

**MANUAL DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
DOS ASSOCIADOS DA CABEFE**

SUMÁRIO

I -	APRESENTAÇÃO	3
II -	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DO PROGRAMA	3
III -	FUNDAMENTOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE..	3
IV -	OBJETIVO	4
V -	BENEFICIÁRIOS	4
VI -	CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO.....	6
VII -	RECURSOS PARA O PROGRAMA DE SAÚDE	7
VIII -	DAS COBERTURAS	8
IX -	DAS EXCLUSÕES	14
X -	DAS CARÊNCIAS	16
XI -	DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	16
XII -	DO COMPARTILHAMENTO DE DESPESAS	18
XIII -	REEMBOLSO DOS SERVIÇOS PRESTADOS	19
XIV -	DO ACESSO À LIVRE ESCOLHA	20
XV -	ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO MÉDICO UNIDADE CENTRAL	21
XVI -	CONVÊNIOS COM DESCONTOS.....	21
XVII -	PENALIDADES	21
XIX -	ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO	22
XX -	DISPOSIÇÕES FINAIS	22

MANUAL DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS ASSOCIADOS DA CABEFE

I - APRESENTAÇÃO

O presente Manual tem como finalidade orientar os associados da Caixa de Beneficência dos Funcionários da EMATER-MG - CABEFE que se beneficiam do Programa Privado de Assistência à Saúde, sobre a correta utilização dos serviços assistenciais de saúde postos à sua disposição, esclarecendo os principais pontos de interesse dos beneficiários quanto à utilização do Programa, tais como, extensão da cobertura, condições de atendimento, área geográfica de abrangência, casos de exigência de autorização prévia e outras informações consideradas relevantes.

Destaca-se que a oferta do Programa ocorre mediante a contratação de Operadora atuante no mercado de saúde suplementar com capacidade de bem atender aos destinatários dos serviços.

Os associados da CABEFE e seus dependentes, bem como terceiros que participem direta ou indiretamente da oferta do Programa, deverão observar o que dispõe o presente Manual, assim como as resoluções emanadas pelos Conselhos Deliberativo e Fiscal e pela Diretoria Executiva da CABEFE.

A direção da CABEFE e seus representantes estarão, permanentemente, à disposição dos associados para prestarem esclarecimentos sobre o Programa de Assistência a Saúde, bem como para receberem críticas e sugestões que contribuam para o seu aperfeiçoamento.

II – CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DO PROGRAMA

O Programa à disposição dos associados da CABEFE possui como características:

- I- CONTRATAÇÃO: Coletivo por Adesão;
- II- SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- III- PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Individual (apartamento);
- IV- ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO: Estadual - Estado de Minas Gerais.

Além disso, o Programa é executado por Operadora atuante no mercado de saúde suplementar, a quem compete cumprir todas as normas editadas pela ANS.

Por fim, registram-se que o Programa à disposição dos Associados trata-se de Programa adaptado à Lei nº 9.656/98 e regulamentação editada pela ANS e demais órgãos fiscalizadores do setor, bem como por regras operacionais que orientam os beneficiários sobre a utilização correta dos serviços assistenciais.

III – FUNDAMENTOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Para que o Programa se mantenha estável e perene, é preciso cuidar da sua saúde financeira, que é assegurada mediante utilização criteriosa e eficaz dos recursos financeiros.

Dessa forma, o Programa de Assistência à Saúde dos Associados da CABEFE terá os seguintes fundamentos:

- a. A oferta e administração do Programa serão conduzidas mediante a observância permanente da integração do binômio “disponibilidade de recursos – amplitude de atendimento”;
- b. Os benefícios do Programa poderão ser ampliados caso exista prévia fonte de custeio e caso os recursos financeiros disponíveis sejam suficientes;
- c. Deverão ser observadas as condições para atendimento e usufruto do benefício, tais como necessidade de autorização prévia para alguns procedimentos, cumprimento dos períodos de carência quando exigíveis, dentre outros;
- d. A CABEFE deverá estar atenta aos avanços do processo de aperfeiçoamento dos Programas Públicos de Assistenciais à Saúde nas áreas médico-hospitalar e de medicina preventiva;
- e. Os atendimentos realizados fora do Estado de Minas Gerais, nos casos em que forem admitidos pela regulamentação da ANS vigente, notadamente as situações de urgência e emergência.
- f. O Programa não oferece qualquer tipo de cobertura fora do país;
- g. Será facultado à CABEFE e à Operadora responsável pela oferta do Programa, executar perícias médicas dentre outros procedimentos regulados para fins da concessão da cobertura, salvo em casos de urgência e de emergência;
- h. O Programa deverá ser avaliado atuarialmente, de modo a garantir sua solvência e perenidade, bem como para que sejam indicadas eventuais necessidades de mudanças, especialmente na forma de custeio.

IV- OBJETIVO

O Programa de Assistência à Saúde tem como objetivo proporcionar assistência médica hospitalar, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia, exames complementares, visando à prevenção da doença e a recuperação da saúde, aos beneficiários regularmente inscritos, para a prestação continuada de serviços na forma de Programa privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.

V – BENEFICIÁRIOS

1. Poderão ser beneficiários do Programa os Associados da CABEFE abaixo classificados, mediante preenchimento de formulário de requerimento e apresentação dos documentos devidos:

1.1 Na qualidade de titular:

- a) Empregado da EMATER-MG e da CABEFE, que esteja em atividade;
- b) Empregado aposentado, obrigatoriamente ex-associado da CABEFE
 - desde que associado antes da aposentadoria, por um período não inferior a 60 (sessenta) meses; e

- que tenha se inscrito como sócio facultativo, nos termos do Estatuto Social da CABEFE, no período máximo de 30 dias após a data de sua aposentadoria ou desligamento do quadro de funcionários da EMATER-MG e da CABEFE.

1.1.1 Também poderá participar do Programa de Assistência à Saúde e ser classificado como **beneficiário titular** o empregado associado que esteja:

- a) Cedido, com ônus, a outra instituição;
- b) Afastados pela Previdência Social, desde que continuem contribuindo regularmente para o Programa de Assistência à Saúde;
- c) Cedidos sem ônus. Período de permanência no plano: de acordo com os critérios estabelecidos para concessão de licença pela EMATER-MG, desde que continue contribuindo com a sua parte e com a parte da empresa até o término do período da licença sem remuneração;
- d) Cedidos para exercer cargos políticos: desde que continue contribuindo com sua parte e com a parte da empresa até o término do mandato e de acordo com os critérios estabelecidos pela EMATER-MG, para concessão de licença.

1.1.2 Não poderão participar do Programa de Assistência a Saúde os empregados com contrato de trabalho suspenso.

1.2 Na qualidade de Dependente Direto do Titular:

- a) Cônjuge;
- b) Filho(s) solteiro(s) com idade inferior a 22 (vinte e dois) anos;
- c) Filho(s) solteiro(s) com idade de 22 (vinte e dois) anos até 24 (vinte e quatro) anos, enquanto universitários;
- d) Enteado, menor, sob a guarda do beneficiário titular por força de decisão judicial e menor tutelado, mediante comprovação;
- e) Companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge.
- f) Deverá ser observado para fins de alteração da categoria de beneficiário titular quando ambos forem empregados da EMATER-MG, aquele de maior salário para efetivação da alteração.
- g) Ocorrendo óbito do beneficiário titular o cônjuge poderá optar em permanecer no plano como beneficiário titular e manter os dependentes já inscritos na categoria sócio facultativo.

1.3 Na qualidade de Dependente Econômico do Titular:

- a) Filho(s) solteiro(s) com idade entre 21 (vinte e um) a 35 (trinta e cinco) anos, desde que não universitários;
- b) Netos menores de 18 (dezoito) anos, (solteiros); Vedada a inscrição de novos netos a partir de 20/08/2014 na condição de Dependente Econômico do Titular. Novas inclusões somente na condição de Dependente Direto do Titular com comprovação legal, de acordo com o item 1.2, letra d.

1.3.1 São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:

- a) Inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isenta do cumprimento dos períodos de carência e preexistência

desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

- b) Inscrição do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, como dependente, isenta do cumprimento dos períodos de carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção, independentemente da segmentação contratada;
- c) Cobertura assistencial, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

1.3.2 Se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular.

2. A condição de dependente dependerá da apresentação de documentos que comprovem o parentesco dentre aqueles oficialmente reconhecidos.

3. A dependência econômica em relação ao titular será comprovada por meio de apresentação da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular, referente ao último exercício fiscal, sendo lícito à CABEFE eleger ou acatar outros meios de prova.

4. Qualquer alteração nos dados cadastrais do associado deverá ser por ele comunicada a CABEFE, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data em que ocorrida a alteração.

5. O valor das mensalidades atribuídas aos dependentes variará em razão da categoria e da faixa etária, dentre outros critérios estabelecidos neste Manual e que regem a concessão do benefício.

6. Todo o empregado da EMATER-MG ou CABEFE, ainda não associado à CABEFE, que desejar participar do Programa de Assistência à Saúde, será admitido mediante pagamento de joia correspondente a 10% (dez por cento) do salário bruto, a ser pago em uma única parcela e terá direito de usufruir dos benefícios a partir do mês subsequente a sua primeira contribuição, e deverá seguir as carências pré-estabelecidas.

7. Os empregados recém-admitidos da EMATER-MG ou CABEFE terão 30 dias de prazo a partir da data da admissão, para associar-se a CABEFE sem pagamento de joia.

VI – CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. A inscrição do associado poderá ser cancelada a qualquer momento, a seu próprio pedido, observando a regulamentação da ANS a esse respeito e os trâmites estatutários previstos.

2. A inscrição do beneficiário titular poderá ser ainda cancelada quando:

- a) Pelo cancelamento de sua inscrição na CABEFE;
- b) Por falecimento;
- c) Pela perda do vínculo empregatício com a EMATER-MG ou com a CABEFE, salvo nas situações em que lhe é garantida a permanência na condição de sócio facultativo, a ser solicitada no prazo de até 30 (trinta) dias do afastamento, nos termos do contrato específico;

- d) Por inadimplência por período superior a 61 (sessenta e um) dias por ano, consecutivos ou não;
- e) Pelo cometimento de falta grave apurado pela Diretoria Executiva da CABEFE mediante instauração de rito administrativo que lhe proporcione ampla defesa.

3. A inscrição do beneficiário dependente poderá ser ainda cancelada quando:

- a) For cancelada a inscrição do titular por qualquer causa;
- b) A pedido do beneficiário titular;
- c) Perda das condições que definiram sua elegibilidade, tais como atingimento de idade, perda da dependência econômica etc.

4. O beneficiário dependente da categoria econômico uma vez excluído pelo associado do plano de saúde, só poderá ser reintegrado uma única vez e cumprir novas carências.

5. A condição de participante do Programa só poderá ser readquirida pelo empregado da EMATER-MG e da CABEFE cuja inscrição tenha sido cancelada anteriormente, salvo quando o cancelamento tenha ocorrido em função da aplicação de penalidade, conforme previsto no Estatuto Social.

5. Não será permitida a reintegração do beneficiário titular da categoria sócio facultativo, no caso de pedido de exclusão.

VII - RECURSOS PARA O PROGRAMA DE SAÚDE

1. Os recursos destinados à execução e à administração do Programa de Saúde serão obtidos das seguintes fontes:

- a) Contribuição do empregado da EMATER-MG e da CABEFE, associado à CABEFE, correspondente a 3% (três por cento) de seu vencimento mensal, descontada em folha de pagamento;
- b) Contribuição do associado da categoria de sócios facultativo, correspondente a 6% (seis por cento) de seu salário, ou a 6% (seis por cento) do salário mínimo vigente, o que resultar em maior valor, calculada como se estivesse na ativa;
- c) Contribuição da EMATER-MG, em valor igual à contribuição dos seus empregados associados à CABEFE;
- d) Contribuição do empregado da EMATER-MG e da CABEFE por dependente inscrito no Programa de Saúde, descontada em folha de pagamento. Não havendo saldo suficiente para o desconto o valor será cobrado através de boleto bancário;
- e) Contribuição do sócio facultativo por dependente inscrito no Programa de Saúde;
- f) Compartilhamento do associado nos procedimentos realizados através da rede conveniada;
- g) Receitas do Ambulatório Médico da Unidade Central;
- h) Receitas operacionais;
- i) Receitas financeiras;
- j) Outras fontes que, de acordo com os termos do ESTATUTO DA CABEFE e do convênio CABEFE-EMATER-MG venham a contribuir para o Programa de Saúde.

2.O custeio do Programa será revisto anualmente, podendo ensejar a revisão das contribuições previstas no item anterior e/ou a alteração das regras de compartilhamento de despesas.

3. As contribuições mensais dos dependentes (alíneas 'd' e 'e' do item 1) serão revistas no mês de maio pelo mesmo índice que corrigir coletivamente os salários dos empregados da EMATER-MG. Ainda que não haja a efetiva aplicação do reajuste no referido mês, haverá cobrança retroativa ao beneficiário da contribuição reajustada.

VIII – DAS COBERTURAS

1. Serão cobertos parcialmente os custos das coberturas assistenciais, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9656/1998) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com: **os limites, prazos de carências e condições aplicáveis.**

1.1. Cobertura Ambulatorial: compreendem os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não necessitem de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo garantida a cobertura pelo presente nos seguintes casos e com as limitações abaixo expostas:

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- b) Cobertura da remoção na forma da regulamentação vigente;
- c) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- d) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);
- e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico

devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

- f) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);
- g) Hemodiálise e diálise peritoneal — CAPD;
- h) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- j) Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação ambulatorial;
- k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- l) Hemoterapia ambulatorial;
- m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- n) Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente.

1.2. Cobertura Hospitalar: compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, garantidos:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na

- indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo Programa;
- b) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
 - c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
 - d) Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:
 - d.1) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - d. 2) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.
 - e) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
 - f) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - f.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - f.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da Operadora;
 - f.3) É garantida a instauração de junta médica ou odontológica nos termos da regulamentação vigente sobre a matéria.
 - g) Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
 - h) Despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente;
 - i) Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais,

transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

j) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente):

- o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;
- em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irão avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura do Programa.

m) procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente):

- hemodiálise e diálise peritoneal — CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;

- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de reeducação e reabilitação física: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- n) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- o) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- p) transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e procedimentos a eles vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - medicamentos utilizados durante a internação;
 - acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS.
- r.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO's e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 - As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 - São competências privativas das CNCDO's, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

- q) havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, estes se darão a critério do médico assistente.

1.3 Cobertura Obstétrica: a cobertura obstétrica compreende toda cobertura definida na cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela Operadora contratada, desde que cumpridas as carências devidas, observadas as seguintes condições:

- a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Entende-se por pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico assistente;
- b) cobertura assistencial, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção e desde que a mãe ou pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta dias) dias de carência. (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

1.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;
 - c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

1.5 O presente Programa garante, ainda:

- a) atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas na regulamentação da ANS vigente na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

IX – DAS EXCLUSÕES

1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídas da cobertura do Programa todos os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- a) atendimento fora da área de abrangência do plano;
- b) procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CABEFE sem atendimento às condições previstas neste instrumento;
- c) consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da vigência do Programa ou do cumprimento dos períodos de carências, respeitadas as demais condições previstas neste instrumento;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou não regularizados no país, bem como aquele que é considerado experimental pelo

- Conselho Federal de Medicina – CFM e, ainda, aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- e) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
 - f) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - g) cirurgias para mudança de sexo;
 - h) atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas,
 - i) quando declarados pela autoridade competente;
 - j) aplicação de vacinas preventivas;
 - k) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - l) tratamentos e cirurgias de inseminação artificial, técnica de reprodução artificial e estudo do DNA;
 - m) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
 - n) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
 - o) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - p) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, ou seja, aquele prescrito pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
 - q) exames médicos para a prática de natação ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - r) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - s) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - t) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
 - u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigeno terapia hiperbárica, exceto nas hipóteses previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
 - v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
 - w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
 - x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
 - y) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
 - z) despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
 - aa) acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante do beneficiário, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste instrumento;- produtos de toalete e higiene pessoal;
 - bb) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;

- cc) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas, à exceção dos casos que comportem reembolso conforme tratado neste Manual;
- dd) serviços realizados em desacordo com o disposto neste Manual;
- ee) exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

2. Nos casos em que, conforme a regulamentação da ANS vigente, for admitida a garantia de cobertura fora da área geográfica de abrangência do Programa, notadamente nos casos de urgência e emergência, não serão concedidos atendimentos nos hospitais e serviços de tabela própria constantes do Anexo I que passa a fazer parte do presente Manual.

X - DAS CARÊNCIAS

1. Os serviços previstos neste manual serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia	30 (trinta dias)
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte dias)
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimento e terapias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

2. Os beneficiários do Programa estarão sujeitos às regras de isenção do cumprimento dos períodos de carência para planos de saúde Coletivo por Adesão previstas no contrato firmado entre CABEFE e a Operadora.

XI – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

1. O beneficiário poderá dispor das coberturas asseguradas mediante a apresentação do cartão da Operadora contratada e de documento oficial de identidade.
2. Toda consulta médica que não seja caracterizada como de urgência ou emergência, deverá ter sua data e hora antecipadamente marcadas pelo beneficiário, mediante informação do nome e código de identificação.
3. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, ou médico assistente através da transcrição da guia em formulário próprio expedido pela Operadora contratada. A recomendação da internação deverá conter, pelo menos: nome do paciente, nome do hospital ou da clínica; CRM;

carimbo e assinatura, código do procedimento e eventual cadastro na Operadora de origem.

4. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos exigidos.

5. Os beneficiários obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação em vigor concedido pela Operadora contratada.

6. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente do beneficiário e deverá constar da guia expedida com esta finalidade.

7. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à Operadora contratada a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

8. O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência inferior a 12 (doze) horas em leito hospitalar.

9. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.

10. Trata-se de procedimentos que exigem autorização prévia, dentre outros que podem ser incorporados a essa rotina a critério da Operadora:

- Cirurgias;
- Internações hospitalares;
- Exames na área de medicina nuclear;
- Procedimentos do segmento obstétrico;
- Exames de maior complexidade; especiais eletrocardiografia dinâmica ou Holter, MAPA, ecocardiografia, cineangiocoronariografia, eletroneuromiografia, teste ergométrico, endoscopia, audiometria, ultrassonografia tomografia, ressonância magnética, e litotripsia;
- Terapia Ocupacional;
- Psicoterapia;
- Nutrição;
- Fonoaudiologia;
- Acupuntura;
- Quimioterapia;
- Radioterapia.

11. A solicitação de autorização de atendimento deverá ser executada perante a Operadora contratada e será obrigatoriamente instruída com documentos que justifiquem a concessão dos benefícios, tais como, laudo médico, diagnóstico, resultado de exames complementares, etc.

12. É garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos

de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

13. É garantido ao beneficiário, no caso de situações de divergências médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

XII – DO COMPARTILHAMENTO DE DESPESAS

Haverá compartilhamento das despesas, pelos beneficiários, com desconto na folha de pagamento ou de boleto bancário, quando utilizados os seguintes serviços:

MODALIDADES	LIMITES POR ANO DE CONTRATO (CIVIL) (CONTINUOS OU NÃO)	% COMPARTILHAMENTO
Consulta	Sem limite	30
Consulta Pronto Atendimento	Sem limite	20
Internação	Sem limite	00
Internação Hospitalar Psiquiátrica	30 dias 31 a 60 dias Acima de 61 dias	00 30 50
Atendimento/Acompanhamento em Hospital Dia Psiquiátrico - Para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 109 do anexo ao Rol de Procedimentos da ANS	30 dias 31 a 60 dias Acima de 61 dias	00 30 50
Exames Complementares de Diagnóstico (de acordo com as Diretrizes vigentes do rol de procedimentos da ANS)	Sem Limite	20
Psicoterapia: - com psicólogo por ano civil para o caso de verificação das diretrizes no item 108.1 do anexo ao Rol de Procedimentos da ANS.	Até 18 sessões	50
- com psicoterapeuta por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 105.1 do anexo ao Rol de Procedimentos da ANS.	Até 12 consultas	30
- com psicólogo e ou terapeuta ocupacional por ano de verificação das diretrizes vigentes no item 106.1 do anexo do Rol de Procedimentos da ANS.	Até 40 sessões	50
Fisioterapia: cobertura obrigatória de duas consulta de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente, e consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico, de acordo com as diretrizes vigentes no item 90 do anexo ao Rol de Procedimentos da ANS.	Sem limite sessões	20

Fonoaudiologia: - com fonoaudiólogo por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 104.1 do anexo ao Rol de Procedimentos da ANS.	Até 24 sessões	50
- com fonoaudiólogo por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 104.2 do Anexo de Procedimentos da ANS.	Até 48 sessões	50
- com fonoaudiólogo por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 104.3 do anexo de Procedimentos da ANS.	Até 96 sessões	50
- com fonoaudiólogo por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 104.4 do anexo de Procedimento de ANS.	Até 12 consultas	30
Acupuntura: de acordo com as diretrizes vigentes ao Rol de Procedimentos da ANS.	Sem limite	50
Nutrição: - com nutricionista por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 103.1 do anexo de Procedimento da ANS.	Até 12 consultas	30
- com nutricionista por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 103.2 do anexo de Procedimentos da ANS.	Até 18 sessões	50
- com nutricionista por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigente no item 103.3 do anexo de Procedimento da ANS.	Até 06 consultas	30
Terapeuta Ocupacional: - com terapeuta ocupacional por ano civil para o caso de verificação das diretrizes vigentes no item 107.1 do anexo de Procedimento da ANS.	Até 12 sessões	50
Quimioterapia/Radioterapia: de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos à época do evento.	Sem limite	00

O percentual de desconto em folha, para fazer frente ao compartilhamento das despesas, não poderá ultrapassar 20% do salário bruto do associado. Quando o valor a ser descontado for superior a 20% do salário bruto, o saldo devedor remanescente será corrigido monetariamente pela TR ou por outro índice que vier substituí-la, até o término do parcelamento.

XIII - REEMBOLSO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Será assegurado o reembolso das despesas arcadas pelo beneficiário em casos de urgência e de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela Operadora contratada, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

Será ainda assegurado o acesso à livre escolha, com direito a reembolso, nos casos tratados neste Manual e realizados na área de abrangência do programa de saúde.

Em quaisquer hipóteses, o reembolso será feito tendo por referência a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela Operadora contratada com aplicação dos percentuais devidos, na forma descrita neste Manual, e conforme o caso.

XIV - DO ACESSO À LIVRE ESCOLHA

1. Será assegurado o reembolso dos procedimentos médicos realizados fora da rede credenciada, dentro da área de abrangência do programa de saúde, obedecidos aos percentuais na forma descrita neste Manual, aplicáveis sobre a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela Operadora contratada, em conformidade com o item 12 desse manual.

2. Para fins do recebimento do reembolso em razão do acesso à livre escolha, o associado deverá encaminhar à CABEFE a seguinte documentação:

Consulta Médica:

- Recibo (carimbado e assinado pelo profissional);
- No recibo deve constar para quem o serviço foi prestado.

Atendimento com Profissional Não Médico (Fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, acupunturista);

- Pedido médico ou relatório médico com o CID (preenchido pelo médico solicitante);
- Recibo (carimbado e assinado pelo local ou profissional ou nota fiscal devidamente preenchido e carimbado pelo profissional não médico, informando as datas das sessões realizadas);
- Relatório do profissional executante, informando o tipo de atendimento realizado.
- Para efeito de reembolso os recibos referentes a sessões deverão ser emitidos no prazo máximo de sessenta dias após a realização do procedimento.

Exames:

- Pedido médico;
- Nota fiscal (informando o valor de cada exame).

Internação ou Despesas Ambulatoriais (urgência/emergência ou não):

- Relatório médico (declaração médica informando o quadro clínico do paciente com CID e justificativa para a realização de determinado(s) atendimento(s));
- Período de permanência no local;
- Recibo (carimbado e assinado pelo local ou profissional ou Nota fiscal);
- Conta hospitalar detalhada, discriminando procedimentos, materiais, medicamentos consumidos com preço por unidade;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnóstico e serviços auxiliares, acompanhado do pedido médico;
- Recibos individualizados (carimbado e assinado pelo local ou profissional) de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem.

Honorário Médico:

- Recibo (carimbado e assinado pelo local ou profissional) ou Nota fiscal individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, identificando o profissional (nome, CPF, número do conselho profissional), discriminando as funções e o evento a que se referem.

3. O reembolso ao associado será limitado à aplicação dos percentuais descritos no item XII deste Manual sobre os valores da tabela de referência praticada pela Operadora contratada.

4. Eventuais valores de compartilhamentos devidos em razão do procedimento realizado serão abatidos do valor a ser reembolsado.

5. O associado deverá encaminhar à CABEFE, o documento comprobatório dos serviços prestados, acompanhados da ficha de REGISTRO MENSAL REEMBOLSA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES, em duas vias, sem rasuras, devidamente assinadas.

6. O prazo para retorno reembolso glosado é de 60 dias (sessenta), contados a partir da data da glosa.

XV - ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO MÉDICO DA UNIDADE CENTRAL:

1. Não obstante o acesso aos serviços por meio do Programa Privado de Assistência à Saúde contratado pela CABEFE, é ainda disponibilizado aos usuários abaixo atendimento no ambulatório médico da Unidade Central, situado Av. Raja Gabaglia 1626, Bairro Gutierrez, Belo Horizonte, Minas Gerais, nas condições adiante descritas:

- a) Associados e seus dependentes legais inscritos na CABEFE;
- b) Empregados da EMATER-MG não associados da CABEFE;
- c) Associados da AMAER (titular), desde que tenham sido associados à CABEFE por um período mínimo não inferior a sessenta meses, antes de se desligar da EMATER.
- d) Outros usuários autorizados (pai, mãe, filhos solteiros e cônjuges).

XVI - CONVÊNIOS COM DESCONTOS:

A CABEFE firmará convênios que assegurem descontos especiais para o participante do Programa e seus dependentes sobre os preços de serviços prestados por profissionais e instituições nas áreas de odontologia e com farmácias para descontos sobre preços de medicamentos. Neste tipo de convênio, o participante do programa não terá direito a reembolso.

XVII - PENALIDADES

O participante será penalizado em casos de fraude ou tentativa de fraude de qualquer item dessas Normas, por qualquer meio ou forma contra o Programa de Saúde ou por utilizar procedimentos não idôneos para a obtenção de benefícios.

Dependendo da infração cometida, o participante infrator poderá ser penalizado com:

- 1 – advertência por escrito e reposição imediata do valor do benefício auferido de maneira irregular, acrescido de multa de 20% e correção monetária;
- 2 - suspensão do direito ao recebimento de qualquer benefício, por um período de até 12 meses, na primeira reincidência.
- 3 – exclusão do Programa de Saúde, na segunda reincidência.

XIX - ADMINISTRAÇÃO E SUPERVISÃO

A administração do programa de Assistência à Saúde será realizada pela Diretoria da CABEFE, com apoio de representantes das unidades regionais, de sua confiança, e por ela nomeados.

A supervisão ao Programa de Saúde será realizada pelo Conselho Deliberativo.

XX – DISPOSIÇÕES FINAIS

1. Não haverá a aplicação da cobertura parcial temporária no caso das doenças e lesões preexistentes.
2. Para fins deste Manual, e segundo condições vigentes, deve-se conceber por Operadora contratada a Unimed BH Cooperativa de Serviços Médicos.
3. Os associados se obrigam a conhecer as regras e condições deste Manual.
4. Os casos omissos, não tratados neste Manual, serão resolvidos pela Diretoria da CABEFE.

Belo Horizonte, 28 de novembro de 2017

ANEXO I

Unimed Contratante	Nome Fantasia	Município	UF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL NOVE DE JULHO	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HCOR HOSPITAL DO CORACAO	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SOC BENEF DE SENH HOSPITAL SIRIO LIBANES	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SANTO AMARO SALVADOR	Salvador	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROBABY	Salvador	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL ALIANCA	Salvador	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL INFANTIL SABARA	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SAO CAMILO POMPEIA	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	REDE DOR SAO LUIZ UNIDADE SANTA LUZIA REDE DOR SAO LUIZ HOSPITAL DO CORACAO	Brasília	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DO	Brasília	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SANTA CATARINA	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL BRASILIA	Brasília	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL CRUZ AZUL	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SAMARITANO DE SAO PAULO	São Paulo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SOKIDS	Lauro de Freitas São Bernardo do	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL ASSUNCAO	Campo	SP
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	Santo André	SP
UNIMED RIO	DH - DAY HOSPITAL	Rio de Janeiro	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL PASTEUR ESHO	Rio de Janeiro	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL PRO CARDIACO	Rio de Janeiro	RJ
UNIMED RIO	QUINTA D OR	Rio de Janeiro	RJ
UNIMED LESTE FLUMINENSE	IMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA.	Niterói	RJ
UNIMED PORTO ALEGRE	HOSPITAL MAE DE DEUS	Porto Alegre	RS
UNIMED PORTO ALEGRE	HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS