

Portal de Transparência de Cobertura Assistencial: O que você precisa saber.

Queremos que você sinta **total confiança nas análises de cobertura da Unimed Fortaleza**. Entender as regras que regem seu plano é o primeiro passo para garantir a tranquilidade que você merece.

Toda nossa decisão de cobertura, inclusive em casos de negativa, é baseada em leis federais, nas normas do órgão regulador e no seu contrato.

Para que seu plano funcione com segurança e justiça, ele é regulamentado por instituições e leis específicas:

- **O Marco Legal**

A [Lei n.º 9.656](#), de 1998, é o marco histórico que regulamentou os planos de saúde no Brasil. Esta lei estabeleceu as bases do setor, definindo seus direitos e deveres em âmbito nacional.

- **O Papel da ANS**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 ([Lei n.º 9.961/2000](#)), é a autarquia do governo responsável por fiscalizar o setor e traduzir as leis em regras detalhadas.

A missão da ANS é:

- **Normatizar e Controlar:** Criar as normas de aplicação prática (como as Resoluções Normativas - RNs) que as operadoras devem seguir.
- **Fiscalizar:** Garantir que todos os planos cumpram a lei.

Em resumo, a ANS é o órgão que assegura a legalidade e a qualidade do serviço prestado a você.

As principais leis que sustentam o seu direito à saúde suplementar são:

- [Lei n.º 9.656, de 1998](#): A Lei dos Planos de Saúde, que define as coberturas mínimas, as regras de carência e a segmentação do seu plano.

- [Lei n.º 9.961, de 2000](#): A lei que criou a ANS e estabeleceu sua finalidade de regulamentar o setor.
- [Decreto n.º 3.327, de 2000](#): Normativa que aprova o regulamento de funcionamento da ANS.

Nossa Garantia: Toda análise de cobertura da Unimed Fortaleza respeita integralmente estas leis e as regras detalhadas pela ANS.

Entenda a Base Legal e Técnica de Nossas Decisões

Recebeu uma negativa e quer entender melhor o motivo?

Estamos aqui para trazer clareza. Nesta página, você encontra explicações simples e transparentes sobre os critérios técnicos e as regras que orientam as análises de cobertura do seu plano.

Você pode pedir reanálise (Recurso)

Se não concordar com a negativa ou tiver novos documentos médicos, é possível solicitar uma reavaliação do seu pedido pela nossa Ouvidoria. Sua solicitação será analisada com atenção.

Nosso compromisso com você

Todas as análises realizadas pela Unimed Fortaleza seguem rigorosamente o que está previsto no seu contrato, especialmente em relação às COBERTURAS, EXCLUSÕES e MECANISMOS DE REGULAÇÃO, além das normas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Como consultar os temas

Para facilitar a navegação, organizamos os assuntos por tema.

Clique no ícone ao lado do título desejado para visualizar a explicação detalhada, com os fundamentos técnicos e a legislação aplicável a cada situação.

PROCEDIMENTO FORA DO ROL DA ANS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista de referência (atualmente disposto na [RN n.º 465/2021](#)) que define o conjunto mínimo de coberturas que o seu plano tem a obrigação legal de oferecer.

Por que esta lista é crucial para você?

O Rol existe para equilibrar a segurança e a sustentabilidade de todo o sistema. Sem essa lista de referência, dois problemas graves ocorreriam:

1. **Risco à Segurança e Fraude:** Se qualquer procedimento pudesse ser solicitado, haveria o risco de aprovação de tratamentos com baixa ou nenhuma comprovação científica, procedimentos experimentais ou até fraudes. A lista garante que o tratamento oferecido tenha sido submetido a rigorosa análise técnica pela ANS.
2. **Risco de Falência do Sistema:** A saúde suplementar funciona em um sistema mutualista, onde todos os beneficiários contribuem para cobrir o custo de todos. Se não houvesse previsibilidade de custos garantida por uma lista (o Rol), os planos poderiam quebrar financeiramente (**falir**), deixando milhões de clientes sem assistência.

O Processo e a Atualização Contínua

A ANS atualiza essa lista periodicamente, e esse processo é transparente e democrático. Ele conta com:

- **Evidências Científicas:** A inclusão de novos itens é baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.
- **Debate Público:** Há longas rodadas de debates com autoridades, especialistas e cidadãos, garantindo que o Rol acompanhe os avanços da medicina.

A Regra da Negativa e a Lei

- **Fundamento:** Se o procedimento solicitado pelo seu médico não constar na listagem do [Anexo I do Rol](#) vigente, a Unimed Fortaleza **não tem a obrigação legal de cobri-lo**.
- **Contrato e Lei:** Nos planos regulamentados (posteriores a 1999), a cobertura se limita aos itens do Rol, condição que foi acatada na contratação do seu plano.

Urgência e Emergência

Atenção: A regra do Rol se aplica mesmo em casos de urgência e emergência. Conforme a [Lei n.º 9.656/98 \(Art. 35-C\)](#), a exclusão por Rol é mantida, pois o seu plano, por lei, só tem a obrigação de cobrir aquilo que está listado.

Hierarquia das Regras: Rol e DUT

Importante: A simples presença do procedimento no Rol ([Anexo I](#)) não garante a cobertura total! Você precisa, adicionalmente, cumprir as Diretrizes de Utilização (DUT), que são os critérios técnicos dispostos no [Anexo II](#) (ver tópico 3).

A Unimed Fortaleza, ao negar um item fora do Rol, está protegendo a saúde financeira do seu plano e garantindo a segurança de que os procedimentos cobertos são baseados em ciência.

Diretriz de Utilização (DUT) Não Atendida

A simples presença de um procedimento no Rol da ANS ([Anexo I](#)) não é suficiente para a cobertura. Para garantir que o tratamento seja o mais **eficaz** e **seguro** para a condição do paciente, a ANS define "regras de uso" adicionais.

- **O que é:** A Diretriz de Utilização (DUT) é um conjunto de critérios técnicos e clínicos (baseados em evidências científicas) que devem ser **integralmente** preenchidos para que a cobertura seja obrigatória. As DUTs estão detalhadas no [Anexo II](#) da [RN n.º 465/2021](#).
- **O Objetivo:** A DUT é um **Mecanismo de Regulação** que assegura que o procedimento só será autorizado quando houver evidência de que ele trará o melhor resultado clínico para o paciente.

Exemplo Prático e Localização da Regra

Se um procedimento no Anexo I indicar "COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO" (ou "DUT N.º XXX"), você pode consultar o [Anexo II](#) da [RN n.º 465/2021](#) para ver a regra específica.

Vejamos o exemplo da **Mamografia Digital (DUT N.º 52)**: A Diretriz 52, listada no Anexo II, estabelece que a Cobertura do procedimento é obrigatória para mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos.

A negativa ocorre se: A paciente que solicita o exame estiver fora da faixa etária de 40 a 69 anos. Neste caso, a operadora não é obrigada a cobrir, pois o critério legal da DUT não foi atendido, respeitando o que a ANS e o contrato regulamentado estabelecem.

Em resumo: A negativa por DUT indica que, após análise técnica, o procedimento solicitado não atendeu a Diretriz de Utilização prevista no [Anexo II](#) da [Resolução Normativa n.º 465/2021](#).

O que fazer agora? Se você receber uma negativa por DUT, a única forma de reanálise é apresentar novos documentos (relatórios médicos detalhados, exames) que **comprovem, inequivocamente, o atendimento a todos os requisitos clínicos** da DUT indicada.

Carência Não Cumprida

A **carência** é o período corrido e ininterrupto de espera durante o qual você paga a mensalidade, mas o acesso a determinadas coberturas ainda não está liberado ([Lei n.º 9.656/98](#)).

- **Fundamento:** A carência é a principal ferramenta legal para garantir o equilíbrio financeiro e a subsistência do sistema de saúde suplementar (mutualismo).
- **A Racionalidade:** Sem a carência, haveria um alto risco de seleção adversa, onde beneficiários com doenças já diagnosticadas adeririam ao plano apenas para custear tratamentos de alto custo e sairiam em seguida. Esse comportamento inviabilizaria o pagamento dos serviços para todos os demais clientes, resultando em mensalidades impraticáveis.
- **Seu Aceite:** Ao assinar o contrato, você acatou os períodos de carência, reconhecendo o valor dessa regra para a solidez do plano.

Prazos e Regras Legais

A [Lei n.º 9.656/98](#) fixa os prazos máximos que seu plano deve observar:

Prazo Máximo Legal para aplicação

24 horas	Urgência e Emergência.
300 dias	Parto a termo.
180 dias	Demais procedimentos (Consultas, exames, internações, etc.).

Em resumo: A negativa por carência indica que, embora o atendimento seja necessário, o prazo contratual de espera, legalmente previsto para o grupo de procedimentos solicitado, ainda não foi concluído.

Atendimento de urgência e emergência durante o período de carência

Existe carência para atendimento de urgência e emergência no plano de saúde?

Sim. Conforme a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o prazo máximo de carência para atendimentos de urgência e emergência é de 24 horas a partir do início da vigência do contrato.

Após esse período de 24 horas, o beneficiário já possui direito ao atendimento de urgência e emergência, ainda que esteja cumprindo outras carências contratuais.

Nos casos em que o beneficiário ainda esteja em período de carência para internações ou procedimentos hospitalares, a Resolução CONSU nº 13/1998 determina que o plano deve garantir o atendimento inicial para preservação da vida, órgãos e funções.

E se o atendimento de urgência ou emergência evoluir para internação durante a carência?

Quando o atendimento ocorrer durante o período de carência para internação, a cobertura seguirá as regras da Resolução CONSU nº 13/1998:

- Após 24 horas da vigência do contrato, é garantido o atendimento de urgência e emergência.
- Nos planos com **cobertura ambulatorial ou quando ainda há carência para internação**, a cobertura é garantida nas **primeiras 12 horas de atendimento, ou por período menor, caso haja necessidade de internação ou de procedimentos exclusivos hospitalares.**
- Se houver necessidade de continuidade do tratamento com internação e o beneficiário ainda estiver em carência para essa cobertura, a operadora deve assegurar o atendimento inicial e, quando indicado pelo médico assistente, **realizar a remoção para unidade do SUS** ou outra alternativa prevista na regulamentação.

Quando já cumpridas as carências contratuais para internação, o atendimento de urgência e emergência que evoluir para internação terá cobertura integral até a alta, conforme a segmentação contratada.

Quando já cumpridas as carências contratuais para internação, o atendimento de urgência e emergência que evoluir para internação terá cobertura integral até a alta, conforme a segmentação contratada.

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

A Cobertura Parcial Temporária é um período de tempo no qual uma operadora de planos de saúde não é obrigada a **assumir determinados serviços considerados mais complexos**, que estejam associados a condições ou a lesões do beneficiário, preexistentes à assinatura do contrato.

Conforme a [resolução normativa nº 558](#), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece um prazo máximo de 24 meses a partir da data de adesão ao plano ou de celebração do acordo para que o usuário possa ter acesso total a todas as coberturas contratadas.

O principal objetivo da Cobertura Parcial Temporária é garantir que a operadora tenha total **ciência das condições de saúde do cliente**, incluindo questões que sejam anteriores à assinatura do plano.

Ao escolher um plano de saúde e assiná-lo, o beneficiário faz o preenchimento de uma declaração em que indica se possui uma ou mais condições presentes na declaração de saúde, que é regulamentada pela ANS.

Nos casos em que apresentar alguma das patologias, o beneficiário terá a cobertura integral do plano contratado **após o período de tempo acordado**.

Em resumo: a ANS considera que as operadoras podem suspender por até 24 meses a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e cirurgias necessárias em função de doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário no momento da contratação.

- **Fundamento Legal:** O Art. 2º da [RN 558/2022](#) define a CPT como aquela que "admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses... a suspensão da cobertura..."

CPT vs. Carência: Qual a Diferença?

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é uma restrição temporária e **NÃO deve ser confundida com carência**. A CPT se aplica **apenas** quando há **Doença ou Lesão Preexistente (DLP)**, ou seja, uma condição de saúde que o beneficiário sabia ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

A CPT está prevista no Art. 11 da [Lei nº 9.656/98](#) e regulamentada pela [Resolução Normativa ANS nº 558/2022](#).

O que é Declaração de Saúde?

A Declaração de Saúde é o formulário, composto por perguntas, a ser preenchido pelo beneficiário no momento da contratação e/ou durante o processo de inclusão de um dependente.

A operadora institui a CPT com base na **Declaração de Saúde (DS)** preenchida no momento da contratação.

O que ocorre se uma doença preexistente não for informada?

Um beneficiário que não informar ser portador de doenças ou lesões preexistentes pode sofrer consequências, que variam de acordo com o caso. Quando não tem ciência do problema e não há dolo, o cliente não pode arcar com prejuízos.

Caso o usuário não tenha informado a doença por escolha própria, **seu ato pode ser entendido como uma fraude**, o que pode implicar a suspensão ou mesmo o cancelamento do plano de saúde por parte da operadora.

Além disso, ele pode receber multas ou mesmo **arcar com eventuais despesas com assistência médica e com procedimentos realizados que estariam suspensos pela Cobertura Parcial Temporária**.

A CPT e a Regra da Urgência/Emergência

ATENÇÃO: A restrição da CPT se aplica mesmo em casos de urgência ou emergência que envolvam DLP. A **Lei 9.656/98 (Art. 11, parágrafo único)** não obriga a cobertura integral nesses casos.

- **Obrigação Mínima:** A operadora deve garantir o atendimento limitado às primeiras 12h ou a **remoção** para o SUS após a estabilização, caso persista a necessidade de cirurgia, PAC ou leito de alta tecnologia relacionados à DLP.

Ação Proativa e Caminhos a Seguir

A negativa por CPT indica que o procedimento está ligado à DLP e foi solicitado antes do fim do prazo legal de 24 meses.

Entendemos perfeitamente o interesse em utilizar o plano sem aguardar os prazos indicados, mas é fundamental a consciência de que o sistema de saúde suplementar depende do **cumprimento do que foi pactuado no contrato**. Se todos os clientes com DLP não respeitassem esse prazo de espera, o equilíbrio financeiro do plano seria quebrado, colocando **em risco a assistência de toda a coletividade**. Por isso, é fundamental respeitar as regras acatadas na contratação e previstas em lei.

Para negativas por CPT, há dois caminhos:

- **Aguardar o Prazo:** A cobertura para o procedimento será **restabelecida integralmente** após o cumprimento dos 24 meses de CPT.

- **Solicitar Reanálise:** Caso você discorde da aplicação da CPT, solicite a reanálise na Ouvidoria e apresente documentos que **comprovem a ausência de vínculo** do procedimento com a DLP.
-

Abrangência Fora da Área Contratada

Antes de contratar, o cliente define a área geográfica onde o plano garante cobertura integral. Essa definição é formalizada no contrato e regulamentada pela ANS ([RN n.º 566/2022](#)).

- **Área de Abrangência:** É o limite geográfico (Nacional, Estadual, Grupo de Municípios) onde a operadora deve garantir todas as coberturas ([Art. 1º, I, da RN 566](#)).
- **Área de Atuação:** São os municípios específicos (ou Estados) onde o plano opera e possui rede credenciada.

Regra e Exemplos de Limitação

A negativa por Abrangência ocorre quando a solicitação é para atendimento em uma localidade fora dos limites contratados.

- **Exemplo Regional (Grupo de Municípios):** Se o seu plano é Regional, com cobertura limitada a cidades como Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, a cobertura eletiva em um município fora dessa lista não será obrigatória.
 - **Exemplo Estadual:** Se o plano tem abrangência Estadual (Ex: apenas no Ceará), a cobertura eletiva em outro estado (Ex: Bahia) não é obrigatória.
-

Uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde,

O uso Off-Label ocorre quando um medicamento, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde de saúde é prescrito pelo médico para tratar uma doença, sintoma ou condição que **não consta na bula** aprovada e registrada na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

- **Exclusão e Segurança:** Esta é uma das exclusões mais importantes do sistema. A [Lei nº 9.656/98](#) exclui a cobertura obrigatória de tratamentos considerados experimentais.
- **Classificação Legal:** A Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio da [RN nº 465/2021](#) (Art. 20, §1º, inciso I), define, com clareza, que o uso *off-label* é classificado legalmente como **Tratamento Experimental**.

A Base Técnica da Decisão

A decisão de não cobrir o uso *off-label* não é arbitrária; ela visa proteger o paciente e a sustentabilidade do plano, respeitando o rigor científico:

1. **Falta de Comprovação:** A indicação de uso *off-label* significa que aquele medicamento, para aquela doença específica, **não foi testado** em ensaios clínicos controlados nem teve sua **eficácia e segurança comprovadas** para este uso pela ANVISA.
2. **Princípio da Precaução:** Ao negar o *off-label*, a operadora cumpre o dever de cobrir apenas tecnologias cuja relação benefício-risco foi **formalmente avaliada e aprovada**.
3. **Análise de Tecnologia em Saúde:** Os tratamentos só são incluídos no Rol da ANS após passarem por uma rigorosa avaliação de Tecnologia em Saúde, que o *off-label* não possui.

Em resumo: A Unimed Fortaleza baseia sua decisão no princípio de cobrir apenas aquilo que possui respaldo técnico-científico e regulatório, garantindo que o tratamento fornecido ao paciente não seja classificado como experimental. A negativa está baseada nas cláusulas de **EXCLUSÕES DE COBERTURA** do seu contrato.

Procedimento por Técnica Não Listada (Ex: Robótica)

A cobertura da tecnologia depende de sua inclusão expressa no Rol da ANS.

Tecnologia vs. Cobertura

A tecnologia médica avança rapidamente (Robótica, Laser, Radiofrequência, etc.). O Artigo 12 da [RN n.º 465/2021](#) estabelece uma regra clara: a cobertura de procedimentos realizados com auxílio de técnicas minimamente invasivas ou tecnologias específicas (como a robótica) só será obrigatória se essa **técnica estiver expressamente especificada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** ([Anexo I](#)) para o procedimento proposto.

- **Exemplo:** O plano pode cobrir a "Cirurgia de Próstata", mas se o Rol não fizer menção à "Cirurgia Robótica de Próstata", a operadora não é obrigada a cobrir o custo adicional da tecnologia robótica.
- **Motivo:** Se o procedimento solicitado for coberto, mas a técnica não for listada, a negativa se restringe à técnica não listada.

Caminho para a Cobertura

- **Ação:** O médico assistente pode solicitar o mesmo procedimento, utilizando uma técnica com cobertura assegurada no Rol vigente.
-

QUANTIDADE DE SESSÕES TERAPÊUTICAS ACIMA DO RESULTADO DA JUNTA MÉDICA

Em casos de alta complexidade ou quando há divergência sobre o volume de terapias (como as indicadas para Transtornos Globais do Desenvolvimento, incluindo o TEA), a Unimed recorre à Junta Médica. A **Junta Médica**, prevista pela [RN nº 424/2017 da ANS](#), é um recurso de **consenso técnico e imparcial**, onde profissionais de saúde avaliam a indicação do médico assistente e as evidências clínicas disponíveis.

- **Finalidade Clínica:** A decisão da Junta não visa limitar gastos, mas sim garantir que o paciente **receba exatamente o volume de sessões que foi indicado como tecnicamente eficaz e seguro** (a dose correta de tratamento). O objetivo é o bem-estar do paciente e a adesão às melhores práticas.
- **Mecanismo de Regulação:** O resultado da Junta Médica estabelece a conduta terapêutica final e a quantidade máxima acatada pela operadora. Não há critérios técnicos nem respaldo na cláusula de **MECANISMOS DE REGULAÇÃO** para autorizar atendimentos que ultrapassem essa indicação, pois a continuidade de sessões sem base técnica clara pode não ser a melhor estratégia para a saúde do paciente.

Em resumo: A diminuição de sessões pode ocorrer porque a quantidade requerida **excede o volume definido e acatado** pela avaliação técnica da Junta Médica. A Unimed Fortaleza garante a cobertura de **todos os atendimentos indicados** pela Junta.

Junta Médica: O Resultado da Avaliação Técnica

A **Junta Médica** é um recurso legal (instituído pela [RN nº 424/2017 da ANS](#)) acionado quando há divergência técnica entre o médico assistente e a operadora sobre a necessidade, adequação ou técnica de execução de um procedimento (como cirurgias, materiais ou medicamentos).

- **Composição:** Profissional Assistente: Médico ou dentista que acompanha o paciente e solicitou o procedimento, representante do beneficiário. Profissional da Operadora: Médico ou dentista que representa a operadora de plano de saúde. Profissional Desempataador: Terceiro profissional, médico ou dentista, escolhido de comum acordo pelo assistente e pelo médico da operadora, cuja opinião de forma imparcial decidirá a divergência.
- **Finalidade:** Garante que o paciente receba o tratamento mais seguro e tecnicamente adequado, servindo como **MECANISMO DE REGULAÇÃO** para o plano.

Resultado da Junta: Favorável à Operadora (Negativa Total ou Parcial)

Neste caso, a Junta Médica (ou o profissional desempataador) considerou que o procedimento ou o material solicitado **não é necessário ou não é a conduta mais adequada/segura** para o quadro clínico do paciente, ou que há uma alternativa coberta e mais adequada.

A negativa se baseia no parecer técnico do médico/dentista especialista desempataador.

- **Cobertura:** A Unimed Fortaleza cobrirá **exclusivamente** os itens com parecer favorável da Junta Médica.
- **Procedimentos Não Autorizados:** Destacamos que a negativa de procedimentos ou materiais não impede a execução do procedimento cirúrgico proposto com segurança, conforme parecer emitido.

Seu Direito à Continuidade do Atendimento

Embora a decisão da Junta Médica possa não ter sido favorável à solicitação inicial, há opções:

- **Seguir o Parecer da Junta:** Se o médico assistente se recusar a realizar o procedimento com base no parecer da Junta Médica, **estamos prontos para ajudá-lo(a) a localizar outro profissional** que realize o atendimento de acordo com o resultado técnico.
- **Opção Particular:** Caso opte por realizar o procedimento de forma diferente da conduta da Junta e da autorização da UNIMED FORTALEZA, os custos relacionados aos itens com parecer **desfavorável** serão de sua responsabilidade, devendo negociar esses valores diretamente com seu médico.

Para visualizar os detalhes dos itens **aprovados** e **negados** na guia de autorização, utilize nosso Aplicativo Cliente Minha Unimed ou o Portal do Cliente. Você também pode contar com nossa Ouvidoria para intervenções em casos recursais de 2ª instância.

Quantidade Solicitada Acima da Indicação

A negativa por **Quantidade** ocorre quando o volume de sessões, unidades ou procedimentos solicitados excede o limite estabelecido pelas regras do seu plano, ou pelas diretrizes clínicas. Esta é uma análise de adequação técnica e uso racional.

- **Bases da Limitação:** A quantidade é limitada por critérios regulamentares da ANS (ex: diretrizes por idade), por **período** (limite anual ou por evento previsto no contrato) ou por regras de uso de procedimentos **bilaterais/binoculares**.
- **Segurança e Eficácia Clínica:** Não autorizar quantidades excessivas é uma medida de segurança. Não há critérios para aprovar mais sessões ou unidades do que o clinicamente necessário, pois o excesso pode ser ineficaz ou, em alguns casos, prejudicial à saúde do paciente. A cobertura se restringe ao volume que é considerado seguro e eficaz.

Critérios da Junta Médica

Em casos complexos (divergência entre médico e operadora), o volume de sessões é estabelecido pela **Junta Médica (RN 424)**. Nesses casos, a negativa respeita o **volume técnico** definido por especialistas para garantir que o paciente siga a conduta terapêutica mais adequada.

Ação: Sugerimos que o prestador revise a quantidade na guia para adequá-la aos limites contratuais, regulamentares ou à prescrição médica.

Atendimento realizado de forma particular. Reembolso não efetuado

Não será devido o ressarcimento, sem ocorrer o contato e liberação prévia com a operadora de saúde. Deste modo, o correto é procurar a Unimed Fortaleza, antes da realização de qualquer atendimento em caráter particular. A Unimed Fortaleza não comercializa planos com opção de acesso à livre escolha de prestadores. O reembolso só será concedido em casos excepcionais, nos limites do estabelecido no contrato.

A ausência de contato prévio com a Unimed Fortaleza, informando a dificuldade de agendamento ou a não espera dos prazos de garantia de atendimento impossibilita a intervenção da Unimed Fortaleza na busca e localização de prestadores aptos para atendê-lo(a) em nossa rede, na especialidade desejada, além de avaliar a cobertura contratual dos procedimentos solicitados.

Portanto, o reembolso só será devido em casos excepcionais, nos limites do contrato e de acordo com as resoluções normativas da ANS. Assim, lembre-se que, antes de decidir realizar qualquer atendimento fora da rede de prestadores do seu plano, entre em contato com a Unimed Fortaleza pelos nossos canais de atendimento.

Perguntas Frequentes (Principais Dúvidas)

Nesta seção, exploramos em detalhes as dúvidas mais comuns sobre as regras de vigência e as obrigações de cobertura.

O que é um Plano REGULAMENTADO pela Lei n.º 9.656/98?

São os planos de saúde celebrados após 02 de janeiro de 1999 ou aqueles que foram formalmente adaptados à [Lei n.º 9.656/98](#).

Implicações Práticas e Legais:

- Seu plano segue integralmente todas as premissas instituídas pela legislação de Saúde Suplementar, incluindo as **Resoluções Normativas (RNs)** editadas pela ANS.
- Você tem cobertura obrigatória, no mínimo, para todos os itens do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** ([RN n.º 465/2021](#)),

respeitando as regras vigente, diretrizes de utilização e previsões contratuais.

- A UNIMED FORTALEZA garante que todos os seus direitos e deveres sejam regidos pela legislação vigente, conforme acordado no contrato.
-

O que é um Plano NÃO REGULAMENTADO?

São os contratos de saúde celebrados antes de **02 de janeiro de 1999**, data de vigência da [Lei n.º 9.656/98](#). Ou seja, são planos contratados antes da criação da ANS e suas leis.

Implicações Práticas (Contrato como Lei):

- Estes contratos **não são obrigados** a seguir as regras de cobertura da ANS (como o Rol de Procedimentos).
- As coberturas assistenciais, quantidades e regras de utilização observam **exclusivamente as cláusulas contratuais** pactuadas entre as partes no momento da adesão.

Contratos Coletivos Não regulamentados:

Se o contrato principal de sua empresa contratante for anterior a 1999 e não tiver sido adaptado, todos os beneficiários vinculados a ele (mesmo que tenham aderido após a lei) possuem um plano NÃO REGULAMENTADO, seguindo a regra do contrato-mãe.

O que Caracteriza Urgência e Emergência para o Plano de Saúde?

Entendemos que toda necessidade de saúde é urgente. No entanto, para o contexto da saúde suplementar, os conceitos estão rigorosamente definidos em lei, sendo o **médico assistente** o responsável pela sua caracterização clínica:

O Art. 35-C da [Lei n.º 9.656/98](#) institui os critérios:

- **Emergência (Risco Imediato):** Casos que impliquem **risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis** para o paciente (caracterizado em declaração do médico assistente).
- **Urgência (Acidentes):** Casos resultantes de **acidentes pessoais** ou de **complicações no processo gestacional**.

Por que a definição legal importa?

A caracterização de Urgência ou Emergência é o que define o prazo de atendimento obrigatório (24 horas) e anula restrições de abrangência geográfica do plano, mas não anula outras regras de cobertura, carência ou CPT.

Recebi uma Negativa. Qual o Meu Direito de Reanálise?

Se você analisou os motivos e considera que há um equívoco na aplicação da regra, seu direito de recorrer é garantido pela regulamentação.

Reanálise (Recurso de 2ª Instância):

- Você pode solicitar a revisão do seu pedido (negado total ou parcial) em **2ª instância** através da nossa Ouvidoria, que atua com total independência e imparcialidade.
- A reanálise é apreciada com base nas premissas da [RN n.º 623/2024](#) da ANS (norma que rege os procedimentos de recurso).

O que fazer para Recorrer:

Recomendamos anexar documentos complementares (relatórios, laudos, pareceres) assinados, datados e carimbados pelo médico assistente, que comprovem o atendimento integral às regras de cobertura (ex: comprovar o cumprimento da DUT ou que a exclusão não se aplica).

Nossa Ouvidoria aplica os melhores esforços para efetuar reanálises precisas e justas, pautadas pela ética e pela transparência, em pleno respeito às obrigações legais e contratuais.

Canais de Acesso: A Ouvidoria pode ser acionada pelo Portal da Unimed Fortaleza ou pelo telefone **0800.275.0625(85) 4020.3333 (celular) De 2ª a 6ª, 8h às 17:00h, exceto feriados.**

É Importante Saber!

Nossa atuação é guiada pela transparência e pelo respeito aos seus direitos como beneficiário.

Quando uma cobertura não pode ser autorizada, essa decisão segue rigorosamente a legislação da saúde suplementar, o seu contrato e as normas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essas regras existem para garantir equilíbrio, segurança e a continuidade do seu plano de saúde.

Ao agir de acordo com a lei e com as normas regulatórias, buscamos assegurar que todos os beneficiários tenham acesso justo às coberturas previstas e que o plano permaneça sustentável para cuidar de você hoje e no futuro.

Referências Legais para Consulta (Base de Nossas Decisões)

Para aprofundar seus conhecimentos, você pode consultar a íntegra dos documentos legais que fundamentam as regras do seu plano:

Documento Legal	Conteúdo	Link para Consulta
Lei n.º 9.656/1998	Lei que regulamentou o setor de planos de saúde no Brasil.	Link para Lei 9.656
Lei 9.961/2000	n.º Lei que criou e definiu a finalidade e competência da ANS.	Link para Lei 9.961
RN n.º 465/2021 e Alterações	Resolução que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	Link para RN 465
Anexo I (RN 465)	Lista de Procedimentos de Cobertura Obrigatória (O Rol).	Link para Anexo I
Anexo II (RN 465)	Diretrizes de Utilização (DUT) - Critérios para Cobertura Condicional.	Link para Anexo II
RN n.º 623/2024	Regras para a reanálise de pedidos (atuação da Ouvidoria).	Link para RN 623