



Manual do
Cliente
Unimed

Conheça seu Plano de Saúde
e saiba como usá-lo.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Vertente
do Caparaó



Manual do
Cliente
Unimed

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.





Sumário

• Introdução	9
• Cartão do Beneficiário	10
• Como acessar o Guia Médico	14
• Prazos máximos para o atendimento	16
• Qual é o plano que você adquiriu?	18
• Cobertura do seu plano	20
• Outras informações do seu plano	22
• Dicas de utilização do plano	26
• Carências	28
• Reembolso	30
• Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?	32
• Portal de serviços	33
• Portabilidade	34
• Portabilidade especial	36
• Remoção Aérea e Terrestre	37
• NAS Núcleo de Assistência à Saúde	38
• Fale com a Unimed Canais de atendimento	40



Introdução

Prezado beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed, uma Cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é considerado o maior sistema privado de saúde do Brasil.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano. **Para que você tenha o máximo de tranquilidade e segurança leia-o atentamente.**

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco através dos seguintes canais de atendimento: site, e-mail e telefones de contato, informados na página 40 deste manual.

Teremos muito prazer em atendê-lo.

Seja bem-vindo à Unimed Vertente do Caparaó

Cuide do seu cartão e ele cuidará de você.

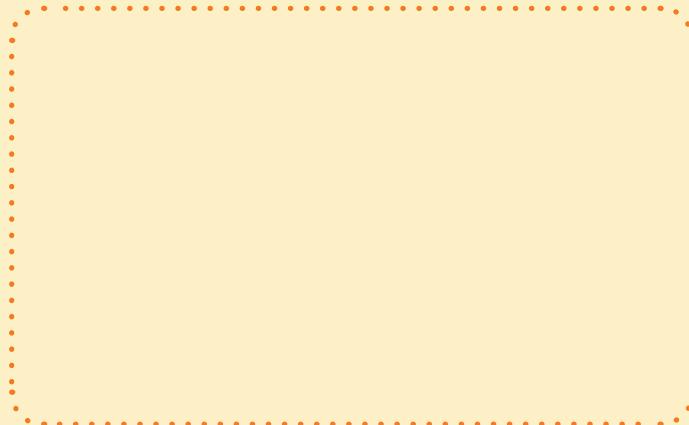
A Unimed fornecerá ao usuário o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão do beneficiário e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em leis.

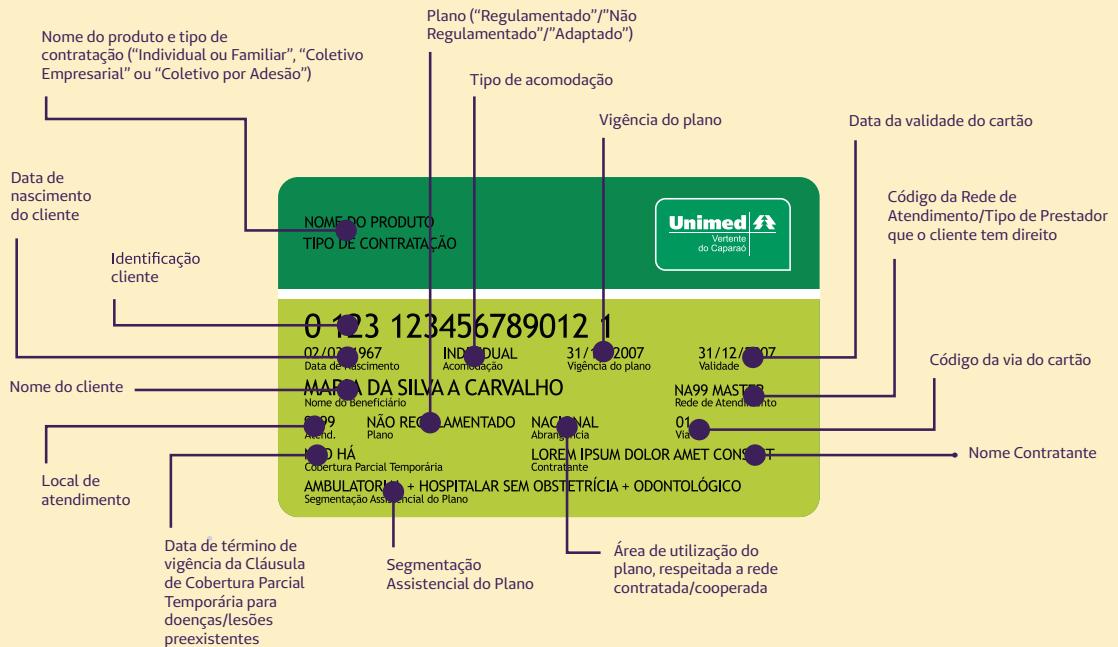
ESTE É O SEU CARTÃO UNIMED.

Com ele você será atendido por médicos selecionados pelo melhor plano de saúde do Brasil.

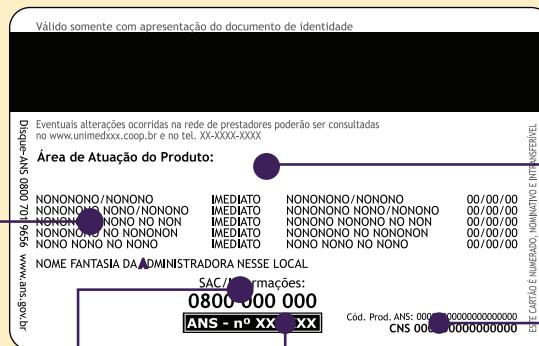


Cartão do Beneficiário

FRENTE



VERSO



Quais os cuidados que devo manter com o meu plano e meu cartão unimed?

- O seu cartão é pessoal e intransferível.
- Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.
- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo telefone: **33 3339-4444**.
- Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.

Importante:

Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente.

Como acessar o Guia Médico?

1 O Guia Médico é localizado no canto superior direito do site:
www.unimedvc.com.br

The screenshot shows the website interface for Unimed Vertente do Caparaó. At the top left is the logo. To its right are links for 'Mapa do site', 'Unimed Brasil', and 'O que é RSS?'. A login area contains fields for 'Usuário' and 'Senha', with a 'OK' button and links for 'Esqueci a senha' and 'Cadastre-se'. A green navigation bar contains links for 'Unimed', 'Planos', 'Notícias', 'Viver Bem', 'Fale Conosco', 'Ouvidoria', and 'Trabalhe Conosco'. The main content area features a 'Ouvidoria Unimed Vertente do Caparaó' banner with the text 'CUIDAR DE VOCÊ, ESSE É O PLANO.' and a 'Clique aqui e acesse.' button. Below this are three service tiles: 'Atendimento via Chat', 'Segunda via de boleto', and 'Atendimento via Chat'. On the right side, a 'Guia Médico' section is highlighted with a red border, containing a 'REDE CREDENCIADA' heading and a form with fields for 'Plano' and 'Rede', and a 'Próximo' button.

Guia Médico

REDE CREDENCIADA

Se você é **cliente**, digite o código do cartão.

Próximo

✓ UNIMED VERTENTE DO CAPARAÓ

Se você ainda **não é cliente**, selecione a rede e o plano que deseja pesquisar:

Plano: *

Selecione

Rede: *

Selecione

Encontre a sua rede

Próximo

2

Preencha o campo “**Se você é cliente digite o código do cartão**” com os números do seu cartão e clique no botão “Próximo”.

3

Selecione o tipo de plano.

4

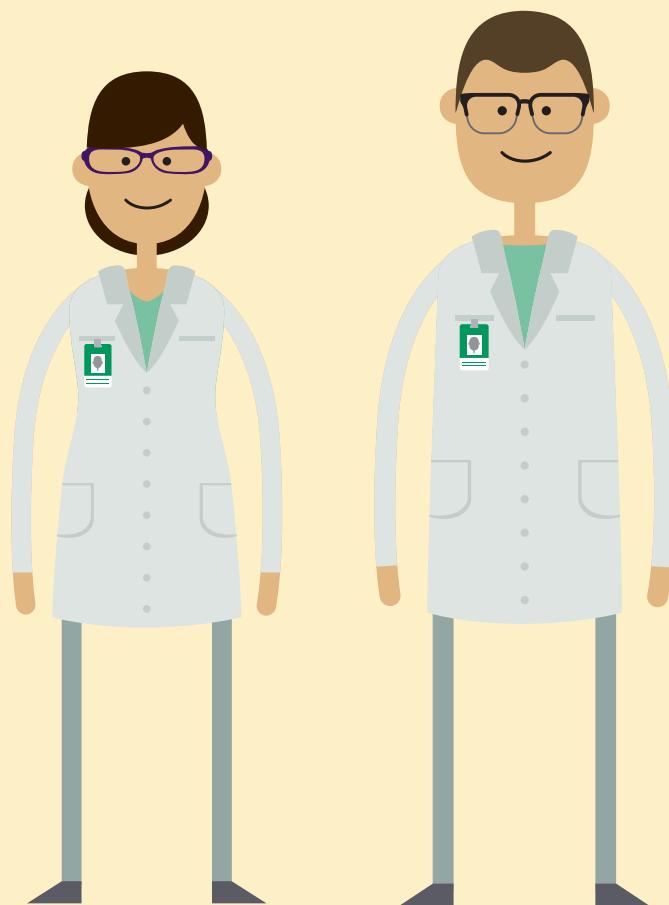
Faça a consulta desejada por cidade, tipo de recurso, especialidades, área de atuação e qualificação.

Prazos máximos para o atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos ao lado mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.



Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

Serviços	Prazo máximo para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta / sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta / sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: site da ANS

Qual é o plano que você adquiriu?

Quanto ao tipo de contratação

- a) Individual ou Familiar** - Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar
- b) Coletivo Empresarial** - Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres)
- c) Coletivo por Adesão** - Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações

Quanto à abrangência geográfica

- a) Nacional**
- b) Estadual**
- c) Grupo de Municípios**

Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento** (pré-estabelecido) - Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada
- b) Pós-pagamento em custo operacional** (pós-estabelecido em custo operacional) - Quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuada pela contratante depois da utilização das coberturas contratadas.

Quanto ao fator moderador

a) Coparticipação – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

b) Franquia – Quando o beneficiário paga diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

Quanto à época da contratação

a) Regulamentados (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98)

b) Não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98)

c) Adaptados (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS – Agência Nacional de de Saúde

Quanto ao padrão de acomodação

a) Enfermaria (Acomodação coletiva)

b) Apartamento (Acomodação individual)

Cobertura do seu plano

Fique por dentro das coberturas do seu plano.

As coberturas da Unimed estão de acordo com o Rol de Procedimentos – listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida – editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está disponível no endereço eletrônico:

www.ans.gov.br.

Cobertura ambulatorial

São os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, incluindo realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- consultas
- serviços de apoio diagnóstico
- consulta e procedimentos em consultório, pronto-socorro e pronto atendimento

Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que demandem atenção continuada, **pelo período máximo de 12 horas**, em leitos ambulatoriais.

Cobertura hospitalar

São os atendimentos realizados em ambientes hospitalares por exigirem uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- internações clínicas e cirúrgicas
- procedimentos obstétricos e partos, quando contratados.

Segue abaixo alguns procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritonial – CAPD
- quimioterapia
- radioterapia
- nutrição parenteral ou enteral
- hemoterapia
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica
- embolização e radiologia intervencionista.

Outras coberturas

1 – Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro;

- Entre hospitais, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, e quando o médico assistente identificar necessidade de internação;
- Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente;

2 – Transplante de córnea ou rins*.

3 – Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos na vigência do contrato para o respectivo beneficiário e que estejam causando problemas funcionais.

4 – Cirurgia buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.*

**Conforme condições contratuais e de acordo com a legislação vigente.*

Outras informações do seu plano

Cobertura com limitações

- Os portadores de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação terão direito ao custeio, no máximo 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativo, em hospital ou unidade especializada. Caso seja necessário a continuidade do tratamento, haverá a cobrança de coparticipação conforme estabelecido em contrato.
- Estarão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Condições de permanência no plano empresarial

Demitido

O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano, sendo, no mínimo, 6 meses e, máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e as participações integralmente e não seja admitido em outra empresa.

Aposentado

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e participações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

Obs.: As condições de demitido e aposentado são exclusivamente para planos empresariais, observando a legislação vigente, para o funcionário que contribuiu com a mensalidade ou parte dela enquanto ativo. A coparticipação não é considerada como contribuição para gozo de direito.

Exclusões

Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano:

- Procedimentos odontológicos.
- Procedimentos realizados fora da rede de atendimento Unimed.
- Escleroterapia de varizes.
- Procedimentos cirúrgicos, pré ou pós-operatórios, inclusive os relacionados a doador, relativos a transplantes, exceto os de rins e de córneas.
- Produtos de toalete e higiene pessoal.
- Serviços telefônicos e qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura contratual.
- Exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais.
- Cirurgia para mudança de sexo.
- Inseminação artificial.
- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações de ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, quando declarada pela autoridade competente;
- Medicamentos importados não nacionalizados.
- Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar.

Outras informações do seu plano

- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais.
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de sensibilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, ganho de peso e emagrecimento.
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.
- Vacinas, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros.
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo.
- Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos, bem como o fornecimento de órtese, prótese e materiais, mesmo que ligados ao ato cirúrgico, mas que sejam de procedência estrangeira.
- Aparelho ortopédico.
- Aluguel e fornecimento de equipamentos hospitalares e similares.
- Consultas e atendimento domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência.
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.
- Exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho.
- Laudo para sanidade mental e atividades físicas.
- Atestado de saúde para banho de piscina e ginástica.
- Exame de DNA para confirmação de paternidade.
- Remoção domiciliar.
- Home Care.
- Atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria.

Reajustes

A mensalidade do seu plano de saúde poderá sofrer reajuste quando:

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato.
- Houver desequilíbrio contratual devido ao aumento dos custos médicos, frequência de utilização ou ainda de acordo com as condições contratuais, exclusivamente para contratos firmados com pessoa jurídica.
- Houver mudança de faixa etária. Lembrando que as faixas e os percentuais a serem aplicados estão detalhados em seu contrato, de acordo com as características do seu plano.

O valor da coparticipação será reajustado anualmente, no mesmo mês e valor do índice de reajuste das mensalidades autorizadas pela ANS, a fim de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.



Dicas de utilização do plano

Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.

Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão de identificação e a carteira de identidade.

Em caso de perda do cartão de identificação, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa, ou na sede da Unimed, evitando, assim, que um desconhecido utilize seu cartão.

Nunca empreste o seu cartão de identificação a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo a sua exclusão.

Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

Urgência e emergência

São consideradas situações de urgência e emergência aquelas que dependem da ação imediata do médico e, portanto, não podem aguardar o agendamento de uma consulta em consultório.

São casos de urgência e emergência:

Emergência - é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência - é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Quando procurar um pronto atendimento

- corte profundo
- quebra de algum membro
- luxação intensa
- acidente de origem elétrica
- picada ou mordida de animais peçonhentos
- queimaduras
- afogamento
- hemorragias (forte sangramento)
- infarto do miocárdio (forte dor no peito)
- dificuldade respiratória
- derrames, perda de função e/ou dormência nos braços e pernas
- perda de visão ou audição
- inconsciência ou desmaio
- intoxicação por alimento ou medicamento
- sangue no vômito, urina, fezes ou tosse
- grave reação alérgica
- febre alta permanente
- convulsões, dores intensas no peito, abdômem, cabeça e outros
- agressões físicas
- acidente de carro, moto, atropelamento e quedas.



Carências



Carência

É o prazo ininterrupto, contado a partir da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não tem direito à utilização dos procedimentos contratados, conforme tabela a seguir:

Procedimentos	Carências
Urgências e emergências	24 horas
Consultas	30 dias
Exames Baixo Custo	60 dias
Exames Médio Custo	120 dias
Exames de Alto Custo	180 dias
Internações Clínicas ou cirúrgicas	180 dias
Procedimentos obstétricos	300 dias

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos acima descritos. Confira as carências em seu contrato.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Reembolso

A Unimed assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Termo de solicitação de reembolso.
- b) Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar.
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.

e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

f) Cópia da Identidade e CPF do Titular Responsável e do favorecido; Para Titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes a terceiros.

OBS: Os formulários de solicitação do reembolso estão disponíveis para Downloads no site da Unimed <http://unimed.me/10033D>.

Importante:

- Tire cópia dos recibos/notas fiscais antes de solicitar o reembolso, para fins de comprovação das informações contidas na sua declaração de Imposto de Renda.
- Em caso de dúvida, consulte a Unimed.

Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento, etc.)

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência, desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

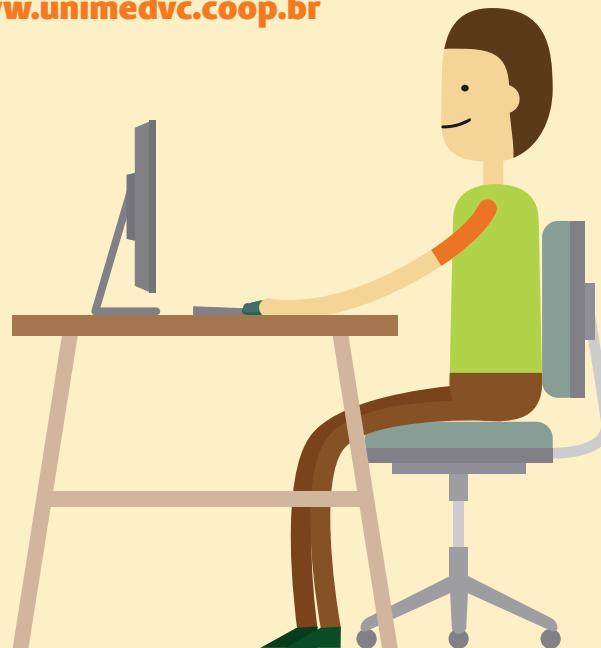
Nos **Planos Individuais Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

Portal de serviços

Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- Rede local, estadual e nacional
- No Portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line (redes local, estadual e nacional). Se precisar e não tiver em mãos o impresso ou a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com sua Unimed

Se necessário, busque o fale conosco, acesse: www.unimedvc.coop.br



Portabilidade

RN nº 186 e IN/DIPRO nº 19

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos: (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II – possuir prazo de permanência:

- a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
- b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

(Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria.

§2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto no § 4º do artigo 8º desta Resolução. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

§3º A operadora do plano de origem deve comunicar a todos os beneficiários tratados no caput a data inicial e final do período estabelecido no parágrafo 2º deste artigo, no mês anterior ao referido período, por qualquer meio que assegure a sua ciência. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

§4º O requisito previsto na alínea “a” do inciso II deste artigo não será exigível do beneficiário que for inscrito no plano de origem na forma da alínea “b” do inciso III do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

Fonte: <http://unimed.me/10033v>

Portabilidade especial

Independentemente do tipo de plano de saúde e da data da assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser utilizada em quatro casos:

- Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial (falência). O prazo de 60 dias para exercício da portabilidade começa a contar a partir da data de publicação de Resolução Operacional da ANS no Diário Oficial da União, podendo ser prorrogado.
- Por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, por falecimento do titular. O prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular.
- Por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Nesse caso, a portabilidade deve ser requerida entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário.
- Por beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, devendo exercer no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

Fonte: <http://unimed.me/1g4p4ND>

Remoção Terrestre e Aérea

A Unimed disponibiliza aos seus clientes a remoção terrestre e aérea.

Remoção terrestre é uma cobertura para pacientes internados, que precisam de transferência nos limites da abrangência geográfica contratada.

Remoção aérea é um produto que possibilita, de acordo com a modalidade de contratação do plano, atendimento em território nacional, para pacientes internados que necessitem transferência para unidade hospitalar com melhores recursos de atendimento, desde que solicitados e justificados pelo médico assistente.



NAS

Núcleo de Assistência à Saúde

Serviços disponibilizados:

Atendimentos de Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional: atendimento clínico individual feito por especialistas em Psicologia, Terapia Ocupacional e Nutrição, garantindo qualidade nos atendimentos, ética, privacidade, pontualidade e respeito aos beneficiários.

Programa Viver Bem | Acompanhamento de Crônicos: desenvolvido para atender pacientes portadores de doenças crônicas (sem limitação funcional) o programa envolve ações de promoção da saúde, prevenção e redução de fatores de risco, além de tratamento e controle das doenças. Conta com uma série de atividades para ajudar o beneficiário nas escolhas saudáveis, buscando seu bem-estar e qualidade de vida.

Programa Viver Bem | Gerenciamento de Casos Especiais: criado para beneficiários que apresentam dificuldades de acessibilidade devido a limitações funcionais, que apresentam doenças crônicas e/ou degenerativas, que, em sua maioria, necessitam de cuidados em suas casas. O programa conta com ações de promoção à saúde, prevenção e/ou tratamento de doenças e reabilitação no âmbito domiciliar, além de orientação ao cuidador. Têm por objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e a manutenção de um quadro estável.

Programa Viver Bem | Cessação do Tabagismo: desenvolvido para beneficiários fumantes ativos, busca atender e apoiar estes que fizeram a importante escolha de parar de fumar. O programa busca prevenir e/ou minimizar riscos de doenças relacionadas ao uso do tabaco, através de acompanhamento de uma equipe formada por médico, psicóloga, enfermeira, nutricionista e fisioterapeuta.

O Núcleo de Assistência à Saúde oferece atividades para ajudar você a se cuidar. Buscamos incentivar a prevenção de doenças, estimulando hábitos saudáveis e promovendo a qualidade de vida.

Curso de gestante: oferecido gratuitamente às beneficiárias, o curso é ministrado por uma equipe multidisciplinar, tendo como objetivo disponibilizar à gestante e seu companheiro informações, treinamentos e suporte para que a gravidez seja tranquila e bem orientada.

Unibaby: mesmo com toda expectativa e preparação para a maternidade, os primeiros dias da mãe com seu bebê costumam trazer inseguranças, podendo surgir dúvidas e receios: Como cuidar do umbigo? Qual a posição correta para amamentar? O que fazer em caso de cólicas? Para responder a essas e outras dúvidas e ajudar nos cuidados com o recém-nascido, as beneficiárias contam com o Unibaby.

Orientação de cuidadores: desenvolvido com objetivo de tornar a tarefa de cuidador mais simples e segura. A programação contém importantes diretrizes para oferecer ao paciente o melhor cuidado.

• Todos os programas desenvolvidos são exclusivos para beneficiários Unimed Vertente do Caparaó e possuem critérios de elegibilidade pré-estabelecidos.

• Informações sobre os programas no Núcleo de Assistência à Saúde (ver página 41).



Fale com a Unimed

Canais de atendimento

Atendimento ao beneficiário

O telefone **33 3339-4444** é a primeira opção para falar conosco.

Chat

A internet é um canal permanente de contato com a Unimed.

Pelo site: **www.chat.unimedvc.com.br** o beneficiário pode conversar com a cooperativa.

Ouvidoria

O contato com a ouvidoria acontece da seguinte forma:

1. O beneficiário deve acionar um dos canais de atendimento da cooperativa: telefone, chat ou fale conosco.
2. Caso ainda permaneça algum tipo de questionamento quanto ao atendimento recebido, o beneficiário poderá entrar em contato com a ouvidoria por correspondência, pelo endereço

Praça. Dr. César Leite, 188, 2º andar, Centro – Manhuaçu, MG | 36.900-000 ou pelo site www.unimedvc.coop.br/ouvidoria.



Fale Conosco
33 3339-4444

Locais de atendimento

• **Manhuaçu:** **Sede Unimed**

Praça Dr. César Leite, 188 2º andar,
Centro – Manhuaçu – MG
Telefone: (33) 3339-4444

Escritório de Vendas

Rua Alencar Soares Vargas, 80 A,
Centro – Manhuaçu – MG
Telefone: (33) 3332-4434

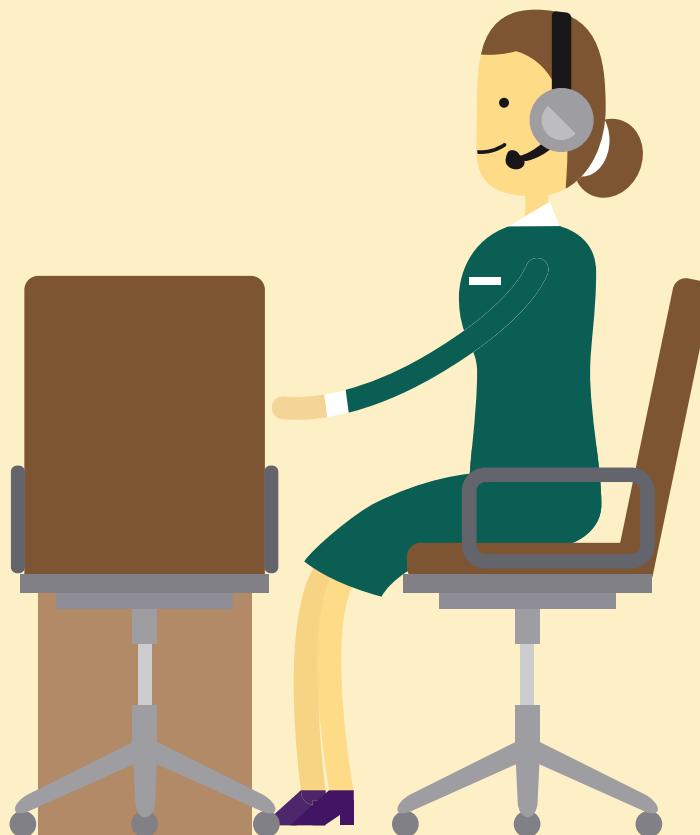
Núcleo de Assistência à Saúde

Rua Desembargador Alonso Starling, 34,
Centro – Manhuaçu – MG
Telefone: (33) 3332-4443

• **Manhumirim:**

Escritório de Apoio

Rua Trajano Lima, 17,
Centro – Manhumirim – MG
Telefone: (33) 3341-2230



Farmácia

Além de uma estrutura completa e diferenciada, a Farmácia Unimed possui uma grande variedade de medicamentos com os melhores preços e busca sempre atender o seu cliente respeitando a prescrição médica.

Para oferecer um atendimento de qualidade, a Farmácia Unimed Vertente do Caparaó possui um Programa de Assistência Farmacêutica para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos seus beneficiários. Esse programa consiste no cuidado do farmacêutico, em conjunto com outros profissionais de saúde, que visa obter os melhores resultados com o tratamento para que o paciente atinja os objetivos terapêuticos desejados.

Este importante serviço evita problemas relacionados a medicamentos e facilita a adesão do paciente ao tratamento, tendo como objetivo principal a excelência no atendimento ao cliente.

Confira a comodidade, variedade e benefícios exclusivos para beneficiários que a Farmácia Unimed Vertente do Caparaó oferecem.

- **Até 75% de desconto em medicamentos genéricos;**
- **Até 25% de desconto em medicamentos de marca;**
- **Preço baixo;**
- **Medicamentos de procedência;**
- **Farmacêutica em tempo integral*;**
- **Estacionamento próprio;**
- **Vendas no cartão de crédito**
(inclusive nas entregas em domicílio).

*Horário de funcionamento: 08h às 18h.



Tele Entrega
33 3332-4444

Guia Médico **Nacional Unimed**

► Poderia ser assim.





Guia Médico Nacional Unimed

Tenha acesso à maior rede nacional de hospitais, médicos, clínicas e profissionais de saúde. Faça o download do Guia Médico Nacional Unimed em seu smartphone.



Você também pode acessar a versão online do Guia Médico Nacional Unimed pelo site www.unimed.coop.br/guamedico

► Mas é assim



Unimed 

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.





ANS - nº 317896



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Vertente
do Caparaó