

## MATERIAL EXPLICATIVO

### PLANO PARTICULAR

#### MODALIDADE:

- ( 1 ) AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTERÍCIA ENFERMARIA - Abrangência - Estadual.
- ( 2 ) AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA APARTAMENTO - Abrangência - Estadual.
- ( 3 ) AMBULATORIAL – Abrangência - Local

- Atendimento de urgência e emergência em todo território nacional pelo sistema Unimed.
- Nos casos de urgência e emergência onde não houver o atendimento Unimed, o usuário será reembolsado dentro dos limites e valores estipulados no contrato.
- Atendimento com médicos cooperados, em consultório particular com dia e hora marcado em todas as especialidades médicas.
- Pronto atendimento adulto e pediátrico 24 horas por dias especificamente nos casos de urgência e emergência.
- Os exames que solicitados por médicos cooperados, serão realizados em laboratórios e clínicas especializadas de acordo com a opção do usuário.
- Fisioterapia sem limite de sessões.
- /Sem limitação de diárias para internações hospitalares inclusive UTI (Unidade de Terapia Intensiva).
- Cobertura para transplantes de rins e córnea e as despesas com os doadores vivos de acordo com a legislação vigente.
- Cobertura para próteses e órteses ligados ao ato cirúrgico.
- Demais procedimentos que não houver recursos próprios, serão encaminhados para nossas co-irmãs que possuam maiores recursos. Ex.: São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas, São José dos Campos, Belo Horizonte, etc.
- A remoção terrestre cobertura interhospitalar nos casos em que não havendo recurso na unidade prestadora, o usuário tenha de ser removido para uma unidade prestadora com maiores recursos, com prescrição médica.
- Transporte aeromédico serviço oferecido interhospitalar, com prescrição médica e conforme diretrizes estipulada no contrato.
- **Atendimento Domiciliar para usuários que necessitem de atenção na recuperação de cirurgias, em ambiente familiar, com prescrição médica e dentro da área de ação da Unimed Itajubá.**

**PERÍODOS DE CARÊNCIAS:** À contar a partir da assinatura do contrato.

**24 ( vinte e quatro ) horas para acidentes pessoais.**

30 ( trinta ) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;

60 ( sessenta) dias para transporte aeromédico.

180 ( cento e oitenta ) dias para cirurgias ambulatoriais;

180 ( cento e oitenta ) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;

180 ( cento e oitenta ) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;

180 ( cento e oitenta ) dias para demais cirurgias;

180 ( cento e oitenta ) dias para demais procedimentos;

300 ( trezentos ) dias para parto normal ou cesárea

**-> No caso em que o beneficiário afirmar ser portador de doenças ou lesões pré existentes, será oferecido o agravado (um acréscimo na mensalidade) ou CPT ( cobertura parcial temporária ) pelo período de 24 meses para cobertura dos procedimentos de alta complexidade expedido pela ANS – Agência Nacional de Saúde suplementar , Lei: 9656/98 e suas resoluções.**

## VALORES DAS MENSALIDADES

### 1) Plano Ambulatorial / Hospitalar / Obstetrícia - Sem coparticipação:

**Mensalidade cartão e serviço de inscrição, serão cobrados no ato da assinatura do contrato. Plano Estadual.**

FAIXA ETÁRIA (IDADE)	ACOMODAÇÃO ENFERMARIA Registro: ANS 701.938/99-6	VARIAÇÃO PERCENTUAL %	ACOMODAÇÃO APARTAMENTO Registro: ANS 701.931/99-9	VARIAÇÃO PERCENTUAL %
00 à 18		00,00 %		00,00 %
19 à 23		38,40 %		38,39 %
24 à 28		21,18 %		21,23 %
29 à 33		14,59 %		14,59 %
34 à 38		3,47 %		3,36 %
39 à 43		8,92 %		8,95 %
44 à 48		15,48 %		15,63 %
49 à 53		20,02 %		20,04 %
54 à 58		19,79 %		19,81 %
59 anos ou mais		65,58 %		65,61 %

➤ Serviço de inscrição e cartão magnético: R\$ 15,00 (quinze reais), cobrado junto à primeira mensalidade por ASSOCIADO.  
 ➤ Serviço de implantação de R\$ 25,00 ( vinte cinco reais ) cobrado junto à primeira mensalidade.

### 2) Plano Ambulatorial /Hospitalar /Com Obstetrícia com coparticipação nas consultas

**no valor de R\$ 23,00 ( vinte e três reais ) cobrado junto a mensalidade para as consultas realizadas no consultório e pronto socorro.**

**Plano Estadual.**

FAIXA ETÁRIA (IDADE)	ACOMODAÇÃO ENFERMARIA Registro: ANS 701.928/99-9	VARIAÇÃO PERCENTUAL %	ACOMODAÇÃO APARTAMENTO Registro: ANS 701.929./99-7	VARIAÇÃO PERCENTUAL %
00 à 18		00,00 %		00,00 %
19 à 23		37,82 %		37,94 %
24 à 28		21,16 %		21,20 %
29 à 33		14,53 %		14,58 %
34 à 38		3,35 %		3,36 %
39 à 43		8,99 %		8,98 %
44 à 48		15,59 %		15,57 %
49 à 53		20,00 %		19,95 %
54 à 58		19,77 %		19,88 %
59 anos ou mais		65,54 %		65,60%

➤ Serviço de inscrição e cartão magnético: R\$ 15,00 (quinze reais), cobrado junto à primeira mensalidade por ASSOCIADO.  
 ➤ Serviço de implantação de R\$ 25,00 ( vinte cinco reais ) cobrado junto à primeira mensalidade.

### 3) Plano Ambulatorial – Abrangência - Local

#### Coberturas e carências:

24 horas urgência e emergência Pronto socorro até 12 horas

30 dias para consultas, exames básicos e terapias

180 dias para exames especiais e procedimentos ambulatoriais

**1ª Mensalidade cartão e serviço de inscrição, serão cobrados no ato da assinatura contrato.**

Faixas Etárias (Idades)	Mensalidade Registro: ANS 427.137./99-8	Varição Percentual %
00 à 18		00,00 %
19 à 23		38,39 %
24 à 28		21,38 %
29 à 33		14,67 %
34 à 38		3,39 %
39 `a 43		9,00 %
44 à 48		15,70 %
49 à 53		20,12 %
54 à 58		19,88 %
59 anos ou mais		65,81 %

➤ Serviço de inscrição e cartão magnético: R\$ 15,00 (quinze reais) cobrado junto à primeira mensalidade por ASSOCIADO.

➤ Serviço de implantação de R\$ 25,00 ( vinte cinco reais ) cobrado junto à primeira mensalidade.

#### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADMISSÃO AOS PLANOS:

- Cópia do CPF e RG do usuário titular; ( **não aceitamos carteira de habilitação** ).
- Cópia da certidão de casamento e CPF / RG, no caso de inclusão de cônjuge;
- Cópia da certidão de nascimento no caso de inclusão de filhos;  
Cópia do comprovante de endereço; ( conta água , luz ou telefone )
- **Cópia do cartão do SUS**
- **Cópia CPF da Criança**
- Entrevista qualificada questionário a ser respondido pelo usuário na presença de um médico orientador. Agendar: Adulto: Dr. Paulo D´Tarso ( 35 ) 3622-1377- Rua: Prefeito Tigre Maia – 244 / BPS.

Pediatra: Dr. Wagner ( 35 ) 3622- 4949. Rua: Cel Francisco Braz – 185 / Sala – 107 / Centro  
Início de vigência destes preços: Janeiro/ 2017 à Dezembro/2017.

Univendas

Contato tel: ( 35 ) 3622-0569 ou 3621- 4595