



Circular 24/2016

Ijuí, 30 de agosto de 2016.

Aos Médicos Cooperados, Médicos Credenciados e Hospitais.

*Ref.: Chamado Hospitalar para **beneficiários em intercâmbio**.*

No intuito de padronizar as práticas adotadas para os atendimentos em plantão hospitalar dos **beneficiários em intercâmbio** e de evitar passivos regulamentares a outras singulares e a própria Unimed Noroeste/RS, ficou definido que:

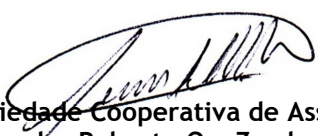
- Nos atendimentos em que o beneficiário solicitar atendimento de médico especialista de sua preferência, optando por não ser atendido pelo médico plantonista disponível no Hospital, este atendimento será considerado **particular**, cabendo ao médico especialista a cobrança de seus honorários de acordo com a sua prática de valores. Para estes casos, o atendente do Hospital deverá solicitar ao beneficiário a assinatura do **Termo de Ciência e Responsabilidade de Pagamento** para chamado hospitalar, que posteriormente deverá ser anexado ao prontuário de atendimento.

- Nos atendimentos em que o plantonista realiza o chamado de um médico especialista (mediante justificativa na guia SADT - campo 58), este será remunerado via folha de pagamento, através do código 10101047, que atualmente está valorado em R\$ 154,00 (cento e cinquenta e quatro reais). Para estes casos, não deverá ser cobrada nenhuma coparticipação do beneficiário, haja vista regras prevista no intercâmbio.

Por este motivo a partir da publicação deste ofício fica revogada a Normativa da Auditoria Médica 006/2011 e Circular 30/2012.

Permanecemos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,


UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.
Dr. Leandro Roberto Oss Zambon
Superintendente



**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DE PAGAMENTO
CHAMADO HOSPITALAR DE MÉDICO ESPECIALISTA.**

Pelo presente termo, (NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO), portador do CPF nº. (NÚMERO DO CPF), residente e domiciliado (ENDEREÇO COMPLETO), na cidade de (NOME DA CIDADE), possui contrato de plano de saúde nº. (NÚMERO DO CONTRATO), proveniente da Operadora de Planos de Saúde (NOME DA OPERADORA), **DECLARA E ASSUME COMPLETA RESPONSABILIDADE** por solicitar chamado de médico especialista em (ESPECIALIDADE), Dr. (NOME COMPLETO DO MÉDICO), CRM nº (NÚMERO CRM MÉDICO) em caráter particular.

DECLARA AINDA que, por livre e espontânea vontade, optou por não ser atendido, neste ato, pelo médico plantonista disponível no Hospital da Unimed Noroeste/RS, portanto, assume o pagamento integral do valor a ser cobrado em caráter particular pelo médico solicitado.

Ijuí, ____ de _____ de 20____.

(NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL)

CPF: XXX.XXX.XXX-XX