



REGULAMENTO CMB SAÚDE SUPLEMENTAR

Consoante aprovado na 201ª Reunião do Conselho de Administração, da Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas, realizada no dia 24 de junho de 2021, fica instituída a Rede de retaguarda em atendimentos, exclusivamente de urgência e emergência, para beneficiários em trânsito das operadoras Filantrópicas, sem fins lucrativos - associadas a CMB ora denominado como CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, que se regerá conforme as seguintes cláusulas e condições:

I- DO OBJETO

- 1.1 A CMB SAÚDE SUPLEMENTAR é constituída com o objetivo de oferecer suporte de retaguarda assistencial em atendimentos de urgência e emergência às operadoras filantrópicas e/ou sem fins lucrativos associadas à CMB, para atendimento eventual – não continuado - dos beneficiários das operadoras aderentes, nos eventos que estes porventura demandarem quando estiverem em trânsito em locais situados fora da área de cobertura assistencial delimitada nos respectivos planos.
- 1.2 A rede de prestadores de serviços da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR é composta por Santas Casas e Hospitais Filantrópicos associados às federações que compõem a CMB, além de prestadores de serviços médico-hospitalares das operadoras filantrópicas e/ou sem fins lucrativos associadas à CMB, que sejam expressamente indicados por estas, sendo somente permitida a indicação de um hospital por operadora.
- 1.3 O alcance dos serviços da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR ficará adstrito às localidades atendidas pelos prestadores indicados na forma do subitem supra.
- 1.4 A disponibilização, por parte de cada Operadora, do atendimento de urgência e/ou emergência pela CMB SAÚDE SUPLEMENTAR a seus beneficiários, por ser operacionalizado no âmbito dos serviços associativos ofertados a suas associadas pela CMB, não integra a natureza do produto de Saúde contratado, sendo relação unicamente acessória entre a operadora e seus beneficiários, na forma dos respectivos contratos e regulamentos, sem alargamento de sua abrangência geográfica e área de atuação.
- 1.5 A listagem de operadoras e hospitais, que aderirem a CMB SAÚDE SUPLEMENTAR será disponibilizada pela CMB especificamente para os atendimentos eventuais de urgência e emergência de beneficiários em trânsito, razão pela qual não integrarão a rede de prestadores vinculados aos produtos registrados por cada operadora junto à ANS.
- 1.6 Não constitui objetivo da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR a oferta de prestadores para atendimento continuado dos beneficiários das operadoras, por meio de intercâmbio, convênio de reciprocidade ou outra



qualquer outra modalidade; não se aplicando, à hipótese, as regras da Resolução Normativa RN/ANS 430.

- 1.7 Inicialmente, a rede de atendimento será formada exclusivamente por Operadoras filantrópicas e/ou sem fins lucrativos associadas à CMB, por meio dos hospitais, próprios ou sem fins lucrativos, desde que sejam expressamente por estas indicados. Uma vez formada e em funcionamento, a Rede será expandida para que as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos associados às federações que compõem a CMB (hospitais sem Operadoras), ingressem, como prestadores de serviços na CMB SAÚDE SUPLEMENTAR.

II – DOS PARTICIPANTES E DENOMINAÇÕES

- 2.1 Para fins do disposto nesse regulamento, entende-se por:
- 2.1.1 CMB: entidade associativa representante da categoria econômica das Santas Casas de Misericórdia Hospitais e Entidades filantrópicas, em âmbito nacional, a qual se encontram associadas as operadoras filantrópicas / sem fins lucrativos integrantes do sistema;
 - 2.1.2 Beneficiário em Trânsito: beneficiário de operadora associada à CMB e integrante da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR que esteja transitando em locais fora da área de cobertura assistencial prevista em seu contrato;
 - 2.1.3 Operadora de origem: operadora associada à CMB e integrante da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, à qual se encontre vinculada o beneficiário que esteja em trânsito;
 - 2.1.4 Operadora Prestadora: operadoras filantrópicas, sem fins lucrativos - associadas à CMB e integrante da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR que disponibiliza atendimento ao beneficiário da operadora de origem, que esteja em trânsito e necessite de atendimento;
 - 2.1.5 Hospital: Santas Casas e Hospitais Filantrópicos associados às federações que compõe a CMB, prestadores de serviços médico-hospitalares;
 - 2.1.6 Atendimento de emergência: os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente (art. 35-C, II, da Lei nº 9656/98), classificado mediante avaliação médica/serviço de acolhimento, no hospital componente desta rede, mediante procura pelo beneficiário;
 - 2.1.7 Atendimento de urgência: são os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional (Art. 35-C, II, da Lei nº 9656/98), classificado mediante avaliação médica/serviço de acolhimento, no hospital componente desta rede, mediante procura pelo beneficiário;



III – DA PARTICIPAÇÃO

3.1 Para integrar a CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, a operadora interessada deverá cumprir os seguintes requisitos:

- 3.1.1 Ter registro ativo na ANS;
 - 3.1.2 Compor o quadro social da CMB e estar em dia com as obrigações estatutárias;
 - 3.1.3 Consentir com o presente regulamento, por meio de Termo de Adesão, acatando e cumprindo todas as cláusulas aqui dispostas;
- 3.2 Para integrar a CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, o Hospital deverá cumprir os seguintes requisitos:
- 3.2.1 Compor o quadro social da CMB, ou das Federações a ela associadas, e estar em dia com as obrigações estatutárias;
 - 3.2.2 Consentir com o presente regulamento, por meio de Termo de Adesão, acatando e cumprindo todas as cláusulas aqui dispostas.

IV – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

4.1 Cabe à CMB:

- 4.1.1 A coordenação geral da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, com ampla divulgação de todas as suas normas regulamentares e respectivas alterações às operadoras e hospitais dele integrantes;
- 4.1.2 A edição e alteração das normas regulamentares, após deliberação de comitê que venha a ser constituído para tal propósito;
- 4.1.3 Manter o arquivo atualizado com todas as informações administrativas e os dados dos prestadores indicados para atendimento da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR;
- 4.1.4 A disponibilização em seu sítio eletrônico da lista atualizada das operadoras e hospitais que aderirem a CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, servindo este apenas como referencial de pesquisa para os beneficiários, cabendo às OPERADORAS a orientação sobre as formas e condições de atendimento aos seus beneficiários;
- 4.1.5 Manter atualizadas as informações da Rede de Retaguarda em Atendimento de Urgência e Emergência, divulgando em seu site a totalidade da rede, todos os pontos de atendimento, e as Operadoras e hospitais filiados;
- 4.1.6 Manter plataforma tecnológica disponível para verificação de elegibilidade entre todas as OPERADORAS e HOSPITAIS participantes.



4.2 A CMB não se responsabiliza pela indicação da rede assistencial responsável pelo atendimento hospitalar em trânsito, ficando livre de quaisquer obrigações e responsabilidades solidárias ou subsidiárias.

4.3 A CMB não se responsabiliza pelo pagamento de atendimento de beneficiários, possuindo apenas o papel institucional e organizacional da rede de retaguarda em atendimento de urgência e emergência.

4.4 Caberá às Operadoras integrantes da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR:

4.4.1 Respeitar o Estatuto da CMB, o Regimento Interno do Departamento de Saúde Suplementar e o presente Regulamento;

4.4.2 A indicação de, pelo menos, um prestador de serviços, podendo este ser da sua rede própria, admitindo-se a indicação de prestador de sua rede credenciada, sendo de sua total responsabilidade o gerenciamento e controle, propiciando a realização dos procedimentos na forma do regulamento;

4.4.3 Atender ao beneficiário da OPERADORA DE ORIGEM, integrante da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR e remunerar o atendimento de acordo com o disposto na Cláusula VI do presente instrumento;

4.4.4 Permitir acesso às informações, auditorias e outras mais que se fizerem necessárias à OPERADORA DE ORIGEM, quando do atendimento ao seu beneficiário em trânsito;

4.4.5 Fornecer as devidas autorizações para o acesso e atendimento de seu beneficiário pela OPERADORA PRESTADORA, exclusivamente para urgência e emergência;

4.4.6 Manter sempre atualizadas junto à CMB todas as informações administrativas, bem como os dados do prestador indicado para atendimento da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR;

4.4.7 Manter o canal de orientação da OPERADORA, de acordo com o que dispõe o artigo 7º da Resolução nº 395/2016 da ANS, não podendo atribuir os contatos da CMB para tal finalidade;

4.4.8 Orientar os locais indicados para atendimento da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR aos seus Beneficiários, identificando sua integração ao sistema no Cartão de Identificação do beneficiário;

4.4.9 Requisitar autorização junto a Operadora de Origem integrantes da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, nos termos e prazos definidos no regulamento, assim como enviar todos os documentos para providências de pagamento;

4.4.10 Responder por todos os danos causados à CMB ou a outras operadoras, ou a hospitais, por ocasião do descumprimento do presente regulamento, CMB SAÚDE SUPLEMENTAR;

4.4.11 O treinamento e a reciclagem dos seus colaboradores, com intuito de minimizar prejuízos a CMB SAÚDE SUPLEMENTAR e as outras



- operadoras, evitando, com isso, negativas injustificadas de coberturas assistenciais;
- 4.4.12A comunicação aos seus beneficiários das alterações sobre o funcionamento e regras da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, bem como da rede assistencial e abrangência;
- 4.4.13 Registrar todas as guias referentes aos atendimentos realizados de acordo com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de acordo com o padrão TISS.
- 4.4.14 Usar a plataforma tecnológica da CMB para registrar a elegibilidade do atendimento, garantindo a disponibilidade de informações atualizadas para serem verificadas e autenticadas.
- 4.5 Caberá aos hospitais integrantes da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR:
- 4.5.1 Respeitar o Estatuto da CMB e o presente Regulamento;
- 4.5.2 Atender ao beneficiário das OPERADORAS integrante da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR e ser remunerado pelo atendimento de acordo com as condições aqui estabelecidas;
- 4.5.3 Permitir acesso às informações, auditorias e outras mais que se fizerem necessárias à OPERADORA DE ORIGEM, quando do atendimento ao seu beneficiário em trânsito;
- 4.5.4 Manter sempre atualizadas junto à CMB todas as informações administrativas para atendimento da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR;
- 4.5.5 A requisição de autorização junto às demais operadoras integrantes da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, nos termos e prazos definidos no regulamento, assim como o envio de todos os documentos para providências de pagamento;
- 4.5.6 Responder por todos os danos causados à CMB ou a outras operadoras quer seja na rede própria, quer seja na rede indicada, por ocasião da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR;
- 4.5.7 O treinamento e a reciclagem dos seus colaboradores, com intuito de minimizar prejuízos a CMB SAÚDE SUPLEMENTAR e as outras operadoras, evitando, com isso, negativas injustificadas de coberturas assistenciais;
- 4.5.8 Registrar todas as guias referentes aos atendimentos realizados de acordo com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 4.5.9 Usar a plataforma tecnológica da CMB para registrar a elegibilidade do atendimento, garantindo a disponibilidade de informações atualizadas para serem verificadas e autenticadas.



V – DA UTILIZAÇÃO

5.1. - Somente serão atendidos os beneficiários, de atendimento hospitalar em trânsito, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- 5.1.1 Cartão de identificação do beneficiário da Operadora de Origem, seja ele digital ou físico;
- 5.1.2 Documento exigido no Cartão para identificar o beneficiário, ou na ausência deste, o documento de identidade; e
- 5.1.3 No caso de um beneficiário menor de idade devem ser apresentados a certidão de nascimento e/ou o RG e/ou o CPF da criança ou do jovem; e o RG, CPF da pessoa responsável por ele.

5.2 Caberá ao estabelecimento hospitalar, indicado pela OPERADORA PRESTADORA ou aquele associado ao sistema, ao atender o beneficiário, a responsabilidade por sua correta identificação e verificação da lista de operadoras integrantes da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR nos canais de informação disponibilizados pela CMB.

- 5.2.1 A autorização do atendimento deverá ser emitida pela Operadora de ORIGEM diretamente à Operadora PRESTADORA ou HOSPITAL, em até 24 horas depois de solicitado.
- 5.2.2 Caso não exista atendimento 24 (vinte e quatro) horas na OPERADORA DE ORIGEM e o atendimento ocorrer no período noturno, em fins de semana ou feriados, os procedimentos necessários poderão ser realizados sem a autorização prévia, devendo a OPERADORA DE ORIGEM ser contatada no primeiro dia útil após o atendimento
- 5.2.3 Os beneficiários portadores dos documentos citados nos itens 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3. serão atendidos, ficando a responsabilidade pelo pagamento do atendimento por conta da OPERADORA DE ORIGEM, mesmo que se após for identificado que tenha ocorrido eventual desligamento do respectivo beneficiário da OPERADORA DE ORIGEM, desde que a OPERADORA PRESTADORA / HOSPITAL faça o contato conforme prevê o item 5.2.1. e 5.2.2.
- 5.2.4 Operadora de Origem será responsável pelo primeiro atendimento, se isentando das demais despesas ocorridas após a informação de que o beneficiário foi desligado da Operadora.

5.3 Está compreendido na CMB SAÚDE SUPLEMENTAR:

- 5.3.1 atendimentos de urgência e/ou emergência e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) necessários, devidamente fundamentados pelo médico assistente; e



- 5.3.2 Internações clínicas ou cirúrgicas, quando houver indicações de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis, configurando ainda o quadro de urgência e/ou emergência.
- 5.4 No caso de necessidade de Internação e/ou serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) de alta complexidade, conforme definição prevista na classificação do Rol de Procedimentos disciplinado pela ANS, caberá a OPERADORA PRESTADORA ou HOSPITAL a requisição de autorização junto a OPERADORA DE ORIGEM.
- 5.4.1 Caso não exista atendimento 24 (vinte e quatro) horas na OPERADORA DE ORIGEM e o atendimento ocorrer no período noturno, em fins de semana ou feriados, os procedimentos necessários poderão ser realizados sem a autorização prévia, devendo a OPERADORA DE ORIGEM ser contatada no primeiro dia útil após o atendimento.
- 5.5 A responsabilidade da OPERADORA PRESTADORA, no âmbito da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, cessa após a finalização dos atendimentos classificados como urgência e/ou emergência.
- 5.6 Caso o atendimento de urgência e/ou emergência evolua para internação, após atendido o quadro de urgência e/ou emergência caberá à OPERADORA DE ORIGEM pactuar diretamente com a OPERADORA PRESTADORA as condições para a continuidade de sua assistência, inclusive de ordem financeira.
- 5.7 Será de responsabilidade da OPERADORA DE ORIGEM providenciar a remoção de seu beneficiário para outro prestador nas seguintes hipóteses:
- a) Quando, havendo necessidade de internação após a conclusão do atendimento de urgência e emergência, optar por transferir seu beneficiário para outro serviço hospitalar;
 - b) Quando ficar caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.
- 5.8 Quando o atendimento de urgência e emergência for prestado aos beneficiários de plano ambulatorial ou que estejam cumprindo prazo de carência para internação hospitalar, serão observadas as regras previstas na Resolução CONSU nº 13, obrigando-se a OPERADORA DE ORIGEM pela respectiva remoção, quando esta for possível.
- 5.9 Quando da alta médica do paciente, a OPERADORA PRESTADORA ou HOSPITAL deverá orienta-lo e encaminhá-lo à OPERADORA DE ORIGEM, para continuidade do tratamento, com o relatório médico completo e exames complementares realizados.



VI- DO PROCESSO DE COBRANÇA DOS ATENDIMENTOS

6.1. – Pelos atendimentos prestados em função do atendimento pela CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, a OPERADORA DE ORIGEM pagará, diretamente, ao Hospital indicado pela OPERADORA PRESTADORA ou ao HOSPITAL sem fins lucrativos Filantrópicos - associados às Federações/CMB os serviços, conforme tabela abaixo:

6.1.1. Custo dos serviços prestados, que equivale ao valor praticado aos seus próprios beneficiários, mais uma taxa de 10%.

6.2 Realizado ao atendimento, o pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após a apresentação da fatura, desde que estejam acompanhadas dos respectivos documentos:

6.2.1. Relatório descritivo do atendimento;

6.2.2. Guias de encaminhamento contendo a assinatura do beneficiário, assinatura e carimbo do profissional que prestou os serviços e data de atendimento;

6.2.3. Enviar uma fatura com a discriminação analítica dos serviços prestados e de todos os insumos – inclusive órteses, próteses, materiais especiais e medicamentos - utilizados durante o atendimento;

6.2.4. Considerando que a rede ora constituída não induz à corresponsabilidade prevista no art. 5º da RN/ANS 430, a OPERADORA DE ORIGEM fará o pagamento devido diretamente ao hospital filantrópico filiado às Federações (prestador do atendimento) ou ao Hospital indicado pela Operadora - Prestadora do Serviço, não incidindo, para esta última, a regra de contabilização do art. 17 daquela resolução normativa;

6.2.5. Notas Fiscais e boletos bancários e/ou dados bancários para depósito.

6.3 Caso ocorra qualquer divergência quanto às contas apresentadas, a OPERADORA PRESTADORA ou HOSPITAL assumirá as negociações para solução da divergência.

6.4 Na ocorrência de qualquer impasse envolvendo atendimento realizado na CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, as operadoras envolvidas e/ou hospitais devem procurar a CMB para solucionar a questão de forma amigável, convocando-se um Comitê, a ser composto por 3 membros das Operadoras e 3 membros dos



Hospitais (excluído os envolvidos), além de 3 membros da Diretoria da CMB, para dirimir a questão.

6.5 Após a análise das manifestações e documentos apresentados pelas partes envolvidas, o Comitê convocará as partes para uma tentativa de conciliação, no prazo de 05 (cinco) dias. Caso esta etapa não resulte acordo, poderão as partes concordar com a contratação de uma empresa de auditoria médica independente, para analisar as contas, no prazo de 15 (quinze) dias, sob ônus financeiro da parte que for considerada incorreta, ficando desde já acordado que o referido parecer da auditoria independente será aceito pelas partes.

6.8 Caso não haja consenso no arbitramento da divergência, na forma do subitem supra, a solução do litígio será remetida às vias judiciais ordinárias, sem prejuízo da penalização da Operadora e/ou Hospital, quando o fato evidenciar descumprimento às disposições deste Regulamento.

VII- PENALIDADES

7.1 A Operadora e/ou Hospital que descumprir qualquer cláusula deste Regulamento estará sujeita às seguintes penalidades, aplicadas gradativamente, independentemente das medidas judiciais cabíveis, a saber:

7.1.1 Advertência escrita;

7.1.2 Suspensão temporária da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR;

7.1.3 Exclusão da CMB SAÚDE SUPLEMENTAR

VIII - DOS DESLIGAMENTOS DO SISTEMA CMB-REDE

8.1 Em caso de pedido de desligamento voluntário, a OPERADORA e/ou HOSPITAL deverá fazê-lo por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

IX - VIGÊNCIA

9.1 O presente Regulamento terá como período de duração prazo indeterminado.

X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), operadoras filantrópicas, sem fins lucrativos - associadas a CMB integrantes ficam autorizadas por seus proponentes, a encaminhar as informações cadastrais e de saúde à operadora prestadora, sem que isso implique em violação de sigilo ensejado a qualquer direito de indenização.



10.2 É de total responsabilidade das operadoras filantrópicas, sem fins lucrativos - associadas a CMB - a SEGURANÇA NO TRATAMENTO DOS DADOS: tendo em conta as técnicas mais avançadas, os custos de aplicação e a natureza, o âmbito, o contexto e as finalidades do tratamento, bem como os riscos, de probabilidade e gravidade variável, para os direitos e liberdades das pessoas singulares, aplicando as medidas técnicas e organizativas adequadas para assegurar um nível de segurança adequado ao risco.

10.3 É de responsabilidade das operadoras integrantes conservar os dados dos atendimentos prestados pela CMB SAÚDE SUPLEMENTAR pelos prazos necessários a dar cumprimento às obrigações legais e contábeis.

10.4 Caso ocorram situações não tratadas pelo presente instrumento, e/ou havendo a necessidade de alguma mudança em condições previstas neste regulamento, será constituído um Comitê para a respectiva deliberação, composto de composição paritária entre Operadoras, Hospitais e pela Diretoria da CMB, ficando sob responsabilidade desta a oportuna divulgação das alterações para toda a rede.

10.5 Na necessidade de reformulação na CMB SAÚDE SUPLEMENTAR, a CMB convocará um Comitê representativo do segmento filantrópico (hospitais e operadoras), para as devidas reformulações de forma colegiada, sendo, posteriormente, submetidas a aprovação da CMB.

XI - DO FORO

11.1 Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do contrato, as partes elegem o foro da comarca de Brasília/DF.