



Características dos Produtos e Planos

Contrato de Pré-Pagamento

SISTEMA
COOPERATIVO
EMPRESARIAL
UNIMED-RS

Unimed 
Rio Grande do Sul

Unimed 
Federação/Rs

**CENTRAL
DE SERVIÇOS**

UNI/AIR

**ii Instituto
Unimed/Rs**

UNI 
Coop
Med

ESPECIFICAÇÕES

Produto “A” Privativo (Individual)

- Este plano oferece cobertura AMBULATORIAL E HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA;
- Abrangência **Nacional**;
- Rede Hospitalar **Básica**;
- Tipo de acomodação **INDIVIDUAL (Privativo)**, com opção dos hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus;
- Modalidade da Contratação: Coletivo Empresarial;
- Coberturas: conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e com cobertura para as doenças do CID-10 do Código Internacional de Doenças, na segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.



ESPECIFICAÇÕES

Produto “A” Semi-Privativo (Coletivo)

- Este plano oferece cobertura AMBULATORIAL E HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA;
- Abrangência **Nacional**;
- Rede Hospitalar **Básica**;
- Tipo de acomodação **Semi-Privativo (Coletivo)**, com opção dos hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus;
- Modalidade da Contratação: Coletivo Empresarial;
- Coberturas: conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e com cobertura para as doenças do CID-10 do Código Internacional de Doenças, na segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.



ESPECIFICAÇÕES

Produto “B” Ambulatorial

- Este plano oferece cobertura AMBULATORIAL;
- Abrangência **Nacional**;
- Rede Hospitalar **Básica**;
- Modalidade da Contratação: Coletivo Empresarial;
- Coberturas: conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e com cobertura para as doenças do CID-10 do Código Internacional de Doenças, na segmentação assistencial Ambulatorial.

ESPECIFICAÇÕES

Produto “C” Privativo (Individual)

- Este plano oferece cobertura AMBULATORIAL E HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA;
- Abrangência **Nacional**;
- Rede Hospitalar **Básica**;
- Tipo de acomodação **INDIVIDUAL (Privativo)**, sem opção dos hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus;
- Modalidade da Contratação: Coletivo Empresarial;
- Coberturas: conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e com cobertura para as doenças do CID-10 do Código Internacional de Doenças, na segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

ESPECIFICAÇÕES

Produto “C” Semi-Privativo (Coletivo)

- Este plano oferece cobertura AMBULATORIAL E HOSPITALAR com OBSTETRÍCIA;
- Abrangência **Nacional**;
- Rede Hospitalar **Básica**;
- Tipo de acomodação **Semi-Privativo (Coletivo)**, sem opção dos hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus;
- Modalidade da Contratação: Coletivo Empresarial;
- Coberturas: conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e com cobertura para as doenças do CID-10 do Código Internacional de Doenças, na segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

ESPECIFICAÇÕES

Coparticipação Total

- Participação com valores em **consultas médicas, sessões, exames e internações**.
- Coparticipação nas consultas: R\$ 38,00.
- Coparticipação nas sessões: consultar tabela de coparticipação.
- Coparticipação nos exames: 20% (limitados a cobrança de R\$ 210,00 por mês/beneficiário).
- Coparticipação nas internações: R\$ 230,00 (por evento).
- Participação na utilização de Multiprofissionais.

ESPECIFICAÇÕES

Coparticipação Parcial

- Participação com valores em **consultas médicas, exames e internações.**
- Coparticipação nas consultas: R\$ 38,00.
- Coparticipação nos exames: 20% (limitados a cobrança de R\$ 210,00 por mês/beneficiário).
- Coparticipação nas internações: R\$ 230,00 (por evento).
- Sem cobrança na utilização de multiprofissionais.



REAJUSTE CONTRATUAL

Contrato Empresarial

A data de aniversário do contrato é no mês de Fevereiro de cada ano, assim sendo, o reajuste será realizado sempre no mês de Fevereiro, e será utilizado o INPC como índice de reajuste.

Também será considerado o volume de utilização do plano, considerando todos os usuários (titulares e dependentes) ativos no plano de saúde, a fim de verificar se há necessidade de recomposição além do índice INPC.



Solicitação de Exclusão do Plano

- O pedido de exclusão do plano deve ser realizado de maneira formal à Federação Unimed RS;
- A exclusão será efetivada no ato do pedido. Pode ser solicitada presencialmente ou via tele atendimento.
- Não haverá mais cobertura do plano a partir do momento que solicitou a exclusão, entretanto a cobrança da última mensalidade será proporcional a utilização, gerando devolução ou cobrança de saldo remanescente.



CARÊNCIAS

Prazo da Carência

- **Urgência/Emergência = 24 horas**
- **Consultas, Sessões e Exames Simples = 30 dias**
- **Internações e Exames Complexos = 180 dias**
- **Obstetrícia = 300 dias**

CARÊNCIAS

Prazo da Carência

- Aos empregados novos, o prazo para inclusão sem carência será de 90 (noventa) dias, a contar da data de admissão;
- É assegurado aos filhos recém-nascidos ou adotivos de beneficiários titulares, a isenção do período de carência, desde que a inclusão dos mesmos se faça dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento ou da adoção.

DEPENDENTES

Poderá ingressar e/ou permanecer no plano de saúde como **dependente** do titular quem for:

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filhos(as) até 35 anos;
- Netos(as) até 21 anos;
- Dependente legal (ex. declarado no Imposto de Renda) sem limite de idade.

OBRIGADO



SISTEMA
COOPERATIVO
EMPRESARIAL
UNIMED-RS

Unimed 
Rio Grande do Sul

Unimed 
Federação/RS

**CENTRAL
DE SERVIÇOS**

UNI/AIR

ii Instituto
Unimed/RS

UNI  **Coop**
Med