneficiário foi atendido em situações de contingência.

10.9.6. Código de identificação do beneficiário incorreto.

10.9.7. Cobranças em discordância com os prazos previstos neste manual.

10.9.8. Cobrança das despesas de acompanhantes, exceto nos casos previstos conforme legislação vigente, independentemente do tipo de contrato (regulamentado ou não).

10.9.9. Remoções em discordância com as regras deste manual.

10.9.10. Contas de internações superiores a 15 (quinze) mil reais sem o envio do relatório da Auditoria Médica de Intercâmbio da Unimed Executora e sem a devida identificação da auditoria médica e/ou de enfermagem.

10.9.11. Falta de identificação e de valores detalhados no arquivo PTU A500 de materiais, medicamentos, taxas, diárias, honorários médicos e SADT, exceto nos casos de cobranças realizadas na forma de pacote.

10.9.12. Cobrança de procedimentos em discordância com a codificação e as instruções gerais do *Rol de Procedimentos Médicos Unimed* (editado pela Unimed do Brasil) vigente na data do atendimento.

10.9.13. Procedimentos, medicamentos e materiais considerados experimentais, exceto quando realizados por força de liminar e/ou autorizados pela Unimed Origem.

10.9.14. Alteração ou rasura no documento apresentado pela rede credenciada da Unimed Executora referente à quantidade e/ou aos valores de diárias, taxas, materiais e medicamentos que sejam superiores aos apresentados e cobrados em conta. A glosa deve ser realizada integralmente pela Unimed Origem.

10.9.15. Número de autorização fornecido pela Unimed Origem não informado pela Unimed Executora.

10.9.16. Duplicidade na cobrança.

10.9.17. Pacotes não cobrados de acordo com as regras deste manual.

10.9.17.1. Quando o honorário médico for cobrado fora do pacote e houver erro na cobrança desse pacote deve ser glosado apenas o pacote.

O honorário deve ser pago conforme procedimento autorizado.

10.9.18. atendimentos de Saúde Ocupacional cobrados no mesmo documento hábil fiscal (notas fiscais/faturas) de serviços assistenciais.

10.9.19. Falta de envio de documento obrigatório previsto neste manual. Quando apresentado o documento, poderá haver novo motivo de glosa.

10.10. Glosas não permitidas

10.10.1. Por falta de documentos digitalizados, exceto nos casos previstos neste manual.

10.10.2. Seriadas, conforme definido no capítulo 2 - Conceitos.

10.10.3. Por falta de prontuário médico ou qualquer outro documento que infrinja o Código de Ética Médica.

10.10.4. De taxa de serviço de armazenamento, manipulação, esterilização, dispensação, controle e aquisição de OPME (órteses, próteses e materiais especiais), desde que seja cobrada de acordo com os critérios definidos neste manual.

10.10.5. Para exames/procedimentos solicitados por médico não cooperado ou não credenciado à rede, desde que em conformidade com as regras deste manual.

10.10.6. Da conta hospitalar quando esta não apresentar a cobrança de honorários médicos e da equipe decorrente de atendimento por médico não cooperado ou não credenciado à rede (honorários pagos em caráter particular).

10.10.7. Por limite técnico realizado pela Unimed Origem.

10.10.8. De procedimentos e itens previamente autorizados pela Unimed Origem desde que efetivamente realizados pela Unimed Executora dentro dos prazos e das normas estabelecidos neste manual.

10.10.9. Por ausência de indicação clínica ou justificativa nas consultas, inclusive as de pronto-socorro.

10.10.9.1. Nos casos de nova consulta eletiva realizada dentro do período de 20 (vinte) dias com o mesmo prestador, a Unimed Executora deve enviar justificativa médica.

10.10.10. Quando apresentado na cobrança medicamento de “marca” substituí-lo por genérico e/ou similar.

10.10.11. Glosas técnicas (médica e/ou de enfermagem) efetuadas por profissionais não habilitados.

10.10.12. Repassar as glosas das empresas contratantes na modalidade de custo operacional ou de produtos do Sistema Unimed (Benefício Família, Fundos Mútuos etc.), que estejam em desacordo com as regras estabelecidas no intercâmbio nacional.

- 10.10.13. De documentos hábeis fiscais (notas fiscais/faturas) que não foram devidamente quitados, tanto no pagamento integral como no pagamento parcial.
- 10.10.14. Pelo motivo “Cobranças em excesso” sem a devida justificativa técnica.
- 10.10.15. Por ausência da senha de autorização para procedimentos que constem na Tabela de Baixo Risco.
- 10.10.16. De atendimentos liberados pelo WSD pelos motivos de: beneficiário inativo ou excluído; beneficiário em cumprimento de carência ou CPT; cobertura contratual; cartão vencido; abrangência contratual.
- 10.10.17. Que contrariem as normas deste manual. Os casos omissos serão analisados pelo Comitê Nacional de Intercâmbio Unimed.
- 10.10.18. De reapresentações dos prestadores decorrentes de glosas julgadas indevidas, desde que haja a justificativa detalhada no campo de observação da CMB.
- 10.10.19. De procedimentos diagnósticos, independentemente de serem classificados como PAC, realizados durante a internação e sem necessidade de autorização, conforme descrito no **item 6.13. – Paciente Internado**, mesmo que o beneficiário esteja em cumprimento de CPT e carência.
- 10.10.20. De procedimentos cirúrgicos realizados por similaridade, conforme o capítulo 6, alegando falta de autorização.
- 10.10.21. Com o motivo de “conta aberta” quando a Unimed Executora apresentar inicialmente a cobrança contemplando somente os honorários médicos ou as despesas hospitalares, ou com o motivo de “conta aberta” quando a Unimed Executora apresentar inicialmente a cobrança contemplando somente os honorários médicos, as despesas hospitalares ou SADT. Essa regra vale tanto nos casos de internação quanto em atendimento ambulatorial, em consonância com o previsto no capítulo 9 - Regras do processo operacional da cobrança.
- 10.10.22. Quando autorizado o atendimento fora do prazo pela Unimed Origem. Nesse caso esta não poderá efetuar glosa pelo motivo de solicitação de autorização fora do prazo.



Ressarcimento ao SUS NIP Depósitos em juízo
Proteger DEFENDER ANS
Liminar
Beneficiários Judicial **Resguardar**
CADU Responsabilidades
Intercooperação **Ministério Público**
Comunicar

11. Intercâmbio Jurídico

Este capítulo trata das decisões judiciais e tem por finalidade promover e agilizar a intercooperação jurídica entre as UnimedS no atendimento às demandas judiciais, administrativas/técnicas na ANS, no Ministério Público, em órgãos de Defesa de Consumidor e entidades correlatas.

11.1. Modalidade: intercâmbio eventual e habitual

11.1.1. Do processo judicial

11.1.1.1. Todo ônus financeiro decorrente do cumprimento de decisão judicial caberá à Unimed Origem, salvo quando apurada a responsabilidade exclusiva da Unimed demandada nos termos do item 11.3.

11.1.1.2. A condução dos processos judiciais será realizada pela Unimed demandada no processo, sendo que esta deve comunicar imediatamente a Unimed Origem para que assuma a condução da demanda. Caso não seja tecnicamente possível essa forma de ingresso, deverá ser utilizada a intervenção de terceiro, ou até mesmo o ingresso espontâneo da Unimed responsável com a Unimed demandada, sempre avaliando a pertinência e a possibilidade técnica das intervenções.

11.1.1.3. Na hipótese de não ser possível a intervenção da Unimed Origem ou mesmo de o julgador não a aceitar, esta Unimed deverá fornecer todos os subsídios técnicos para que a Unimed demandada conduza o processo. A Unimed demandada deve utilizar-se da melhor técnica na defesa dos interesses da Unimed Origem, conforme suas recomendações.

11.1.1.4. As peças de defesas judiciais da Unimed demandada poderão, conforme o caso, incluir argumentos de ausência de responsabilidade por não ser a Unimed que detém o risco do atendimento, contudo está vedada qualquer alegação de existência de culpa de outra Unimed, salvo por prévia e expressa autorização desta; recomenda-se ainda que seja feita a impugnação dos fatos e fundamentos.

11.1.1.5. A Unimed demandada dará ciência por escrito à(s) Unimed(s) interessada(s) no processo judicial, por exemplo via fax ou e-mail, em até 2 (dois) dias úteis ao seu conhecimento. Quando se tratar de cumprimento de liminar judicial com prazo inferior a esse período ou sem prazo determinado, a ciência por escrito à(s) Unimed(s) interessada(s) deverá ocorrer imediatamente, para que as providências sejam tomadas em tempo hábil.

11.1.1.5.1. A Unimed demandada, em obediência à decisão judicial, liberará o atendimento e, em até 2 (dois) dias úteis, notificará a Unimed Origem responsável pelo risco do atendimento sobre sua responsabilidade pelo pagamento das despesas incorridas, respeitando os prazos estipulados neste manual, independentemente de existir ou não a cobertura para o procedimento.

11.1.1.6. No cumprimento da liminar judicial não poderão ser exigidos relatório médico, laudo de exames e outros documentos que impeçam o cumprimento da referida decisão. Entretanto, a Unimed Executora deverá colaborar com todos os meios para, quando possível, fornecer todas as informações, os orçamentos e as opções para que o cumprimento da decisão ocorra de forma eficaz e com o menor impacto financeiro para a Unimed Origem.

11.1.1.7. A Unimed Executora, quando demandada e intimada, cumprirá os itens exclusivamente determinados na liminar judicial que, por sua vez, serão apenas notificados via sistema por meio de uma transação com sinalização no campo ID_LIMINAR e documentação encaminhada via Chat à Unimed Origem no momento da solicitação. Os procedimentos que necessitam de autorização (conforme regras do capítulo 6 - Regras de Atendimento no Intercâmbio) não inerentes ao ato cirúrgico e não incluídos na liminar judicial deverão ter prévia autorização da Unimed Origem.

11.1.1.8. Quando a demanda for proposta:

11.1.1.8.1. Exclusivamente contra a Unimed Origem, caberá a ela adotar as providências de cumprimento da decisão, bem como comunicar as Unimeds envolvidas em até 2 (dois) dias úteis ao seu conhecimento. Quando se tratar de cumprimento de liminar judicial com prazo inferior a esse período ou sem prazo determinado, a ciência por escrito à(s) Unimed(s) interessada(s) deverá ocorrer imediatamente, para que as providências sejam tomadas em tempo hábil.

11.1.1.8.2. Contra a Unimed Executora e a Unimed Origem, além da obrigação do item anterior, a Unimed Origem deverá adotar todas as providências estipuladas nos itens 11.1.1.3 a 11.1.1.7 supracitados, sendo responsável pelo risco do atendimento.

11.1.1.8.3. Exclusivamente contra a Unimed Executora, esta dará ciência à Unimed Origem nos prazos estabelecidos neste capítulo, bem como deverão ser adotadas todas as providências estipuladas nos subitens 2 a 7 deste item 11.1.1.

11.1.1.9. A responsabilidade financeira por atendimentos advindos de cumprimento de decisão/condenação judicial, com ou sem cobertura contratual pelas indenizações, será da Unimed Origem do beneficiário, exceto nos casos em que a Unimed demandada não tenha respeitado as determinações deste capítulo.

11.1.1.10. Caso haja expresso consentimento da Unimed Executora, a Unimed Origem poderá efetuar o pagamento diretamente ao prestador, credenciado ou não.

11.1.1.11. Os procedimentos liberados em cumprimento de decisão judicial, mesmo que esta venha a ser suspensa após o atendimento prestado ou ainda que a Unimed Origem não integre o polo na ação, serão pagos pela Unimed Origem do beneficiário.

11.1.1.12. Para os casos em que for realizado o depósito em juízo dos valores relativos ao atendimento do beneficiário, a Unimed Origem não estará isenta de efetuar o pagamento de todas as despesas incluídas no Intercâmbio que forem decorrentes do cumprimento da decisão judicial.

11.1.1.13. Quando se tratar de cumprimento de decisão judicial, a Unimed Origem não poderá glosar/contestar os atendimentos prestados sob alegação de falta de cobertura, em consonância com o disposto neste capítulo.

11.1.1.14. Mesmo quando o atendimento ocorrer por força de determinação judicial, a Unimed Executora deverá enviar a cobrança devidamente embasada pela Auditoria Médica e/ou de Enfermagem realizada por ela e com a devida sinalização no campo ID_LIMINAR.

11.1.1.14.1. A cobrança desse atendimento deve ser encaminhada num arquivo PTU A500 devidamente identificado conforme padrão PTU.

11.1.1.15. Nos casos de decisão judicial contra a Unimed Executora envolvendo prestação de serviço por rede não credenciada, via de regra compete à Unimed Executora negociar diretamente as condições para atendimento ao beneficiário no prazo estabelecido na liminar. Caso seja inviável a negociação direta, caberá à Unimed Executora autorizar à Unimed Origem a negociação nas condições para cumprimento da liminar.

11.1.2. Do procedimento administrativo na ANS

11.1.2.1. Nos procedimentos administrativos na ANS, seja na fase pré-processual (NIP – Notificação de Intermediação Preliminar e/ou procedimento administrativo preparatório), seja na fase do processo administrativo sancionador (auto de infração e/ou representação), a Unimed Origem deverá responder à demanda, ficando sob a responsabilidade da Unimed Executora repassar por escrito todas as informações e documentos pertinentes à reclamação do beneficiário para substanciar a resposta imediatamente após a notificação, não ultrapassando o prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

11.1.2.1.1. Quando a Unimed Origem necessitar de informações por parte da Unimed Executora, deverá solicitá-las imediatamente após o recebimento da demanda.

11.1.2.2. As reclamações encaminhadas para a Unimed Executora deverão ser respondidas apenas com a informação sobre sua ilegitimidade, especificando que não se trata de seu beneficiário e, ao final, requerendo o arquivamento da demanda. Não obstante, a Unimed Executora deverá informar a Unimed Origem (quando identificada) sobre o recebimento da reclamação, enviando-lhe cópia do inteiro teor no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

11.1.2.3. Se houver aplicação de penalidade de multa por decisão proferida nos autos do processo administrativo, todo ônus perante a ANS será assumido pela Unimed Origem, devendo esta ser ressarcida pela Unimed Executora quando comprovada culpa ou omissão desta em relação ao cumprimento da legislação em vigor.

11.1.3. Do procedimento administrativo em órgãos de Defesa do Consumidor, no Ministério Público e em entidades correlatas

11.1.3.1. Nos procedimentos administrativos em que a Unimed Executora for demandada, esta deverá formular a resposta, informando que não é parte legítima para prestar informações sobre o beneficiário e qual é a operadora (quando identificada) responsável pelo seu contrato.

11.1.3.2. Nos casos em que a Unimed Origem for demandada, esta deverá apresentar resposta aos respectivos órgãos de acordo com o prazo estabelecido na notificação, ficando sob a responsabilidade da Unimed Executora repassar por escrito todas as informações e documentos pertinentes à demanda do beneficiário para substanciar a resposta, imediatamente após ser notificada ou em até 2 (dois) dias úteis antes do vencimento do prazo definido na notificação.

11.1.3.2.1. Quando a Unimed Origem necessitar de informações por parte da Unimed Executora, deverá solicitá-las formalmente, imediatamente após o recebimento da demanda.

11.1.3.3. Se houver aplicação de penalidade de multa por decisão proferida nos autos do processo administrativo, todo ônus perante os órgãos acima será assumido pela Unimed Origem, devendo esta ser ressarcida pela Unimed Executora quando comprovada culpa ou omissão desta em relação ao descumprimento das normativas oriundas da ANS.

11.2. Modalidade: repasse em pré-pagamento (transferência de risco/responsabilidade à Unimed Destino)

11.2.1. Do processo judicial

11.2.1.1. Todo ônus (financeiro e operacional) decorrente do cumprimento de decisão judicial por atendimento caberá à Unimed Destino durante o período em que ela assumir a responsabilidade pelo repasse e independentemente de haver cobertura no Plano Padrão de Intercâmbio.

11.2.1.2. Todo ônus (financeiro e operacional) decorrente de cumprimento de decisão judicial, quando o repasse ou cadastro do beneficiário estiver excluído, mesmo que porte cartão de identificação dentro do prazo de validade emitido pela Unimed Destino, será de responsabilidade da Unimed Origem.

11.2.1.3. Em quaisquer dos casos acima, a condução dos processos judiciais será realizada pela Unimed Demandada; a Unimed responsável pelo ônus (financeiro e operacional) deve ingressar de forma espontânea nos processos judiciais, independentemente de sua citação, conforme o item 6 abaixo.

11.2.1.4. Na hipótese de não ser possível a intervenção por parte da Unimed responsável ou de o julgador não a aceitar, esta Unimed deverá fornecer todos os subsídios técnicos para que a Unimed Demandada conduza o processo. A Unimed Demandada deve utilizar-se da melhor técnica na defesa dos interesses da Unimed responsável pelo risco do atendimento.

11.2.1.5. As peças de defesas judiciais da Unimed Demandada poderão, conforme o caso, incluir argumentos de ausência de responsabilidade por não ser a Unimed que detém o risco do atendimento, contudo está vedada qualquer alegação de existência de culpa de outra Unimed, salvo por prévia e expressa autorização desta; recomenda-se ainda que seja feita a impugnação dos fatos e fundamentos.

11.2.1.6. A Unimed Demandada dará ciência por escrito à(s) Unimed(s) interessada(s) no processo judicial, por exemplo via fax ou e-mail, em até 2(dois) dias úteis ao seu conhecimento. Quando se tratar de cumprimento de liminar judicial com prazo inferior a esse período ou sem prazo determinado, a ciência por escrito à(s) Unimed(s) interessada(s) deverá ocorrer imediatamente, para que as providências sejam tomadas em tempo hábil.

11.2.1.6.1. A Unimed Demandada, em obediência à decisão judicial, liberará o atendimento e, em até 2(dois) dias úteis, notificará a Unimed Destino responsável pelo risco do atendimento sobre sua responsabilidade pelo pagamento das despesas incorridas, respeitando os prazos estipulados neste manual, independentemente de existir ou não a cobertura para o procedimento.

11.2.1.7. Quando a demanda for proposta:

11.2.1.7.1. Exclusivamente contra a Unimed Destino, que detém o risco do atendimento, caberá a ela adotar as providências de cumprimento da decisão, juntamente com a Unimed Executora, bem como comunicar as Unimeds envolvidas no prazo definido neste manual;

11.2.1.7.2. Contra a Unimed Destino e a Unimed Origem e/ou a Unimed Executora, além da obrigação do item anterior, a Unimed detentora do risco deverá adotar todas as providências estipuladas nos itens 3 a 7 supracitados, sendo responsável pelo risco do atendimento;

11.2.1.7.3. Exclusivamente contra Unimed que não detenha o risco (Unimed Origem que tenha repassado a responsabilidade, ou Unimed Executora), esta dará ciência à Unimed responsável pelo risco do atendimento e deverá oferecer todos os meios de defesa, bem como tomar as providências estipuladas acima.

11.2.1.8. A Unimed Destino responsável pelo risco do atendimento, quando não incluída no processo pelo autor, quando cabível, deverá pleitear a sua inclusão na demanda, sem prejuízo da responsabilidade processual, supletiva e efetiva, da Unimed Demandada enquanto parte no processo.

11.2.1.9. A Unimed Origem propiciará às demais Unimeds envolvidas na demanda as informações a respeito do contrato de plano de saúde e de demais questões administrativas que envolvam o caso judicializado.

11.2.1.9.1. É recomendado à Unimed Demandada que não se restrinja à mera alegação de sua ilegitimidade, procedendo, sempre que possível, à impugnação dos fatos e fundamentos em consonância com os documentos constantes nos autos.

11.2.2. Do procedimento administrativo na ANS

11.2.2.1. Nos procedimentos administrativos na ANS, seja na fase pré-processual (NIP – Notificação de Intermediação Preliminar e/ou procedimento administrativo preparatório), seja na fase do processo administrativo sancionador (auto de infração e/ou representação), a Unimed Origem deverá responder à demanda, ficando sob responsabilidade da Unimed Destino/Executora repassar por escrito todas as informações e os documentos pertinentes à reclamação do beneficiário para substanciar a resposta, imediatamente após a notificação, não ultrapassando o prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

11.2.2.1.1. Quando a Unimed Origem necessitar de informações por parte da Unimed Destino/Executora, deverá solicitá-las imediatamente após o recebimento da demanda.

11.2.2.2. As reclamações encaminhadas para a Unimed Destino/Executora deverão ser respondidas apenas com a informação sobre sua ilegitimidade, especificando que não se trata de seu beneficiário e, ao final, requerendo o arquivamento da demanda. Não obstante, a Unimed Destino/Executora deverá informar a Unimed Origem (quando identificada) sobre o recebimento da reclamação, enviando-lhe cópia do inteiro teor no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

11.2.2.3. Se houver aplicação de penalidade de multa por decisão proferida nos autos do processo administrativo, todo ônus perante a ANS será assumido pela Unimed Origem, devendo esta ser ressarcida pela Unimed Destino e/ou Executora em até 60 (sessenta) dias corridos da decisão, quando comprovada culpa ou omissão de ambas ou de qualquer uma destas em relação ao cumprimento das normativas oriundas da ANS.

11.2.3. Do procedimento administrativo em órgãos de Defesa do Consumidor, no Ministério Público e em entidades correlatas

11.2.3.1. Nos procedimentos administrativos em que a Unimed Destino/Executora for demandada, esta deverá formular a resposta, informando que não é parte legítima para prestar informações sobre o beneficiário e qual é a operadora (quando identificada) responsável pelo contrato dele.

11.2.3.2. Nos casos em que a Unimed Origem for demandada, esta deverá apresentar resposta aos respectivos órgãos de acordo com o prazo estabelecido na notificação, ficando sob a responsabilidade da Unimed Destino/Executora repassar por escrito todas as informações e documentos pertinentes à demanda do beneficiário para substanciar a resposta, imediatamente após ser notificada ou em até 2 (dois) dias úteis antes do vencimento do prazo definido na notificação.

11.2.3.2.1. Quando a Unimed Origem necessitar de informações por parte da Unimed Destino/Executora, deverá solicitá-las imediatamente após o recebimento da demanda.

11.2.3.3. Se houver aplicação de penalidade de multa por decisão proferida nos autos do processo administrativo, todo ônus perante os órgãos acima será assumido pela Unimed Origem, devendo esta ser ressarcida pela Unimed Destino/Executora em até 60 (sessenta) dias corridos da decisão, quando comprovada culpa ou omissão de ambas ou de qualquer uma destas em relação ao descumprimento da legislação em vigor.

11.2.4. Ressarcimento ao SUS

11.2.4.1. Os valores cobrados em decorrência de atendimentos realizados em recursos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme legislação vigente, incluindo suas consequências moratórias (juros e multa), serão de responsabilidade financeira da Unimed Destino.

11.2.4.1.1. A Unimed Destino ficará desobrigada de custear eventuais procedimentos não previstos no *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde* vigente e/ou no plano padrão de intercâmbio que, por mera liberalidade, constarem de forma adicional na cobertura contratual oferecida pela Unimed Origem.

11.2.4.1.2. A Unimed Destino será responsável pelo ressarcimento ao SUS dos atendimentos ocorridos durante o período do repasse, mesmo que o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) seja recebido após o cancelamento do repasse.

11.2.4.2. A Unimed Origem, ao receber o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), deverá notificar a Unimed Destino em até 5 (cinco) dias úteis das cobranças de ressarcimento ao SUS referentes aos beneficiários objeto do repasse.

11.2.4.3. A Unimed Destino, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar do recebimento da notificação acima, deverá decidir e informar à Unimed Origem se as Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APACs) e/ou Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) deverão ser pagas ou impugnadas, devendo nos casos de impugnação fornecer todos os documentos necessários e previstos na legislação vigente para a elaboração da impugnação administrativa/técnica à ANS.

11.2.4.3.1. Havendo indeferimento parcial ou total da impugnação pela ANS, a Unimed Origem deverá notificar a Unimed Destino dessa decisão de primeira instância em até 2 (dois) dias úteis.

11.2.4.3.2. A Unimed Destino, no prazo de 2 (dois) dias úteis a contar da notificação acima, deverá manifestar-se a respeito da apresentação de recurso ou não, fornecendo outros documentos necessários caso opte pela apresentação à ANS.

11.2.4.4. Na hipótese de a Unimed Origem deixar de notificar a Unimed Destino sobre a ABI recebida no prazo anteriormente estabelecido, ficará responsável pelo ônus total do ressarcimento ao SUS.

11.2.4.4.1. Na hipótese de a Unimed Origem não impugnar tempestivamente e/ou não acatar as orientações da Unimed Destino quanto ao teor da defesa na íntegra, ficará responsável pelo ônus total do ressarcimento ao SUS.

11.2.4.5. Já nos casos em que a Unimed Destino deixar de responder tempestivamente à notificação recebida ou deixar de encaminhar a documentação necessária à impugnação, a Unimed Origem estará autorizada a pagar o valor do ressarcimento à ANS para posterior cobrança da Unimed Destino.

11.2.4.6. A Unimed Origem só poderá cobrar da Unimed Destino o valor do ressarcimento após a realização do efetivo pagamento à ANS, com a apresentação da Guia de Recolhimento da União (GRU) correspondente, no prazo prescricional de 90 (noventa) dias corridos.

11.2.4.7. A cobrança do ressarcimento ao SUS deve ser encaminhada por meio do arquivo PTU A500 devidamente identificado conforme padrão PTU.

11.3. Ressarcimento dos custos

11.3.1. Quando o objeto da ação exigir reparação por responsabilidade civil, caberá à Unimed que deu causa ao dano, por ato ilícito e/ou culposo (arts. 186 e 927 do Código Civil Brasileiro), mesmo que por ato de seus prepostos, médicos cooperados ou prestadores credenciados, ressarcir a(s) Unimed(s) condenada(s) em até 60 (sessenta) dias corridos da decisão.

11.3.2. A Unimed que detém a legitimidade para pleitear reparação em face do beneficiário e que não tenha suportado, parcial ou integralmente, as consequências do processo, deverá ressarcir a Unimed que tenha arcado com o ônus da demanda em até 60 (sessenta) dias corridos da decisão.

11.4. Meio de comunicação

As Unimeds deverão manter atualizado o cadastro das áreas responsáveis para tratar as questões deste capítulo na ferramenta Cadastro Nacional das Unimeds (CADU) para que sejam feitas as comunicações dos assuntos relacionados às respectivas demandas.





12. Reembolso no Intercâmbio

Este capítulo trata do processo de restituição a ser realizada no intercâmbio, para os casos cabíveis de reembolso pago ao beneficiário.

Os propósitos¹ do processo de reembolso na relação de intercâmbio são: atender à legislação vigente² que, em termos de prazo, concede até 30 (trinta) dias para a OPS realizar o referido reembolso. E a necessidade do Sistema Unimed de tratar do assunto de forma padronizada e regulamentar a relação de intercâmbio, inclusive para sua apropriação contábil adequada, minimizando o risco sistêmico.

1 Acatar às deliberações do Fórum “Transformar para Avançar”/2016 no que tange à “Impedir a discriminação do atendimento dos clientes em Intercâmbio pela rede prestadora credenciadas das Unimed” e “Incluir no Estatuto um item sobre ressarcimento de prejuízos comprovados relacionados às condutas de cooperados”.

2 Legislação vigente: art. 12 inciso VI da Lei 9656/98

12.1 Regras Gerais para reembolso no intercâmbio

12.1.1. A Unimed Origem deverá sempre observar as regras de reembolso estabelecidas em contrato, respeitando o direito do beneficiário.

12.1.2. Para fins da relação de intercâmbio, é devida a restituição integral ou parcial, conforme o caso, para a Unimed Origem dos valores pagos pelos seus beneficiários à rede credenciada da Unimed Executora, quando o serviço estiver contratado por esta, respeitando os limites de coberturas contratuais nas condições previstas abaixo:

12.1.2.1. Entende-se como **restituição parcial** a diferença entre o valor pago pelo beneficiário e a tabela de intercâmbio vigente ou a tabela contratada com o prestador, de acordo com a classificação de rede.

12.1.3. As coberturas contratuais, além da mínima prevista pela legislação vigente, são de responsabilidade da Unimed Origem, não sendo devida a restituição pela Unimed Executora.

12.2. Beneficiários em atendimento habitual/eventual

12.2.1. Atendimento na rede credenciada

12.2.1.1. É devida a restituição para a Unimed Origem junto à Unimed Executora nas seguintes situações:

12.2.1.1.1. Quando a rede credenciada cobrar qualquer valor do beneficiário a título de complementação referente a procedimentos que possuam cobertura contratual: **Restituição do valor integral**.

12.2.1.1.2. Quando a rede credenciada cobrar qualquer valor do beneficiário referente a serviços e insumos hospitalares decorrentes de procedimentos que possuam cobertura contratual: **Restituição do valor integral**.

12.2.1.1.3. Quando a rede credenciada cobrar qualquer valor do beneficiário por motivo de falha na comunicação eletrônica entre o estabelecimento do prestador/Unimed Executora e a Unimed Origem, desde que não se enquadre na regra 1.3.1: **Restituição parcial**.

12.2.1.1.3.1 Nos casos de falhas na comunicação, o prestador/a Unimed Executora deve prestar o atendimento ao beneficiário conforme previsto nas regras de atendimento por contingência.

12.2.1.1.4. Quando a rede credenciada cobrar por procedimentos que estejam cobertos no plano contratado pelo beneficiário:

Restituição parcial.

12.2.1.2. Quando o prestador cobrar exatamente o valor da tabela de intercâmbio vigente ou da tabela contratada com ele, de acordo com a classificação de rede **não é devida a restituição.**

12.2.1.3. Para compor a base de cálculo do valor a ser restituído não é devida a inclusão da taxa de custeio administrativo.

12.2.1.4. Quando o prestador de serviço emitir a cobrança por meio de boleto e o beneficiário não realizar o pagamento alegando impossibilidade, a Unimed Origem deverá acionar a Unimed Executora, que deverá resolver a situação imediatamente, evitando problemas judiciais/legais. Na ausência da solução da situação apresentada, a Unimed Executora deverá permitir a negociação da Unimed Origem com o Prestador de Serviço, sendo devida a restituição parcial/integral pela Unimed Executora à Unimed Origem, de acordo com o serviço cobrado.

12.2.2. Atendimento fora da rede credenciada

12.2.2.1. Em conformidade com a legislação vigente, quando não for possível a utilização da rede própria ou contratada ou não existir recurso credenciado na localidade o reembolso será efetuado ao beneficiário pela Unimed Origem e não é devida a solicitação de restituição entre Unimed.

12.2.2.2. Caso o beneficiário opte pela solicitação de reembolso diretamente à Unimed Executora, esta efetuará o pagamento com base na legislação vigente mediante autorização prévia da Unimed Origem. Posteriormente, a Unimed Executora repassará a cobrança do valor reembolsado à Unimed Origem, por meio do arquivo PTU A500, acrescido da taxa de custeio administrativo vigente no intercâmbio.

12.3. Beneficiários repassados em pré-pagamento

Deverão ser seguidas as regras estabelecidas no capítulo “Repasso em Pré-pagamento”.

12.4. Processo e prazos para solicitação de reembolso e de restituição na relação de intercâmbio

12.4.1. Esclarecemos que o beneficiário pode solicitar o reembolso dentro do prazo estabelecido pelo Código de Defesa do Consumidor. Ou seja, o prazo para reembolsar o beneficiário não será controlado pelo *Manual de Intercâmbio Nacional*.

12.4.2. A Unimed Origem deverá atender à Lei 9.656/98 que, em termos de prazo, concede até 30 (trinta) dia para a Operadora de Plano de Saúde realizar o referido reembolso ao beneficiário, haja vista que o Código de Defesa do Consumidor não prevê prazo específico.

12.4.3. O prazo para solicitação da restituição entre Unimed é de até 60 (sessenta) dias corridos após a Unimed Origem efetuar o reembolso ao seu beneficiário;

12.4.4. A restituição do reembolso ocorrerá por meio do PTU A500, conforme regras previstas no respectivo layout.

12.4.4.1. O vencimento da fatura será de 15 (quinze) dias corridos da data de postagem.

12.4.4.2. A Unimed Origem deve anexar ao PTU A500 todos documentos que comprovem o reembolso:

12.4.4.2.1. Cópia do recibo/NF referente ao pagamento efetuado pelo beneficiário à rede credenciada da Unimed Executora;

12.4.4.2.2. Recibo referente ao comprovante de reembolso efetuado pela Unimed Origem ao seu beneficiário.

12.5. Processo de formalização e rastreabilidade para solicitação/ restituição de reembolso

12.5.1. As Unimed deverão utilizar os formulários definidos pela Unimed do Brasil ou próprios, desde que contenham todas as informações obrigatórias para a rastreabilidade das solicitações de reembolso e a comprovação das restituições previstas e realizadas.

12.5.2. O processo de comunicação entre as Unimed deverá ser formalizado e a transação deverá ser encaminhada pelo PTU A500 (Registro 507) com o envio do formulário de Reembolso na relação de intercâmbio contendo todas informações obrigatórias para a qualidade e a agilidade do processo.



Cronograma Economia
Unir ADIMPLÊNCIA Desempenho
Quitação Resguardar Constituição Unimed
Contabilizar Economia
Nacional

13. Câmara de Compensação/ Liquidação Nacional¹

O estudo técnico em andamento sobre o tema influenciará significativamente para o entendimento entre as Unimeds no processo de Câmara de Compensação Nacional ou regime especial de compensação

Este capítulo tem por objetivos centrais: inibir a inadimplência e o risco sistêmico (econômico-financeiro e das provisões contábeis) no Sistema Unimed, através do processo de Câmara de Compensação Nacional, ou regime especial de compensação.

1 Atender à deliberação do Fórum “Transformar para Avançar” 2016 - “Desenvolver um modelo padrão de funcionamento da operação do Intercâmbio baseado nas melhores práticas do Sistema para serem aplicadas em todas as Singulares.

Regras Gerais

13.1. Até a aprovação pelo Conselho Confederativo/Fórum Unimed da vigência do processo de Câmara de Compensação/Liquidação Nacional ou de regime especial de liquidação, os vencimentos e a quitação dos documentos hábeis fiscais de cobrança/pagamento obedecerão às regras definidas no *Manual de Intercâmbio Nacional*.

Câmara de Compensação/Liquidação Nacional¹⁷

13.2. A Câmara de Compensação/Liquidação Nacional ou o regime especial de compensação estão previstos na *Constituição do Sistema Cooperativo Unimed*. Trata-se de ferramenta instituída pelo Conselho Confederativo para compensação de valores financeiros entre cooperativas que integram o Sistema Unimed.

13.3. No caso de não existência de Câmara de Compensação/Liquidação Regional, as Federações e Singulares ficam obrigadas a se filiar à Câmara de Compensação/Liquidação Nacional Unimed do Brasil. Essa regra se aplica também à Central Nacional Unimed e a Seguros Unimed.

13.4. Compete à Câmara de Compensação/Liquidação Nacional integrar o relacionamento financeiro entre as Câmaras de Compensação Regionais existentes, quando houver cobrança ou pagamento entre singulares pertencentes a essas Câmaras.

13.5. Trafegarão pela Câmara de Compensação/Liquidação Nacional os arquivos relativos às cobranças do intercâmbio eventual/habitual repassados em pré-pagamento e de contestações.

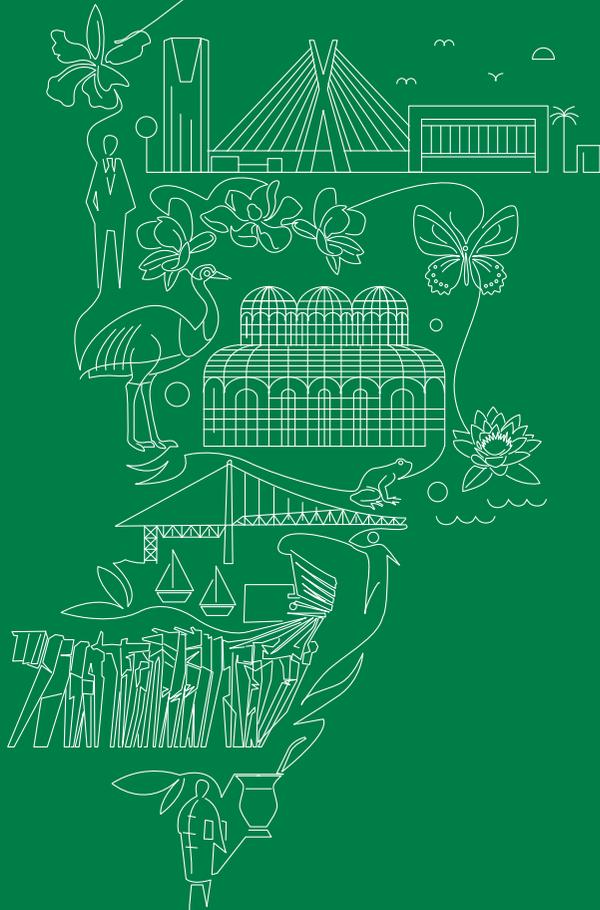
Manual Operacional da Câmara de Compensação/Liquidação Nacional¹

13.6. Caso haja a exclusão de uma cooperativa por parte de sua respectiva Câmara Regional, esta última deverá formalizá-la à Unimed do Brasil, cujo processo será regrado pelo *Manual Operacional de Câmara de Compensação/Liquidação Nacional*.

1 O estudo técnico em andamento sobre o tema definirá o processo de Câmara de Compensação Nacional ou regime especial de compensação, bem como seu *Manual Operacional*.

13.7. As regras estabelecidas no *Manual Operacional da Câmara de Compensação/Liquidação Nacional* devidamente aprovado pelo Conselho Confederativo/Fórum Unimed detalharão todo o processo da Câmara Nacional, ou de regime especial de compensação, bem como o cronograma de realização e a data de sua vigência.

13.8. A quitação dos documentos hábeis fiscais de cobrança/pagamento no processo de Câmara de Compensação/Liquidação Nacional ocorrerá de forma integral. No caso de contestações, estas serão processadas em Câmaras seguintes, em conformidade com as regras definidas no *Manual de Intercâmbio Nacional*.



Comunicar **Juros** Multa
 Acordar
 Prazos **PAGAR** Acessórias
 Notificar Acompanhar **Arbitral**
 Regularizar Penalidades

14. Processo Financeiro no Descumprimento de Regras

Este capítulo tem por objetivo¹ central estabelecer penalidades acessórias às UnimedS que não efetuarem a obrigação principal de pagamento dos documentos hábeis fiscais até as respectivas datas de vencimento, ou que glosarem ou contestarem indevidamente.

14.1. Glosas indevidas

14.1.1. A Unimed que glosar ou contestar indevidamente arcará com juros de 2% (dois por cento) ao mês mais correção calculada pelo Certificado de Depósito Interbancário (CDI) ou por outro índice que venha a substituí-lo, dando origem a um novo documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) por parte da Unimed lesada.

14.1.1.1. Nesse caso em específico, a Unimed Executora não pode suspender o atendimento. Caso não ocorra entendimento entre as partes, o caso deve ser remetido para análise da Comissão de Transparência no Intercâmbio, conforme regulamento específico.

1 Atender às deliberações de "Fazer cumprir o *Manual de Intercâmbio* quanto à suspensão de atendimento em caso de inadimplência" e "Definir sanções financeiras contundentes em caso de infração às regras vigentes no Sistema Unimed, com o objetivo de desestimular as práticas irregulares", portanto tem como complemento os dispostos na Norma Derivada nº 10/2009.

14.2. Inadimplência

14.2.1. As Unimeds que não efetuarem o pagamento dos documentos hábeis fiscais (notas fiscais/faturas) até as respectivas datas de vencimento estarão sujeitas ao pagamento de 2% (dois por cento) de multa incidente sobre o valor principal de cada documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura), acrescido de juros de 1% (um por cento) ao mês pro rata dia e mais correção monetária calculada pelo Certificado de Depósito Bancário (CDI) ou por outro índice que venha a substituí-lo.

O valor total acima será calculado da data de vencimento do documento hábil fiscal (nota fiscal/fatura) até a data de sua efetiva liquidação, salvo regras definidas em Câmara de Compensação acordadas entre as partes.

14.2.2. Além da penalidade prevista acima, quando houver atrasos nos pagamentos de documentos hábeis fiscais (notas fiscais/faturas) por período superior a 10 (dez) dias corridos, o sistema de monitoramento de inadimplência notificará automaticamente as Unimeds envolvidas, informando os números dos títulos em aberto, seus valores e suas respectivas datas de vencimento.

14.2.2.1 Contados 10 (dez) dias corridos da notificação, poderá a Unimed Executora suspender o atendimento eletivo aos beneficiários da Unimed Origem, desde que comunique via e-mail a referida Unimed, bem como a Unimed do Brasil.

Nota: Mesmo aplicando essa regra é importante ressaltar que os atendimentos de urgência/emergência devem ser mantidos.

14.2.2.2. O retorno do atendimento ocorrerá a partir da quitação do débito dos documentos hábeis fiscais (notas fiscais/faturas) em atraso e dos respectivos documentos hábeis fiscais (notas fiscais/faturas) de juros. A Unimed Executora fica obrigada a realizar a baixa no sistema de monitoramento de inadimplência no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos.

14.2.2.3. Em caso de não pagamento de documentos hábeis fiscais por parte da Unimed Origem, poderá a Unimed Executora acionar a Câmara Arbitral.

14.2.3. Sem prejuízo da penalidade prevista neste capítulo, e das “Diretrizes Gerais”, a Unimed do Brasil ou as Federações poderão suspender o atendimento em âmbito nacional, estadual ou regional até a efetiva regularização do débito pendente (juros derivados e valor maior cobrado à Unimed Origem), inclusive até o pagamento da multa devida.



15. Ranking das Unimed

O objetivo é propiciar ao Conselho Confederativo da Unimed do Brasil critérios para a definição de **taxas de custeio administrativo diferenciadas em função da qualidade dos serviços prestados**; para tal, as Unimed serão classificadas por meio de Ranking.

A metodologia dos indicadores objetiva o aprimoramento e a qualificação dos processos técnicos e operacionais e busca o fortalecimento da marca por meio da agilidade, da qualidade do atendimento ao beneficiário e da padronização dos processos no Sistema Unimed.

15.1. Obrigatoriedades institucionais

São indicadores que buscam atender à legislação vigente, às diretrizes e às padronizações da Central da Marca Unimed, auxiliando a Unimed do Brasil a consolidar seu papel de regulamentadora e padronizadora do Sistema Unimed por meio do compartilhamento de informações estratégicas que convergem para o mesmo ponto: o fortalecimento da marca Unimed.

15.2. Grupos e indicadores

Além das obrigatoriedades institucionais, os indicadores foram distribuídos em três grupos:

- **Gestão da marca;**
- **Performance eletrônica de atendimento;**
- **Performance do processo de cobrança e contestação.**

A cada grupo e a cada indicador contemplado no grupo foram atribuídos pesos.

Nota: Todos os dados mensurados para o cálculo dos indicadores contemplam informações do Intercâmbio Estadual e Nacional.

a. Gestão da Marca: São indicadores que mensuram a qualidade e o cumprimento das diretrizes e dos padrões da Central da Marca Unimed do Brasil.

b. Performance Eletrônica de Atendimento: São indicadores que mensuram a qualidade técnica e operacional dos processos relacionados ao atendimento do beneficiário de intercâmbio.

c. Performance do Processo de Cobrança e Contestação: São indicadores que mensuram a qualidade técnica e operacional nos processos de cobrança e contestação no intercâmbio.

15.3. Período de análise dos dados

Os dados são extraídos mensalmente das ferramentas de intercâmbio para cálculos mensais e classificação trimestral do índice de desempenho das Unimeds. A publicação do trimestre ocorrerá no final do 4º (quarto) mês subsequente do período analisado.

15.4. Desempenho

O desempenho das Unimeds resulta na classificação do período mensal e trimestral para adequação do percentual da taxa de custeio administrativo, conforme a seguir:

Desempenho do Peso	Classificação	Taxa de Custeio Administrativo
De 90,01% a 100%	A	5,0%
De 80,01% a 90%	B	5,0%
De 70,01% a 80%	C	5,0%
De 60,01% a 70%	D	4,5%
De 50, 01% a 60%	E	4,5%
De 0% a 50%	F	4,0%

Porém, o não cumprimento de algum dos indicadores do Grupo Obrigatoriedades Institucionais classificará automaticamente a Unimed como nível F.

15.5. Metodologia

Com o propósito de demonstrar e orientar a metodologia dos cálculos para apuração dos indicadores do Ranking das Unimeds, considerando o dinamismo dos processos existentes, foi disponibilizada no portal Unimed a *Cartilha do Ranking das Unimeds*.





16. Gestão da Transparência no Intercâmbio Nacional

O objetivo da Gestão da Transparência no Intercâmbio Nacional é possibilitar a transparência nas relações de Intercâmbio, um dos quatro pilares da governança – Transparência, Equidade, Prestação de Contas e Responsabilidade Cooperativa – para que todo o Sistema Unimed tenha acesso à simetria das informações, com segurança tecnológica, incorporando as melhores práticas e inibindo eventuais ações irregulares.

16.1. Do Portal da Transparência*

A Unimed do Brasil criará o Portal da Transparência* para divulgar ao Sistema as informações sobre os trabalhos da área de Intercâmbio relacionados à Gestão da Transparência, sempre garantindo a segurança e o sigilo necessário das informações publicadas para não expor dados de beneficiários e/ou Singulares, conforme Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) vigente.

* Conforme deliberado no Fórum Transformar para Avançar, em 2016

16.2. Regras Gerais

16.2.1. A área de Intercâmbio da Unimed do Brasil na execução dos processos previstos para a Gestão da Transparência, atuará no alinhamento das cobranças entre Unimeds de acordo com as regras deste manual, no atendimento de intercâmbio nacional, que estiverem em desacordo com as regras vigentes. Uma vez estabelecida essa sistemática, a equipe também atuará nas demandas dos processos de intercâmbio nacional que envolvam o relacionamento entre as cooperativas.

16.2.2. Sempre que julgar necessário, a Unimed do Brasil formará equipes multidisciplinares para realizar as averiguações necessárias para garantir a transparência nos processos de Intercâmbio, podendo utilizar a contratação de terceiros para prestar serviço adequado e estabelecer uma **Agenda Positiva**.

A **Agenda Positiva** é uma ação de correção e de melhoria contínua dos processos com a intercooperação das equipes multidisciplinares constituídas pela Unimed do Brasil, para prestar consultorias/assessorias específicas das regras do Intercâmbio Nacional e sanar fatos geradores por erros de parâmetros, nos respectivos sistemas de gestão das Unimeds, inibindo possíveis práticas irregulares e mitigando riscos recorrentes.

A **Agenda Positiva** poderá ser pauta da Diretoria Executiva e do Conselho Confederativo para alinhamentos e deliberações.

16.2.3. Uma vez comprovadas não conformidades no processo de cobrança e contestação/glosa de Intercâmbio, serão apurados os valores de restituição das Unimeds envolvidas em possíveis cobranças indevidas. Para esses casos, a Diretoria de Intercâmbio sempre comunicará a Diretoria Executiva, que definirá as providências pertinentes.

16.2.4. Recomenda-se que as Federações Intrafederativas, Estaduais e Interfederativas constituam processos de Gestão da Transparência para atuar com as suas associadas, em consonância com a equipe e a estrutura nacional.

16.2.5. Além da **Agenda Positiva**, a Diretoria de Intercâmbio poderá acolher Notificações de Não Conformidade por descumprimento dos normativos previstos neste manual. As Unimeds devem realizar **comunicação formal**, via formulário disponível no Portal Unimed, à Diretoria de Intercâmbio da Unimed do Brasil com dados, fatos e fundamentos que divirjam das regras/normas estabelecidas neste manual. As Notificações de Não Conformidade

recebidas serão tratadas pela Unimed do Brasil com confidencialidade, evitando conflitos nas relações entre as Singulares.

16.2.6. A Diretoria de Intercâmbio atuará nos casos citados no item anterior, que serão regidos pelo **Guia do Processo de Gestão da Transparência** aprovado pela Unimed do Brasil.

16.2.7. É objeto da Gestão da Transparência cuidar do cumprimento dos normativos e regras estabelecidos na *Constituição do Sistema Unimed*, no *Manual de Intercâmbio Nacional*, pelo Conselho Confederativo e pelo Fórum Unimed que tratam do Intercâmbio Nacional.

16.2.8. O não cumprimento das diretrizes, regras e normas contidas no Manual de Intercâmbio Nacional está sujeito às penalidades definidas pela Norma Derivada nº 10, após validação da Diretoria Executiva da Unimed do Brasil, e resultará na aplicação de penalidades, conforme deliberação do Conselho Confederativo e do Fórum Unimed.

Nota: O alinhamento das cobranças previsto no item 16.2.1 se refere ao cumprimento das regras previstas nos artigos 3.3.1 e 3.3.2. das Regras Gerais de Cobrança. As questões de glosas e contestações seguirão os fluxos já estabelecidos no Ajius e na Câmara Técnica de Intercâmbio.

16.3. Análise dos Dados de Intercâmbio e Metodologia da Gestão da Transparência

16.3.1. A análise de dados de intercâmbio identifica possíveis não conformidades no cumprimento das normas regulatórias do Intercâmbio Nacional, visando corrigi-las e preveni-las. Serão observadas as regras vigentes, no intercâmbio nacional, caracterizando o momento da incidência da informação.

16.3.2. A metodologia de trabalho será realizada em conformidade com o Guia do Processo de Gestão da Transparência, aprovado pela Diretoria Executiva da Unimed do Brasil, além de possíveis auditorias realizadas por terceiros, contratados especificamente.

16.3.3. O prazo previsto para identificação e análise das possíveis não conformidades abrangerá o período máximo de um ano a contar da data de postagem do PTU A500 - Notas de Fatura em Intercâmbio.

16.4. Do Monitoramento

16.4.1. O processo de monitoramento para aferição das não conformidades será realizado com base nos dados dos arquivos TISS/ANS e PTUs utilizados nos processos de Intercâmbio, no BI da Unimed do Brasil e quaisquer outros meios disponíveis na Confederação.

16.4.2. As Unimeds se obrigam a permitir o acesso da Unimed do Brasil, por meio do Webservice Padrão TISS, aos dados dos pagamentos efetuados à rede prestadora, sem exposição das informações de beneficiários e prestadores a terceiros.

Nota: O descumprimento dessa obrigação resultará em penalidades, conforme definição do Conselho Confederativo ou do instrumento de tipificação de penalidades.

16.4.3. Ao final do processo de apuração de não conformidades, a área de intercâmbio elaborará um relatório técnico apontando as possíveis divergências com as regras do Intercâmbio Nacional. Após análise da Diretoria Executiva da Unimed do Brasil, ele será disponibilizado às respectivas Federações, que deverão atuar junto às suas federadas para orientar e ajustar a conduta e os processos operacionais, sanando os apontamentos.

Nota: Conforme descrito no **Guia do Processo de Gestão da Transparência**, não ocorrendo os ajustes, a Unimed do Brasil terá a responsabilidade de gerar as providências relativas ao saneamento das divergências.

16.4.4. A cada ciclo de aferição, se identificada não conformidade, a Unimed do Brasil deverá notificar a Singular e sua Federação para devolução à(s) Unimed(s) Origem do valor cobrado fora das regras estabelecidas, acrescido de juros e correção monetária, conforme definido no **Guia do Processo de Gestão da Transparência**.

16.5. Das Não Conformidades

16.5.1. Das Notificações Externas e Internas Direcionadas à Unimed do Brasil

16.5.1.1. A notificação externa de não conformidade deverá ser encaminhada por meio do formulário específico disponível no Portal Unimed, acompanhado das evidências, à Diretoria de Intercâmbio da Unimed do Brasil.

16.5.1.2. As notificações recebidas serão tratadas internamente, com o máximo sigilo, pela Unimed do Brasil.

16.5.1.3. Serão aceitas notificações decorrentes de situações ocorridas no prazo máximo de um ano de postagem do PTU A500 - Notas de Fatura em Intercâmbio.

16.5.1.4. Notificações internas da área de Intercâmbio e demais departamentos da Unimed do Brasil deverão ser encaminhadas por meio do formulário específico disponível no Portal Unimed, acompanhado das evidências, à Diretoria de Intercâmbio da Unimed do Brasil.

16.5.2. Do acolhimento das Notificações de Não Conformidades

16.5.2.1. A partir da notificação de não conformidade recebida, a área de Intercâmbio da Unimed do Brasil analisará o processo, os documentos comprobatórios, as informações internas disponíveis nas ferramentas eletrônicas do Intercâmbio Nacional, dentre outros dados, para definir se as informações colhidas realmente constituem uma não conformidade.

16.5.2.2. Caso a notificação de não conformidade apresentada não tenha a fundamentação necessária para prosseguimento da apuração dos fatos, a Unimed que a encaminhou será comunicada, por meio de ofício assinado pela Diretoria Executiva da Unimed do Brasil, esclarecendo o motivo do encerramento do processo.

Nota: Caso a Unimed denunciante apresente novos fatos e evidências, o processo poderá ser reaberto.

16.5.2.3. Caso a notificação de não conformidade tenha a fundamentação necessária para prosseguimento do processo de análise, as Unimeds envolvidas serão comunicadas, por meio de ofício assinado pela Diretoria Executiva da Unimed do Brasil, e a área de Intercâmbio procederá conforme descrito no **Guia do Processo de Gestão da Transparência**.

16.6. Documentos Comprobatórios

Para a realização do processo de apuração de não conformidade, a Unimed requisitada deverá fornecer os documentos solicitados pela Unimed do Brasil.

Nota: Caso haja recusa do envio de qualquer documentação por parte da Unimed demandada, ela será autuada pela infração denunciada, de acordo com penalidades deliberadas pelo Conselho Confederativo e/ou Câmara Arbitral.

Parágrafo único: Em caso de divergências ou ausência de informações no decorrer do processo de apuração da não conformidade, serão realizados contatos por e-mails com a Unimed para sanar possíveis dúvidas ou solicitação de esclarecimentos, assim como também poderá ser agendada visita técnica da Unimed do Brasil na Singular participante.

Anexo 1

Padrão de Coberturas e Exclusões – Contrato Padrão

PRODUTO TRADICIONAL EMPRESARIAL (A e B)

As coberturas do Plano tradicional empresarial contemplam consultas médicas e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT), bem como internações hospitalares, em enfermaria para o plano básico (A) e apartamento para o plano especial (B), em todas as especialidades constantes na THM/AMB-92, incluindo:

Procedimento	Quantidade/Limitação
Videolaparoscopia diagnóstica	1 usuário/ano
Analgesia em parto normal	
Cirurgia Cardíaca sem prótese	
Homeopatia e Psiquiatria (somente consultas)	
Internações Clínicas, cirúrgicas	90 dias usuário/ano, não cumulativo
Internação em UTI	30 dias usuário/ano, não cumulativo e incluído no período da internação
Ultrassonografia	3 usuário/ano
Fisioterapia	20 sessões usuário/ano
Radioterapia oncológica	20 aplicações usuário/ano, prorrogáveis por 10 aplicações
Quimioterapia oncológica	12 sessões usuário/ano
Díálise peritoneal ou hemodiálise	3 sessões usuário/ano
Angiografia	1 usuário/ano
Potencial evocado	1 usuário/ano
Holter	2 usuário/ano
Cineangiocoronariografia	1 usuário/ano
Densitometria óssea	1 usuário/ano
Ressonância magnética	1 usuário/ano
Litotripsia extracorpórea	1 tratamento usuário/ano
Cintilografia	2 usuário/ano
Eletroneuromiografia	2 usuário/ano
Prova de função pulmonar	1 prova completa usuário/ano
Radiologia intervencionista	1 usuário/ano
Tomografia simples ou computadorizada	1 usuário/ano
Ecocardiografia bidimensional com Doppler colorido ou não	2 usuário/ano

Observação: Não estão previstos nas coberturas dos Planos tradicionais A e B a liberação e o pagamento de procedimentos realizados por vídeo, exceto o procedimento de videolaparoscopia diagnóstica.

PRODUTO NOVO UNIPLAN – Módulo Básico

Assegura assistência médica nas especialidades clínicas e/ou cirúrgicas (exceto cardíacas), a seguir relacionadas de acordo com o módulo contratado:

Alergologia e Imunologia	Infectologia
Anestesiologia	Nefrologia
Angiologia	Neurofisiologia Clínica
Cardiologia (excluídas as cirurgias)	Neurologia
Citopatologia	Oftalmologia
Clínica Médica ou Medicina Interna	Oncologia (cancerologia)
Dermatologia	Ortopedia
Endocrinologia e Metabologia	Otorrinolaringologia
Fisiatria	Pediatria
Gastroenterologia	Pneumologia
Geriatria	Proctologia
Genética Clínica	Psiquiatria (somente consultas)
Ginecologia e Obstetrícia	Reumatologia
Hematologia	Traumatologia
Homeopatia (somente consultas)	Urologia

Patologias diferenciadas, após carência de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias:

Adenoides e Amigdalite Crônica	Hérnias
Aderências e Bridas	Hipospádia
Bócio	Miomatose Uterina
Cálculos Renais e de Vesícula Biliar	Otite Média Crônica
Cirurgia de Varizes	Tumor e Hiperplasia da Próstata
Cisto do Ovário	Tumores de Pele
Criptorquidia	Tumores e Nódulos de Tireoide
Desvio de Septo	Tumores Mamários
Fimose	Turbinectomia
Halux Valgus	

A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o usuário e que estejam causando problemas funcionais.

A permanência do usuário em Unidade de terapia Intensiva (UTI) será limitada a 15 (quinze) dias por usuário, por ano civil, não acumuláveis de ano para ano e não intercambiáveis com as diárias de enfermaria que estão limitadas a 60 (sessenta) dias prorrogáveis estes por mais 30 (trinta) dias, desde que justificada pelo médico assistente.

Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

Procedimentos - Módulo Básico	Quantidade/Limitação
Analgesia de parto	
Análises clínicas	
Cintilografia de tireoide	1 ano/usuário
Densitometria óssea	1 ano/usuário
Ecocardiograma uni e Bi; com doppler não colorido	1 ano/usuário
Eletrocardiograma convencional	
Eletroencefalograma convencional	
Eletromiografia	1 ano/usuário
Endoscopia	
Espirometria	
Exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necrópsia)	
Exames e testes alergológicos	
Exames e testes oftalmológicos e otorrinolaringológicos	
Exames radiológicos (exceto radiologia intervencionista)	
Fisioterapia	20 sessões por patologia
Hemodiálise e Diálise peritoneal, não estando cobertos os casos crônicos, mesmo em fase aguda	Limitado a 06 sessões cada uma, por usuário, por ano civil
<i>Cont.</i>	

Cont.	
Holter	1 ano/usuário
Internações hospitalares para tratamento clínico, cirúrgico e obstétrico em acomodação coletiva	Limitado a 60 dias por usuário/ ano, prorrogados por + 30 dias.
Litotripsia	1 ano/usuário
Potencial evocado	1 ano/usuário
Prova de função pulmonar completa	1 ano/usuário
Quimioterapia (dentro dos limites necessários ao tratamento de acordo com o tipo e localização da patologia)	
Radiodiagnóstico	
Radioterapia (dentro dos limites necessários ao tratamento de acordo com o tipo e localização da patologia)	
Teste ergométrico	
Tocardiografia (durante o trabalho de parto)	
Tomografia computadorizada	1 ano/usuário
Ultrassonografia	1 ano/patologia/usuário, mais as obstétricas que estão limitadas a 2 por gestação
UTI	15 dias ano/usuário inseridos na internação

Módulo 1

acomodação diferenciada em apartamento ou quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante

Módulo 2

Quantidade/Limitação

Angiografia	2 ano/usuário
Densitometria óssea	2 ano/usuário
Ecocardiografia com mapeamento, com fluxo a cores com doppler, colorido ou não	2 ano/usuário

Cont.

<i>Cont.</i>	
Eletrocardiografia dinâmica (Holter)	
Laparoscopia diagnóstica	
Medicina nuclear	
Provas de função pulmonar	
Ressonância nuclear magnética	2 ano/usuário
Tomografia computadorizada	
Ultrassonografia	
Eletroencefalograma com mapeamento cerebral	1 ano/usuário
Radiologia intervencionista (exceto cardiológica)	
Videolaparoscopia cirúrgica	
Videolaparoscopia diagnóstica	1 ano/usuário
Módulo 3	Quantidade/Limitação
UTI	90 dias/ano/usuário inseridos na internação
Procedimentos de hemodinâmica e cirurgia cardíaca	
Valvopatias	
Comissurotomia sem CEC	
Comissurotomia com CEC	
Troca valvar única - valvoplastia	
Troca valvar múltipla	
Coronariopatias	
Anastomose mamária-coronária	
Aneurismectomia de ventrículo esquerdo	
Ponte de safena aorto-coronária anastomose coronária	
Revascularização do miocárdio e outros procedimentos: carótida, valvas, aneurismas etc	
Revascularização do miocárdio sem CEC	
<i>Cont.</i>	

Cont.	
Defeitos congênitos	
Canal arterial persistente – correção cirúrgica	
Cirurgia em criança de baixo peso com CEC (10 kg)	
Cirurgia paliativas (anastomose sistêmico, bandagem, aplicação Cia)	
Coartação da aorta – Correção cirúrgica	
Correção com CEC	
Outros procedimentos	
Aneurisma aorta-torácica – Correção cirúrgica	
Aneurisma tóraco-abdominal – Correção cirúrgica	
Biópsia do miocárdio	
Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração)	
Colocação de balão intraórtico	
Drenagem do pericárdio	
Pericardiocentese	
Pericardiectomia	
Marca passo (exceto aparelho)	
Instalação do aparelho (endocárdio, epicárdio)	
Recolocação do eletrodo	
Troca de gerador (exceto aparelho)	
Serviços Básicos necessários	
Perfusionista	
Hemodinâmica	
Cateterismo cardíaco direito e esquerdo com ou sem oximetria	
Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocardiografia	
Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocoronariografia	
Cineangiocardiografia	
Cineangiocardiografia com Rashkind	
Cont.	

Cont.	
Cinecoronariografia	
Cineangiocardiografia com aortografia completa	
Cineangiocardiografia com carotidoangiografia bilateral	
Coronariografia com angioplastia	
Estudo da função do nó sinoatrial e do sistema de condução, inclusive com provas farmacológicas	
Valvoplastia com cateter (pulmonar, aórtica ou mitral)	
Hemodinâmica terapêutica mediante avaliação técnica da auditoria médica da Unimed	
As próteses cardíacas, autorizadas pela Unimed, serão aquelas de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto nos casos configurados pela equipe de cirurgia e em que haja indicação absoluta de prótese mecânica	
A implantação de marca passo artificial cardíaco permanente será oferecida de acordo com os critérios preconizados pelo Departamento de estimulação cardíaca artificial (DECA), da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e do departamento de arritmias e eletrofisiologia cardíaca (DAEC, da Sociedade Brasileira de Cardiologia - DECA/DAEC - 1990)	
Este opcional não cobre transplantes, bem como exames específicos para este fim e despesas com doadores de órgãos	

Módulo 4 – Hospitais de Categoria Diferenciada

Os Hospitais desta natureza serão aqueles informados pelas Unimeds, no arquivo PTU A400, periodicamente envia pela Central de Movimentação Batch

PRODUTO UNIPLAN – MÓDULO BÁSICO

Assegura assistência médica nas especialidades clínicas e/ou cirúrgicas (exceto cardíacas), a seguir relacionadas, de acordo com o módulo contratado.

Alergologia e Imunologia	Neurofisiologia Clínica
Anestesiologia	Neurocirurgia
Angiologia	Neurologia
Broncoesofagologia	Oftalmologia
Cardiologia (excluídas as cirurgias)	Oncologia (Cancerologia)
Citopatologia	Ortopedia
Clínica Médica ou Medicina Interna	Otorrinolaringologia
Dermatologia	Pediatria
Endocrinologia e Metabologia	Pneumologia
Fisiatria	Proctologia
Gastroenterologia	Psiquiatria (somente consultas)
Geriatrics	Reumatologia
Genética Clínica	Traumatologia
Ginecologia e Obstetrícia	Urologia
Hematologia	Cirurgias de cabeça e pescoço, da mão, geral (exceto as cardíacas), Torácica, Vascular
Hansenologia	Periférica, Plástica Reparadora, Gastroenterológica e Pediátrica
Homeopatia (somente consultas)	
Infectologia	
Nefrologia	

Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência do contrato para o usuário e que estejam causando problemas funcionais.

A permanência do usuário em Unidade de terapia Intensiva (UTI) será limitada a 10 (dez) dias/usuário/ano civil, não acumuláveis de ano para ano e não intercambiáveis com as diárias de enfermaria que estão limitadas a 30 (trinta) dias prorrogáveis estes por mais 30 (trinta) dias, desde que justificada pelo médico assistente, não podendo exceder o total de 90 (noventa) dias.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Procedimentos – Módulo Básico	Quantidade/Limitação
Análises Clínicas e exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia)	
Eletrocardiograma convencional	
Eletroencefalograma	
Endoscopia	
Exames radiológicos (exceto radiologia intervencionista)	
Espirometria	
Fisioterapia	limitada 20 sessões por ano/ modalidade e patologia
Exames e testes alergológicos	
Exames e testes oftalmológicos	
Exames e testes otorrinolaringológicos	
Quimioterapia	limitada até 20 sessões por ano/usuário
Hemodiálise	até 3 aplicações/usuário/ano nos casos de intoxicação exógena aguda e insuficiência renal aguda
Teste ergométrico	
Ultrassonografia	1 por ano/patologia
Radioterapia	20 aplicações ano/usuário
Quimioterapia	20 aplicações ano/usuário
Tocardiografia	
a permanência do usuário em unidade de Terapia Intensiva (UTI) será limitada a 10 (dez) dias/usuário/ano civil, não acumuláveis de ano para ano e não intercambiáveis com as diárias de enfermaria que estão limitadas a 30 (trinta) dias prorrogáveis estes por mais 30 (trinta) dias, desde que justificada pelo médico assistente, não podendo exceder o total de 90 (noventa) dias.	

Módulo 1

acomodação diferenciada em apartamento ou quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante

Módulo 2**Quantidade/Limitação**

Densitometria óssea

1 ano/usuário

Ecocardiografia bidimensional, colorida ou não e Holter

Eletromiografia, angiografia (exceto cineangiocoronariografia)

Laparoscopia Diagnóstica

Medicina nuclear

Provas de função pulmonar

Ressonância nuclear magnética

1 ano/usuário

Tomografia computadorizada

Ultrassonografia

Módulo 3

Litotripsia

UTI (90 dias, ano/usuário – inseridos na internação)

Procedimentos de hemodinâmica e cirurgia cardíaca

Valvopatias

Comissurotomia sem CEC

Comissurotomia com CEC

Troca valvar única – valvoplastia

Troca valvar múltipla

Coronariopatias

Aneurismectomia de ventrículo esquerdo

Ponte de safena aorto-coronária. anastomose mamária coronária

Revascularização do miocárdio e outros procedimentos: carótida, valvas, aneurismas etc.

Revascularização do miocárdio sem CEC

Cont.

Cont.
Defeitos congênitos
Canal arterial persistente – correção cirúrgica
Cirurgia em criança de baixo peso com CEC (10 kg)
Cirurgia paliativas (anastomose sistêmico, bandagem, aplicação Cia.)
Coartação da aorta – Correção cirúrgica
Correção do CEC
Valvotomia sem CEC
Outros procedimentos
Aneurisma aorta-Torácica - Correção cirúrgica
Aneurisma Toráco-abdominal - Correção cirúrgica
Biópsia do miocárdio
Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração)
Colocação de balão intraórtico
Drenagem do pericárdio
Pericardiocentese
Pericardiectomia
Marca passo: (exceto aparelho)
Instalação do aparelho (endocárdio, epicárdio)
Recolocação do eletrodo
Troca de gerador (exceto aparelho)
Serviços básicos necessários
Perfusionista
Hemodinâmica
Cateterismo cardíaco direito e esquerdo com ou sem oximetria
Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocardiografia
Cateterismo direito + esquerdo + cineangiocoronariografia
Cineangiocardiografia
Cineangiocardiografia com Rashkind
Cineangiocardiografia com aortografia completa
Cont.

Cont.
Cineangiocardiografia com carotidoangiografia bilateral
Coronariografia com angioplastia
Estudo da função do nó sinoatrial e do sistema de condução, inclusive com provas farmacológicas
Estudo da função do nó sinoatrial e do sistema de condução
Valvoplastia com cateter (pulmonar, aórtica ou mitral)
As próteses cardíacas, autorizadas pela Unimed, serão aquelas de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto nos casos configurados pela equipe de cirurgia e em que haja indicação absoluta de prótese mecânica.
A implantação de marca passo artificial cardíaco permanente será oferecida de acordo com os critérios preconizados pelo Departamento de estimulação Cardíaca artificial (DECA), da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e do Departamento de arritmias e eletrofisiologia cardíaca (DAEC, da Sociedade Brasileira de Cardiologia - DECA/DAEC - 1990)
Este opcional não dará cobertura para transplantes, bem como exames específicos para este fim e despesas com doadores de órgãos

OS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS ESTÃO EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DOS PRODUTOS UNIPLAN, NOVO UNIPLAN E TRADICIONAL EMPRESARIAL

1. Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial.
2. Tratamento odontológico ou ortodontológico, mesmo em casos de acidentes pessoais;
3. Atendimento nos casos de epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.
4. Tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causadas por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes.

Para os produtos UNIPLAN, NOVO UNIPLAN, Tradicional empresarial não estão asseguradas, as despesas referentes a:

1. Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças ou lesões existentes antes da inclusão do usuário e de complicações delas decorrentes.
2. Vacinas; medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais.
3. Tratamentos e cirurgias por controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas consequências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual.
4. Cirurgias para miopia, hipermetropia e astigmatismo.
5. Tratamentos para patologias congênitas, exceto para os nascidos durante a vigência do contrato (vigência esta considerada para o usuário titular), desde que o parto esteja coberto por este contrato, restrito o tratamento aos limites da cobertura contratual.
6. Transplantes e implantes, inclusive despesas com doadores.
7. Tratamento fonoaudiológicos e com psicólogos.

8. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
9. Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência do contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral.
10. Psicoses, inclusive traumática ou puerperal, causadas por epilepsia traumática ou essencial, neuroses e todas as demais doenças psíquicas que exijam internação, psicanálise e psicoterapia, exceto o primeiro atendimento.
11. Medicamentos e materiais cirúrgicos, exceto em internações e atendimento em pronto-socorro.
12. Check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, monitoragem fetal (exceto tococardiografia), medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica.
13. Tratamento clínico ou cirúrgico de moléstias infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive aids.
14. Marca-passo, lente intraocular, aparelhos ortopédicos, válvulas, próteses e órteses de qualquer natureza.
15. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.
16. Acidentes de trabalho e suas consequências, bem como doenças profissionais, exceto primeiros socorros.
17. Exames admissionais, demissionais e periódicos.
18. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência.
19. Tratamento esclerosante, laserterapia e microcirurgia de varizes.
20. Remoção ou transporte de pacientes.
21. Casos de acidente, lesões ou qualquer entidade mórbida provocados por embriaguez ou uso de drogas de qualquer espécie.

22. Qualquer ato ilícito devidamente comprovado, inclusive tentativa de suicídio.
23. Betaterapia, imunoterapia; diálise e hemodiálise, para pacientes crônicos, mesmo em fase aguda.
24. Tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada (nos termos do art. 160 do Código Civil) ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário.
25. Não estando cobertas também as despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições do (s) módulo (s) contratado (s).
26. Cirurgias de esterilização definitiva bem como implante coclear.

Observação: Os serviços não assegurados por este Contrato poderão ser executados a critério da Unimed Origem mediante autorização prévia, que os pagará pelo sistema de custo operacional, de acordo com os valores pactuados por ocasião do atendimento, valores estes que serão pautados pela tabela da AMB.

PRODUTO REGULAMENTADO

De acordo com as regras estabelecidas no item 10.3. - Repasse em Pré-pagamento do *Manual de Intercâmbio Nacional*, as Unimeds devem negociar entre si o valor de repasse, bem como as coberturas.

Anexo 2

Contratos de Planos Padrão do Intercâmbio

CONTRATOS PADRÃO INTERCÂMBIO

Contratos anteriores à Lei nº 9.656/98

Tradicional Empresarial			
Descrição do Plano	Descrição na carteira e acomodação	Código do Plano	
Plano Básico	Básico – ENF	A	
Plano especial	Especial – APT	B	
UNIPLAN			
Descrição do Plano	Combinação de opcionais	Descrição na carteira e acomodação	Código do Plano
Básico	Básico	Básico – ENF	R
Básico + acomodação diferenciada	Básico + Opcional 1	1 – APT	S
Básico + exames especiais	Básico + Opcional 2 Bás + Opcional 2	2 – ENF	T
Básico + cirurgia cardíaca	Básico + Opcional 3 Bás + Opcional 3	3 – ENF	V
Básico + ac. Difer. + ex. especiais	Básico + Opcional 1 e 2	12 – APT	W
Básico + ac. Difer. + cir. cardíaca	Básico + Opcional 1 e 3	13 – APT	X
Básico + ex. esp. + cir. cardíaca	Básico + Opcional 2 e 3	23 – ENF	Y
Básico + ac. Difer. + ex. esp. + cir. Cardíaca	Básico + Opcional 1, 2 e 3	123 – APT	Z

NOVO UNIPLAN			
Descrição do Plano	Combinação de opcionais	Descrição na carteira e acomodação	Código do Plano
Básico	Básico	Básico – ENF	NR
Básico + acomodação diferenciada	Básico + Opcional 1	1 – APT	NS
Básico + exames especiais	Básico + Opcional 2	2 – ENF	NT
Básico + cirurgia cardíaca	Básico + Opcional 3	3 – ENF	NV
Básico + ac. Dif. + ex. especiais	Básico + Opcional 1 e 2	12 – APT	NW
Básico + ac. Dif. + cir. cardíaca	Básico + Opcional 1 e 3	13 – APT	NX
Básico + ex. esp. + cir. cardíaca	Básico + Opcional 2 e 3	23 – ENF	NY
Bás + ac. dif. + ex. esp. + cir. Cardíaca	Básico + Opcional 1, 2 e 3	123 – APT	NZ
Bás + ac. dif. + ex. esp. + cir. cardíaca + hosp. de Categoria diferenciada	Básico + Opcional 1, 2, 3 e 4	4 – APT	N4

Contratos posteriores à Lei nº 9656/98

ATENDIMENTO NACIONAL			
Descrição do Plano	Combinação de opcionais	Descrição na carteira e acomodação	Código do Plano
Ambulatorial/Hospitalar	Com Obstetrícia	apartamento	61
		enfermaria	56

Obs.: Demais segmentações terão seus atendimentos na modalidade de Custo Operacional

Produto acidente do trabalho e doenças profissionais			
ATENDIMENTO NACIONAL			
Descrição do Plano	Combinação de opcionais	Descrição na carteira e acomodação	Código do Plano
AT enfermaria	Sem Obstetrícia	AT-AMB-ENF	T2
AT apartamento	Sem Obstetrícia	AT-AMB-APT	T3
AT Categoria Diferenciada	Sem Obstetrícia	AT-AMB-APT+4	T4

Obs.: Não existe repasse de mensalidade e de cadastro para este produto, conforme *Manual de Saúde Ocupacional e Acidente do trabalho*

Anexo 3

Regulamento da Câmara Técnica Nacional de Intercâmbio

CONSIDERANDO a necessidade de aperfeiçoamento das atividades desempenhadas pela Câmara Técnica Nacional de Intercâmbio (CTNI) do Sistema Unimed, fica deliberada pelo Conselho Confederativo em janeiro 2012 a utilização da ferramenta “AJIUS” para a emissão de parecer técnico e administrativo dos processos de contestação não acordados entre as Unimeds; CONSIDERANDO o preâmbulo do presente regulamento, para todos os efeitos fica aprovado o seguinte:

Art. 1º. A CTNI objetiva analisar e emitir parecer das contestações, devidamente fundamentadas, que envolverem Unimeds filiadas a Federações distintas ou quando a Federação for uma das partes, ou em situações nas quais a Unimed filiada se sentir prejudicada com o parecer da câmara estadual, bem como assessorar o Conselho Confederativo e as Câmaras Normativa e Arbitral do Fórum Unimed da Unimed do Brasil, quando provocadas.

Parágrafo único. As Unimeds que se sentirem prejudicadas ou não concordarem com o parecer das Federações Estaduais ou Regionais poderão recorrer à Unimed do Brasil, por meio do envio do formulário padrão disponível no Portal Unimed e de documentos que subsidiem a análise da Câmara, que emitirá parecer final no prazo de até 60 (sessenta) dias. A Câmara Técnica Nacional não emitirá parecer sobre regras estaduais ou regionais (regras devidamente documentadas).

Art. 2º. A CTNI é composta pelos seguintes profissionais: Auditor Médico, Auditor de Enfermagem e Analista Administrativo, podendo haver pareceres de demais profissionais da área da saúde para auxiliar decisões técnicas, todos da Unimed do Brasil.

Art. 3º. É da competência da CTNI:

- a) Manifestar-se sobre situações nas quais não há acordo entre as partes;
- b) Acolher e emitir parecer sobre recursos interpostos por Unimeds nos casos de contestação;
- c) Responder a consultas e prestar esclarecimentos sobre a operacionalidade do *Manual de Intercâmbio Nacional*, quando solicitado;

d) Propor ao Comitê Nacional de Intercâmbio e ao Comitê de Câmara Técnica alterações no *Manual de Intercâmbio Nacional* e no *Manual Operacional das Câmaras Técnicas*, respectivamente, de forma a mantê-los compatíveis com a dinâmica da evolução das relações entre as cooperativas integrantes do Sistema Unimed.

Parágrafo único. A CTNI realizará as análises e fundamentará as suas deliberações de acordo com os critérios técnicos e administrativos citados no *Manual de Intercâmbio Nacional* e com os demais manuais publicados pela Unimed do Brasil.

Art. 4º. A CTNI, caso verificada a impossibilidade de êxito em nível técnico, poderá propor à Diretoria Executiva da Unimed do Brasil o encaminhamento da matéria para o Conselho Confederativo ou para as Câmaras Normativa e Arbitral do Fórum Unimed, da Unimed do Brasil.

Art. 5º. A CTNI poderá solicitar qualquer tipo de documento necessário para análise do processo, inclusive cópia de prontuário médico, desde que respeitado o sigilo profissional previsto na legislação vigente.

Art. 6º. Este regulamento somente poderá ser alterado por deliberação do Conselho Confederativo da Unimed do Brasil.

Art. 7º. O presente instrumento, com modificações aprovadas pelo Conselho Confederativo e pelo Fórum da Unimed do Brasil em 25 de junho de 2014, entra em vigor no dia 1º de setembro de 2014.

Anexo 4

Reembolso no Intercâmbio – Formulário

Solicitação de reembolso



+
Dados do Cliente

Nome do cliente atendido

Código do cliente atendido	Celular
Telefone	Data da solicitação
E-mail	CPF

Endereço

Solicitação de reembolso

Prezado cliente, assinale o motivo que justifique a realização do procedimento em caráter particular:

- Atendimento de urgência e emergência, quando não for possível a utilização em serviços próprios, contratados ou credenciados pelo plano, mediante a apresentação de relatório médico comprovando o quadro de urgência/emergência.
- Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no sistema Unimed (Intercâmbio) para atendimento eletivo.
- Possui cobertura.
- Possui preexistência.
- Possui carência.

Procedimentos solicitados:

- Outros (especificar):

Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):

Dados bancários

Nome do titular ou responsável		CPF
Nome do banco	Nº do banco	Agência
Conta	<input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	

Valor total solicitado

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento de identidade)

Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed que, têm como missão o JEITO DE CUIDAR.

MB.012 - Versão 9.2- Vigência 01/10/2019

Solicitação de reembolso



Orientações para pedido de reembolso

IMPORTANTE: para solicitar reembolso de despesas médico hospitalares, apresente os documentos originais relacionados abaixo, acompanhados do formulário "Solicitação de Reembolso" contendo todas as informações necessárias.

Documentação obrigatória

Cópia / Original

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Termo "Solicitação de Reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo cliente, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relatório médico declarando o quadro clínico do paciente justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Guia ou pedido médico (carimbado, assinado e datado). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibo e/ou nota fiscal "original", com carimbo, descrição do procedimento, data da realização e nome do cliente atendido. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conta ou despesa hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Xerox do cartão bancário ou da folha de cheque do titular do plano. Se o titular for menor, a documentação deve ser do responsável pelo plano. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Xerox da identidade e CPF do titular responsável e do favorecido; para titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes e terceiros. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solicitação/justificativa médica para a remoção especificando quadro clínico do paciente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI, etc.) e local de partida e de destino. |

Orientações gerais:

- O prazo para retorno do processo é de 30 dias úteis, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa à área responsável da Unimed;
- A área responsável poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário;
- Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal (não será processado o reembolso em conta salário ou conta de terceiro sem procuração);
- É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.

Estou ciente de todas as informações.

Assinatura cliente

Anexo 5

Resultados esperados e próximos passos para o Intercâmbio Nacional

Atender as deliberações do Conselho Confederativo, bem como ao Fórum “Transformar para Avançar” 2016 (e suas atualizações) para o Intercâmbio Nacional, em conjunto com demais áreas da Unimed do Brasil e o Sistema Unimed:

Fórum “Transformar para Avançar” 2016

- I. Fazer cumprir o *Manual de Intercâmbio* quanto à suspensão de atendimento em caso de inadimplência.
- II. Fazer cumprir, rigorosamente e sem exceções, a *Constituição*, as normas derivadas e o *Manual de Intercâmbio Nacional* e impor as sanções devidas.
- III. Prover à área de Intercâmbio estrutura física, humana e tecnológica suficiente para gerenciar e fiscalizar a operação do Intercâmbio Nacional em todas as suas fases e alertar a Diretoria Executiva da Unimed do Brasil sobre os indícios de descumprimento.
- IV. Realizar revisão anual do *Manual de Intercâmbio Nacional*, com histórico das atualizações.
- V. Definir sanções financeiras contundentes em caso de infração às regras vigentes no Sistema Unimed, com o objetivo de desestimular as práticas irregulares.
- VI. Desenvolver um modelo padrão de funcionamento da operação do Intercâmbio baseado nas melhores práticas do Sistema para serem aplicadas em todas as Singulares.
- VII. Criar padronização para atendimento de cliente no Intercâmbio.
- VIII. Criar um software, pela Unimed do Brasil, aos moldes do Chat para monitoramento de todo o relacionamento de Intercâmbio entre as Singulares.
- IX. Disponibilizar tabelas de diárias e taxas hospitalares, materiais de consumo e OPME, para que, em data a ser definida, seja utilizado como referência no Intercâmbio.
- X. Criar um “portal da transparência”, com segurança tecnológica, para que todo o Sistema Unimed tenha acesso às informações e iniba práticas irregulares.

Contratos e tabelas de prestadores hospitalares devem ser inseridos nesse portal para evitar manipulação de contas.

XI. Agilizar o desenvolvimento e implantação do Software de Pacotes e Tabelas Contratualizadas.

XII. Criar uma estrutura operacional para a implementação do sistema Olho Vivo e de mecanismo de controle da prática abusiva de refaturamento e utilização de tabelas diferentes da prática local para o Intercâmbio.

XIII. Acatar, em conformidade com a RN 363, somente um reajuste anual dos contratos com prestadores de serviços que estejam submetidos a essa resolução normativa.

XIV. Postar a TISS 3.0 do prestador para a origem.

XV. Determinar que os valores glosados nas faturas do Intercâmbio Nacional sejam pagos integralmente pela Unimed Origem e retidos na Unimed do Brasil até a solução do Ajuis ou das Câmaras Técnicas, quando serão repassados ao vencedor com as devidas correções.

XVI. Desenvolver um estudo técnico sobre o valor da taxa de Intercâmbio com as variáveis contempladas.

XVII. Definir, por meio da Unimed do Brasil e em conformidade com as atribuições das Federações estaduais e ou regionais, qual a Unimed deve assumir a área de ação da região em caso de instabilidade econômico-financeira que comprometa a rede assistencial do Intercâmbio.

XVIII. Promover imediata revisão das áreas de ação das Unimed Singulars, eliminando os conflitos de sobreposição de áreas.

XIX. Impedir a discriminação do atendimento dos clientes em Intercâmbio pela rede prestadora credenciadas das Unimed.

XX. Gerenciar a Rede Nacional de Intercâmbio.

XXI. Construir modelo de gestão de rede prestadora, com regulamentação, informações de valores, indicadores, estrutura e qualidade.

XXII. Atribuir a responsabilidade pela atualização da rede para a Unimed do Brasil. Em caso de dificuldade da Singular em manter a integridade da rede, a responsabilidade passaria a ser da Federação em primeira instância e da Unimed do Brasil, em segunda instância.

XXIII. Cumprir o *Manual de Intercâmbio Nacional* em casos de invasão de área (de rede).

XXIV. Implementar, no prazo de um ano, um novo modelo de classificação hospitalar, incluindo os recursos próprios. Nesse novo modelo, os hospitais próprios não poderão ser classificados como hospitais de tabelas de alto custo. Nesse novo modelo, Simpro, CMED e Brasíndice não serão mais utilizadas no Sistema Unimed.

XXV. Criação da rede referenciada pela Unimed do Brasil para casos de alta complexidade.

XXVI. Estabelecer o prazo de cinco anos para que os recursos próprios hospitalares adotem a metodologia de remuneração do DRG, criando incentivos para os que a adotarem em prazos inferiores.

XXVII. Estabelecer o prazo de cinco anos para que a rede credenciada adote a metodologia de remuneração do DRG, criando incentivos para os que adotarem em prazos inferiores. A Unimed do Brasil deve, junto as demais instituições responsáveis, atuar junto a ANS, de forma a incentivar a implementação do DRG.

XXVIII. Criar tabela de referência para materiais e medicamentos baseada em preços de mercado para recursos próprios e credenciados. Nessa tabela referenciada, Simpro, CMED e Brasíndice não serão mais utilizadas no Sistema Unimed.

XXIX. Estabelecer uma tabela referencial de taxas e diárias, baseada na classificação hospitalar, para recursos próprios e credenciados.

XXX. Analisar casos de invasão de área, comprovados pela Câmara Arbitral, que deverá avaliar, de forma rápida e eficiente, no prazo máximo de 90 dias:

- a. Cobrar taxa de administração de 20% quando da utilização;
- b. Cobrar mensalmente o valor de 20% da mensalidade por usuário comprovado ou repassar em pré-pagamento da tabela nacional;
- c. Aplicar multa pecuniária a ser definida pela Câmara Arbitral e com agravamento na reincidência;

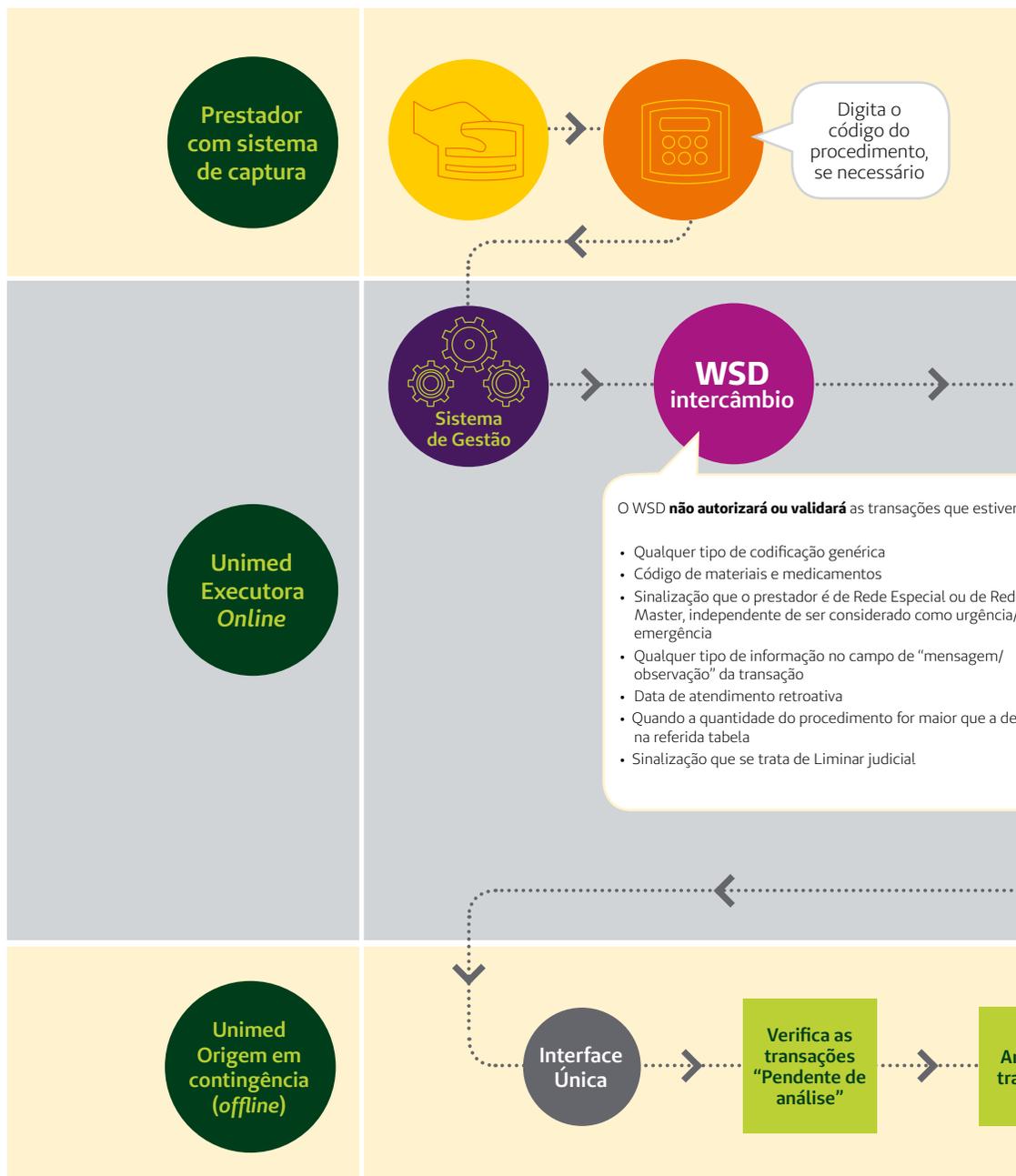
XXXI. Estabelecer uma política nacional de remuneração dos recursos próprios, recomendando a modificação do modelo de remuneração de serviços médicos e hospitalares.

XXXII. Classificar e regular a precificação dos valores praticados pelos recursos próprios. Definir “Mais Valia” e penalidades para tal.

Anexos 6

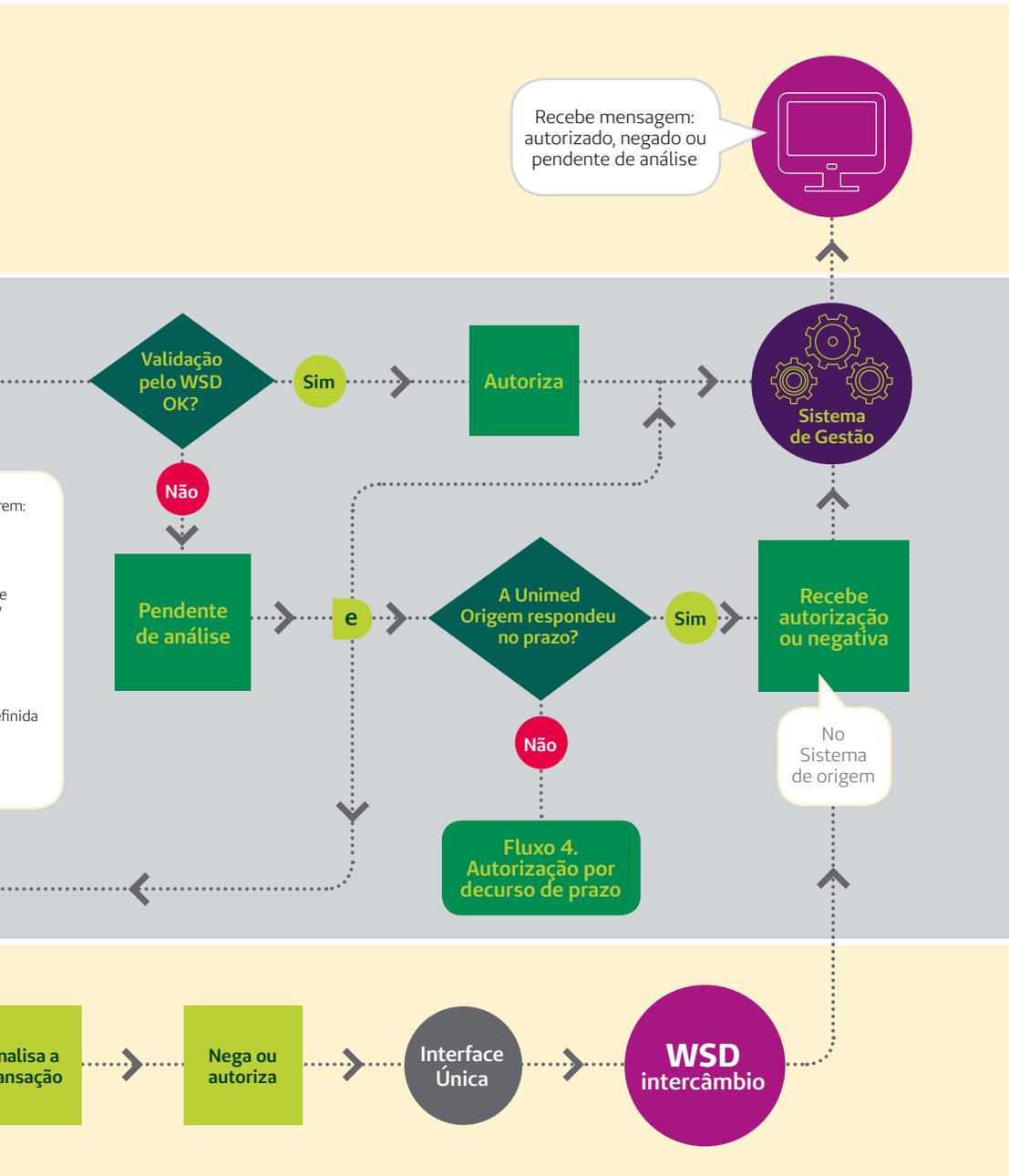
Fluxos

Fluxo 1. Autorização de Procedimentos da Tabela de Baixos (Unimed Origem em Contingência)



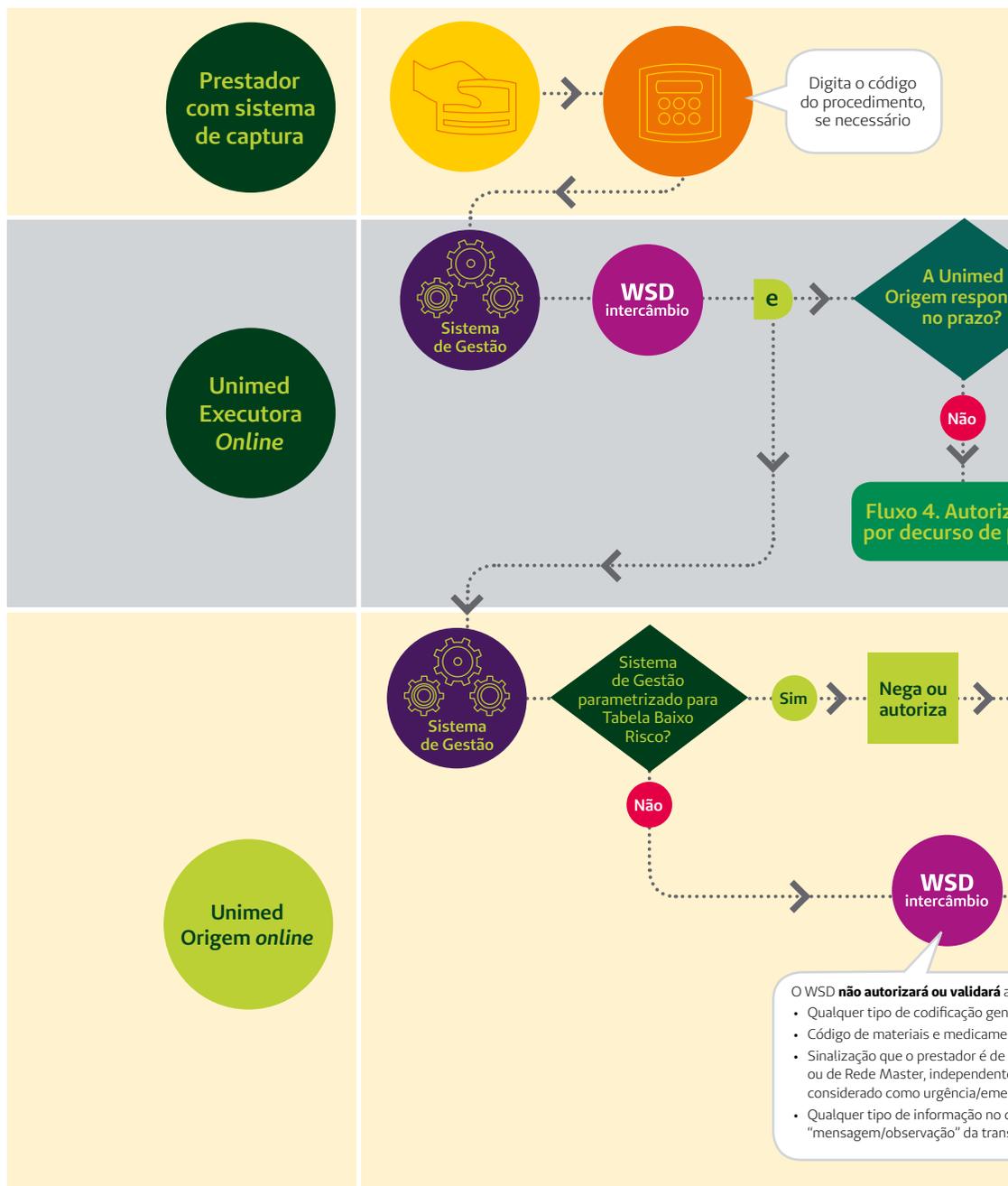
Nota: Ao final de cada dia a Unimed Origem em contingência deve gerar o arquivo A1100, pa

Risco em Atendimento Eletivo e Urgência/Emergência

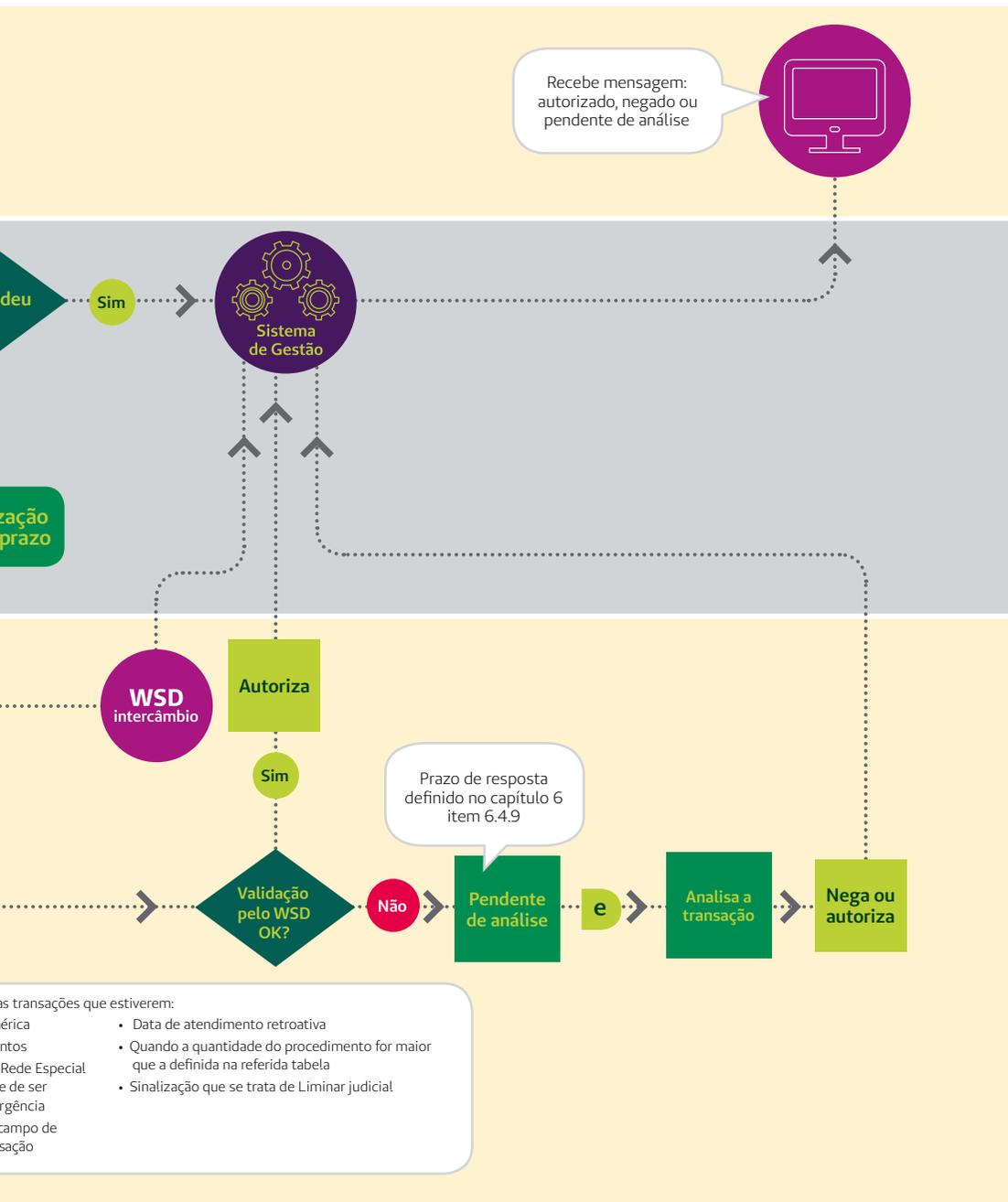


Para observar as liberações feitas pelo WSD

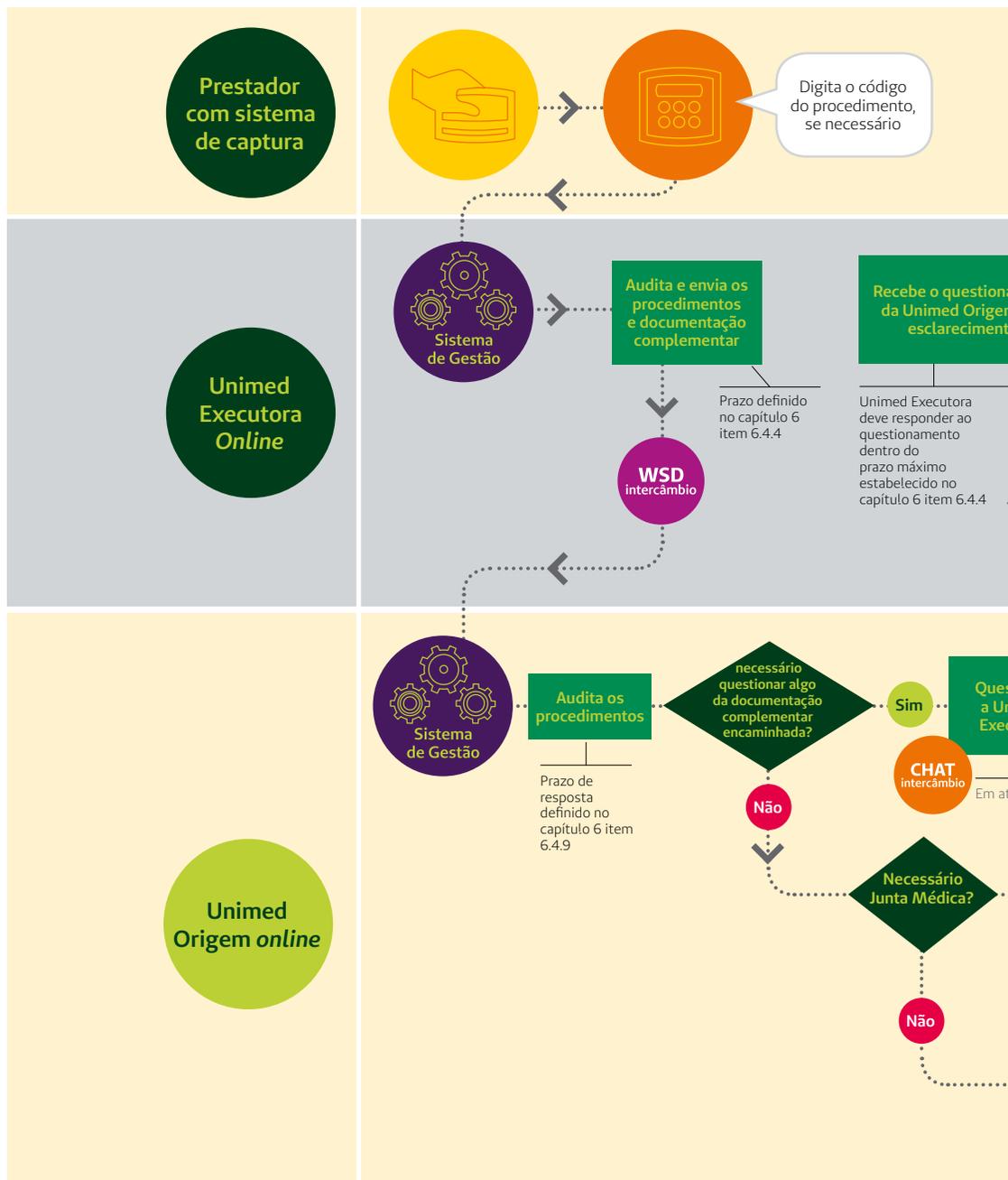
Fluxo 2. Autorização de Procedimentos da Tabela de Baixo Risco (Prestador online no Intercâmbio Eletrônico)



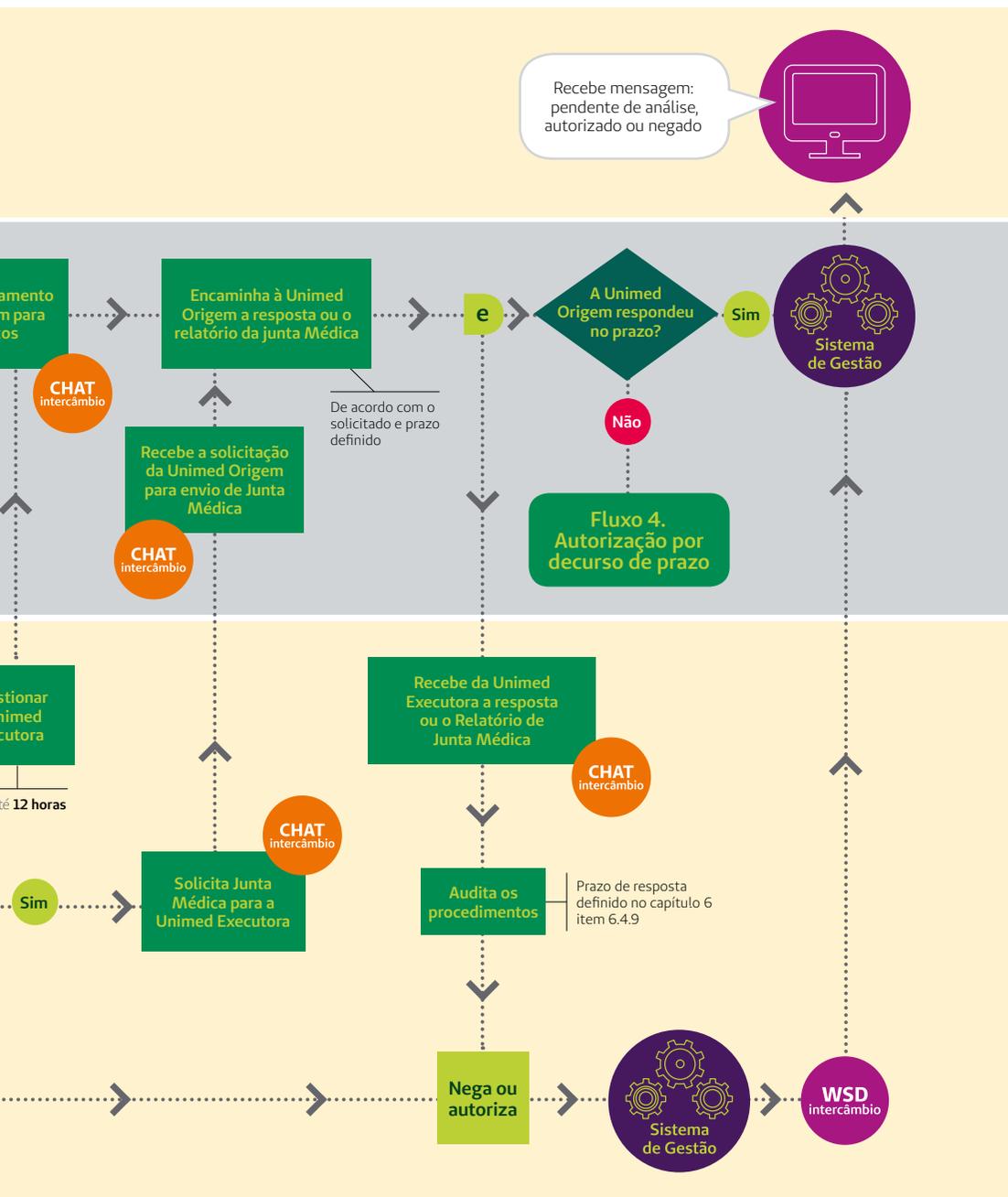
Risco em Atendimento Eletivo e Urgência/Emergência



Fluxo 3. Autorização de Procedimentos que não constam (Prestador online no Intercâmbio Eletrônico)

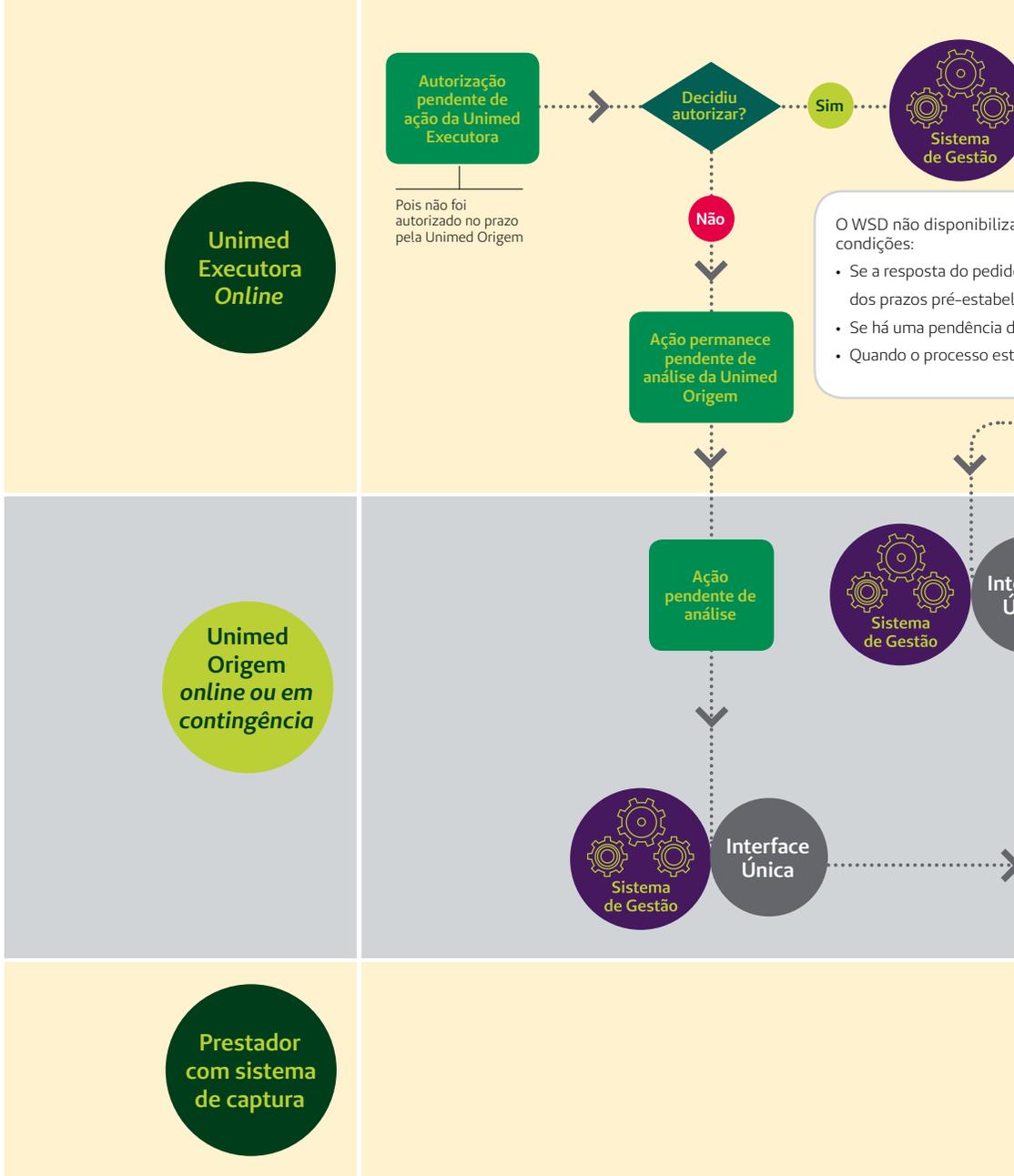


na Tabela de Baixo Risco em Atendimento Eletivo



Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed, que têm como missão o JEITO DE CUIDAR.

Fluxo 4. Autorização por Decurso de Prazo (Prestador online)

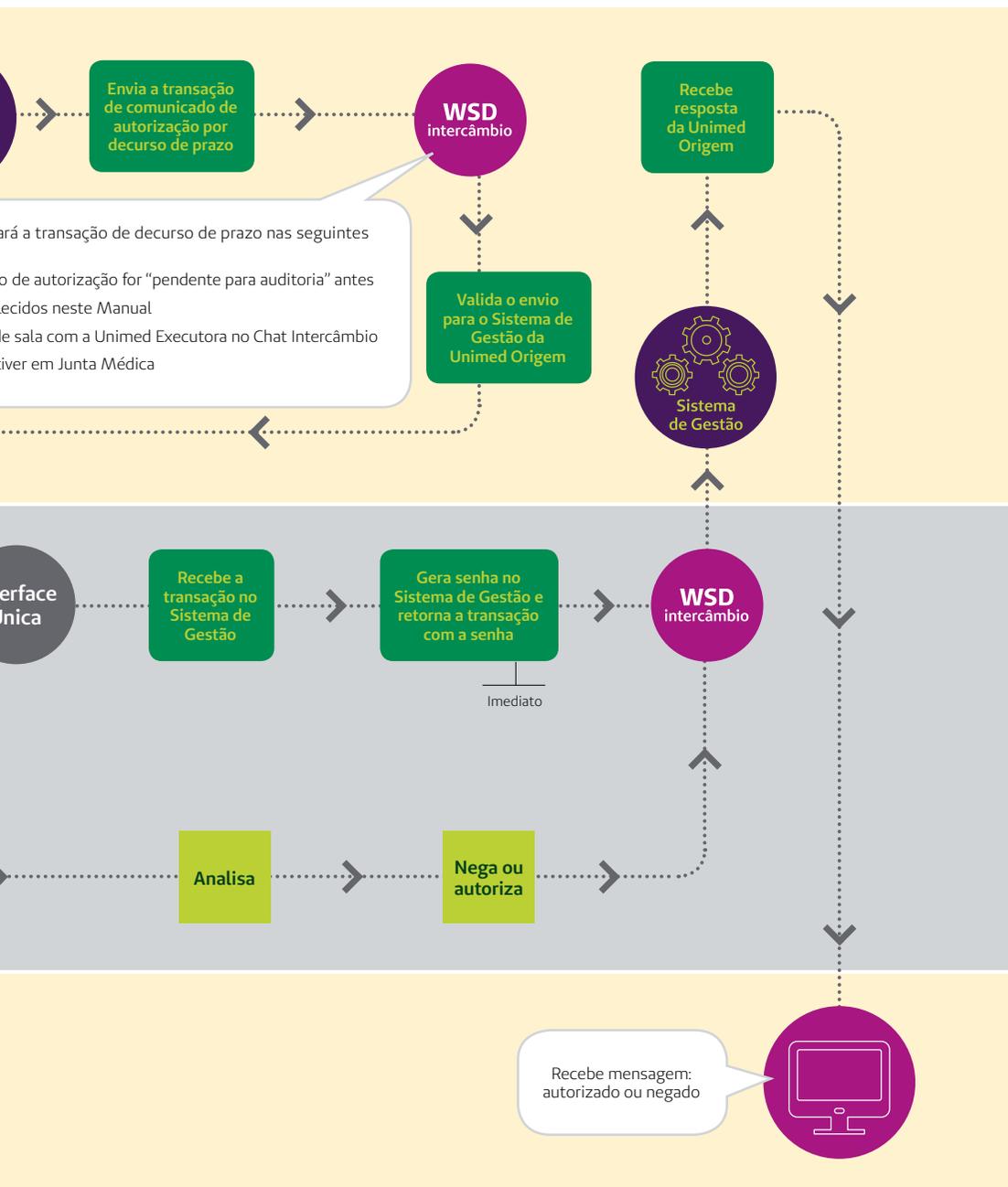


Nota: * O Sistema de Gestão disponibiliza um "flag" para autorização da Unimed Executora.

Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed que, têm como missão o JEITO DE CUIDAR.

MB.012 - Versão 9.2- Vigência 01/10/2019

ine no Intercâmbio Eletrônico)



porém é necessário avaliar se não há negociação entre as partes

Este manual é dedicado a todos do Sistema Unimed, que têm como missão o JEITO DE CUIDAR.

Anexo 7

Histórico de Atualizações de Documento

Data da Alteração	Versão		Solicitada por	Especificação	Realizada por
	Ant.	Atual			
01/09/2014	07	08	Ajuste das regras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisão geral do manual 2. Incluído histórico de atualização 	Comitê de intercâmbio
01/09/2015	08	8.1	Ajuste da regra do capítulo 13, item 13.1, subitem 9; item 13.8.1 e capítulo 14, item 14.1; 1º e 2º parágrafo, item 14.2 - 2º parágrafo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alteração de regra do prazo total de cobrança de 150 dias para 120 dias, sendo que o prazo de 60 dias sem taxa de custeio administrativo passa ser de 60 dias para 30 dias. 2. Alterado o prazo máximo para reapresentações dos prestadores decorrentes de glosa julgadas indevidas de 210 dias para 180 dias. 3. Alterada versão e vigência de todo manual. 	Fórum Unimed em 25 de junho de 2014
15.05.2016	8.1	8.2	Alterar regra do capítulo 12 para atender a RN 395	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alteração da redação dos itens 1 e 2 do capítulo 12.1. Diretriz. 2. Alterado o prazo máximo para envio de pedido de autorização pela Unimed executora, item 7 do capítulo 12.4. Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 3. Alteração da redação do item 9 do capítulo 12.4. Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 4. Alterado o prazo máximo de resposta da Unimed Origem, item 13 do capítulo Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 5. Alteração da redação do item 14 do capítulo 12.4. Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 6. Excluído o item 15 do capítulo Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 7. Alterada regra do item 20 do capítulo Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 8. Excluído o item 20.1. do capítulo Regras Gerais do processo de atendimento/autorização. 9. Alterado o capítulo 12.4.1. de "Fluxos" para "Prazos". 10. Inserido novo capítulo para "Fluxos". 11. Alterado os prazos dos fluxos 2 e 3. 12. Alterada informações do fluxo 4, referente não disponibilidade da transação de decurso de prazo. 13. Alterada versão e vigência de todo manual. 	Conselho Confederativo de 27 de abril de 2016
01.01.2018	8.2	09	Ajuste e alterações das regras	Atualização de toda estrutura e conteúdo, mediante demandas do Fórum "Transformar para Avançar" e legislação vigente.	Fórum Unimed de 30 de agosto de 2017
01.09.2018	9.0	9.1	Ajustes de alteração de regras dos capítulos 5, 8 e 9	Atualização do capítulo 5, conforme legislação vigente. Atualização do capítulo 8, conforme legislação vigente e demandas do Comitê Contábil e de Intercâmbio. Atualização do capítulo 9, regras de envio do aviso de eventos para o beneficiário eventual e da regra de devolução por glosa total, conforme demandas do Comitê Nacional de Intercâmbio.	Fórum Unimed de 29 de agosto de 2018

Anexo 7

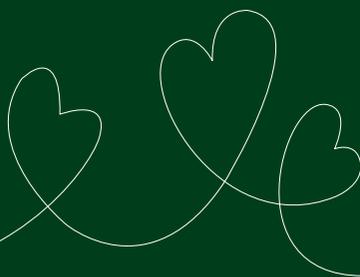
Histórico de Atualizações de Documento

Data da Alteração	Versão		Solicitada por	Especificação	Realizada por
	Ant.	Atual			
01/10/2019	9.1	9.2	Alteração do capítulo 4 e Inclusão do capítulo 16.	Atualização do capítulo 4, conforme nova classificação de rede e Inclusão de novo capítulo sobre gestão da transparência.	Fórum Unimed de 26 de junho de 2019.

ÍNDICE

Manual de Intercâmbio Nacional

O nosso Jeito de Cuidar



Alameda Santos, 1827 - 10º andar - Cerqueira César
01419-909 - São Paulo - SP - Tel: (11) 3265-4000
www.unimed.coop.br