



Guia do Beneficiário Unimed Blumenau



Unimed 
Blumenau



Índice

Introdução	2
Entrei no plano de saúde, e agora?	3
Quais cuidados devo ter com o plano e o meu cartão?	4
Como encontrar um médico?	5
Como fazer exames e procedimentos?	6
Prazos para atendimento	7
Autorização de exames e procedimentos	8
.....	9
Estrutura e serviços da Unimed Blumenau	10
Nossas unidades	12
PA Digital	13
Quando procurar o Pronto Atendimento 24h?	14
SOS Unimed	15
Programas de Promoção e Atenção à Saúde	17
Portal do beneficiário	18
RES	19
.....	21
Entenda melhor o seu contrato	23
Por que é importante ler o contrato?	24
Coberturas, carências de CPT	25
Coberturas	26
Inclusões e exclusões de beneficiários	27
Quem pode ser dependente?	28
Inclusão dos recém-nascidos e recém-casados	29
Reajuste de mensalidades	30
Direito ao reembolso e como proceder	31
Ouvidoria	32

Olá!

Estamos felizes por ter você conosco.

A Unimed é uma Cooperativa médica, que oferece cuidados em saúde para mais de 20 milhões de beneficiários.

O Sistema Unimed é formado por **340 Cooperativas, 118 mil médicos cooperados e uma rede de mais de 29 mil hospitais, clínicas e serviços credenciados.**

Neste manual, vamos orientá-lo sobre como usar seu plano da melhor forma e obter todos os recursos necessários para o cuidado da sua saúde.

Seja bem-vindo à Unimed Blumenau!



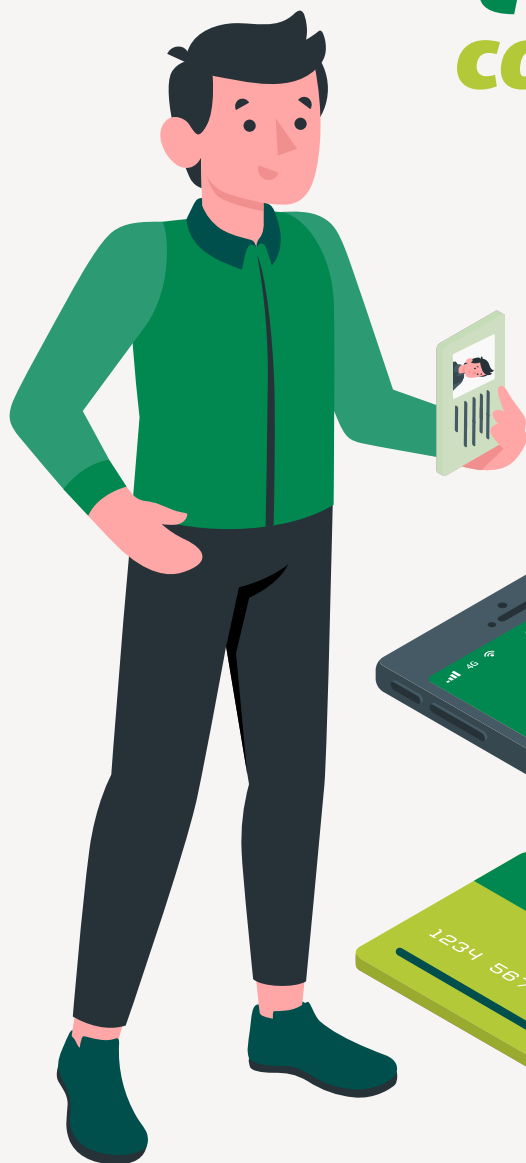
ENTREI NO PLANO DE SAÚDE, E AGORA?

Nas próximas páginas vamos te explicar os principais pontos para que você utilize seu plano da melhor forma possível.

Vem com a gente!



Quais cuidados devo ter com o plano e o meu cartão?



1) Para ser atendido, tenha o cartão e um documento com foto sempre em mãos.

2) Verifique as informações sobre carências e de cobertura parcial temporária¹ que constam no seu cartão e consulte as condições de contratação.

3) Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados.

Importante: Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato no SAC 0800 647 0026.

Atendimento Virtual: 📞 (47) 99901-0459

¹ Entenda melhor na página 25.

Como encontrar um médico?

- 1) Acesse o **Guia Médico**, através do site: **unimed.coop.br/blumenau/guia-medico**.
- 2) Insira o número da sua carteirinha.
- 3) Faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos)).

The screenshot shows the 'Guia Médico' search interface. At the top, it says 'Guia Médico' and 'Busque por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios próximos a você'. Below this are two tabs: 'Busca rápida' (selected) and 'Busca detalhada'. A search bar with a magnifying glass icon contains the text 'Digite aqui o que você procura'. Below the search bar is a text input field containing '000.000.000-00'. To the right of this field are three toggle switches: 'Teleatendimento', 'Urgência e emergência', and 'Mudança na Rede', all of which are currently turned off. Below the input field is a label 'É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha' followed by a question mark icon. At the bottom of the form is a large green button labeled 'Pesquisar'.

Caso esteja em outra cidade, entre em contato com a Unimed mais próxima para saber em quais locais poderá receber atendimento. É necessário esse contato antes de se dirigir a um profissional ou a um estabelecimento de saúde.

Como fazer exames e procedimentos?

Com a guia de solicitação médica preenchida, entre em contato no **WhatsApp (47) 99901-0459** ou através do **Portal do Beneficiário: portal.unimedblumenau.com.br**. Você receberá orientações para liberar os exames e os procedimentos.

Apresente sua carteirinha (física ou digital) e um documento com foto. Possui exames já realizados? Leve-os com você!

Faça parte do RES e tenha sua saúde na palma da mão.
Saiba mais em: unimed.coop.br/blumenau/res



Prazos para atendimento

Serviços	Prazo máximo (dias úteis)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	7
Consulta nas demais especialidades	14
Consulta / sessão com fonoaudiólogo	10
Consulta / sessão com nutricionista	10
Consulta / sessão com psicólogo	10
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	7
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21
Atendimento em regimento hospital-dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: ANS

Autorização de exames e procedimentos

Exames e procedimentos somente serão negados caso a solicitação não estiver prevista contratualmente, não preencher requisitos/diretrizes de utilização fixados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar ou estiver expressamente excluída de cobertura, conforme **art. 10 da Lei 9.656/98**.



**ESTRUTURA
E SERVIÇOS
DA UNIMED
BLUMENAU**



Nossas unidades



**Laboratório
Unimed**

[Saiba mais](#)



**Pronto
Atendimento
24h**

[Saiba mais](#)



**Centro de
Oncologia**

[Saiba mais](#)



**Hospital
Unimed**

[Saiba mais](#)



SOS

[Saiba mais](#)



CEPAS

Centro de Promoção
e Atenção à Saúde

[Saiba mais](#)



**Sede
Administrativa**

[Saiba mais](#)

Pronto **Atendimento** 24h

O serviço de Pronto Atendimento deve ser acessado em casos que oferecem risco à vida do paciente.

O ambiente de pronto atendimento é para atendimentos rápidos, com o objetivo de tratar o paciente e evitar complicações mais graves. A superlotação por doenças sem caráter de emergência ou urgência sobrecarrega o sistema e atrasa o atendimento daqueles que realmente precisam de forma imediata.

Saiba mais



Protocolo de Manchester

No pronto atendimento da Unimed Blumenau, seguimos o Protocolo de Manchester, que classifica o paciente em cinco cores diferentes conforme a gravidade e determina um tempo limite para que o atendimento aconteça.

A classificação é definida na triagem do paciente, assim que ele chega ao PA.

Classificação por cores:

EMERGÊNCIA | 0 min

MUITO URGENTE | 10 min

URGENTE | 50 min

POUCO URGENTE | 120 min

NÃO URGENTE | 240 min

PA Digital **Pronto Atendimento** *disponível 24h*

Oferecemos um Pronto Atendimento Digital **disponível 24h por dia**, para atendimento clínico adulto e pediátrico.

Fale com um médico a qualquer momento, de onde você estiver, totalmente online.

Saiba mais



SOS Unimed

Atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de Blumenau e região, de forma presencial ou orientação médica via telefone.

Serviços oferecidos:

- SOS Área Protegida
- SOS Evento Protegido
- SOS Remoções Hospitalais
- SOS Serviços de Saúde
- SOS Serviços Particulares
- SOS Unimed Beneficiário
- Central de Regulação Médica

Saiba mais



Programas de Promoção e Atenção à Saúde

Sem cobrança de coparticipação



**Engatinhando
para a Vida**

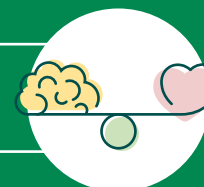


**Idoso
Fragilizado**

Mulher



Vida Leve



Se Cuida



Viver Bem

**Empresa
Saudável**



Acolher



Saiba mais

Portal do beneficiário

- 2º via de boleto
- Acesso ao Guia Médico
- Acompanhamento de autorizações
- Demonstrativo do Imposto de Renda

**Acesse e conheça todas
as funcionalidades:**

portal.unimedblumenau.com.br



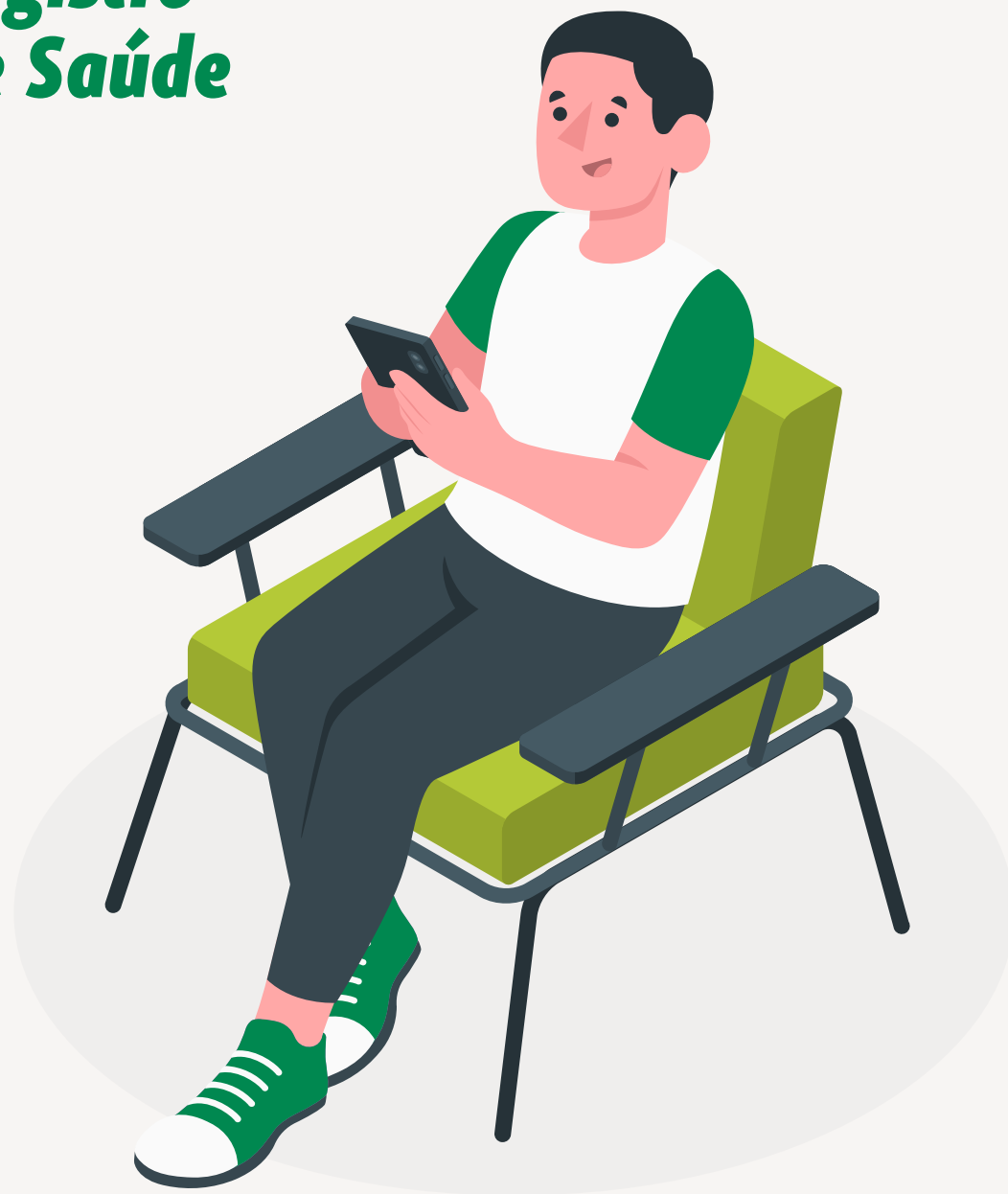
RES

Conheça o **Registro Eletrônico de Saúde**

Tenha seu histórico de consultas, atendimentos e exames armazenados em um só lugar.

Sua saúde na palma da mão

Saiba mais



**ENTENDA
MELHOR O
SEU CONTRATO**



Lembre-se

O cliente que paga um plano de saúde tem direito a tudo aquilo que contratou, que foi acordado mutuamente.

É importante frisar: o plano é um benefício, não um bem de consumo e deve ser utilizado com consciência, para que seja sustentável para a operadora do plano de saúde e para o beneficiário. A sua utilização correta ajuda a minimizar os custos e os índices de reajustes futuros, mantendo o equilíbrio entre receitas e despesas.

Uma forma de utilizar o plano com sabedoria é não repetir exames desnecessários, por exemplo:

Para utilizar um exame já realizado, você pode contar com o RES, e reunir todo o seu histórico de saúde em um só lugar.

Também é importante seguir as orientações médicas e buscar especialistas diversos somente quando necessário.



Coberturas, carências e CPT (Cobertura Parcial Temporária)

Para os planos não regulamentados (contratos firmados antes de 2 de janeiro de 1999), a cobertura e suas limitações estão definidas no próprio contrato. No caso de planos regulamentados, chamados de “planos novos” (contratados a partir de 2 de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98), a cobertura é aquela prevista no **Rol de Procedimentos da ANS** vigente a época do atendimento de acordo com a segmentação contratada (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico e suas combinações).

Fonte: ANS



Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)**	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Demais situações	180 dias

CPT – Cobertura Parcial Temporária

Conforme legislação da Agência de Saúde Suplementar – ANS, adotamos o formulário denominado **“Declaração de Saúde”**, documento que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Sendo constatada, será aplicada a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, na qual haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC, exclusivamente relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a adesão ao contrato.

**Para planos coletivos, consulte o responsável pelo plano de sua empresa ou entidade.*

***O plano referência garante atendimento de urgência e emergência, após 24 horas, nos regimes ambulatorial e hospitalar.*

Fonte: ANS

Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal, a responsabilidade financeira pelo internamento e demais procedimentos necessários passa a ser do contratante, restando à Operadora somente a responsabilidade de remoção, caso sua continuidade se dê pelo SUS.

O Plano de Referência constitui exceção às regras acima previstas, pois garante atendimento em regime ambulatorial e hospitalar, nos casos de urgência e emergência, completadas as 24 horas de adesão ao plano.

Tipo de plano	Situação do plano	Tipo de atendimento	Cobertura
Ambulatorial	Independente da situação	Independente do tipo	Limitada a 12h
Hospitalar	Em carência	Situação que não seja acidente pessoal	Limitada a 12h
Hospitalar	Em carência	Acidente pessoal	Ilimitada
Hospitalar	Carência cumprida	Independente do tipo	Ilimitada
Referência	Independente da situação	Independente do tipo	Ilimitada

Inclusões e exclusões de beneficiários

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o RH de sua empresa para solicitar a inclusão ou exclusão do plano e de seus dependentes.

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

Quem pode ser dependente?

- a)** Cônjuge.
- b)** Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição).
- c)** O enteado, o menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.
- d)** O (a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge.
- e)** Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil.

**São considerados dependentes do titular, aptos a aderirem ao plano, aqueles descritos no contrato firmado. Perderão a condição de dependência e, portanto, serão excluídos do plano aqueles que atingirem a idade limite ou que, de algum modo, percam o vínculo familiar com o titular.*



Inclusão dos recém-nascidos e recém-casados



O recém-nascido (filho natural ou adotado) que ainda não possui o Cartão do Beneficiário, será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o seu Cartão do Beneficiário, documento de identidade e certidão de nascimento do bebê.

O recém-nascido só receberá atendimento sem o seu cartão durante os primeiros 30 (trinta) dias, a contar de seu nascimento ou adoção.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, no entanto, precisará cumprir os prazos de carência.

O recém-casado terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual.

Obs.: No caso dos planos coletivos, o beneficiário pode requerer cópias das cláusulas contratuais, referendadas no guia de leitura contratual ao RH da empresa.

Reajuste de mensalidades

Seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999?

Se seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do grupo dos chamados planos antigos. Nesses casos, os reajustes devem seguir o que estiver escrito no contrato. No entanto, quando as cláusulas não indicarem expressamente o índice a ser utilizado para reajustes e sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, será adotado o percentual de variação divulgado pela ANS.

Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação?

Se seu plano for do tipo coletivo, ou seja, se ele foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (exemplo: a empresa em que você trabalha, sindicato ou associação ao qual está vinculado), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser combinados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS a cada trimestre, de acordo com os prazos previstos na regulamentação.

Fonte: ANS

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 100 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 100 beneficiários da mesma operadora. Há exceções em que o contrato coletivo com menos de 100 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são:

Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998

- Contratos de planos exclusivamente odontológicos
- Contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados
- Contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido
- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não adaptados para contemplar a Resolução Normativa RN nº 565/2022, por opção da pessoa jurídica contratante.

Reajuste para planos Pessoa Física

Para planos Pessoa Física, a ANS define, anualmente, o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados posteriormente à Lei nº 9656/98. Mesmo com essa definição, as operadoras só podem aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da ANS.

Direito ao reembolso **e como proceder**

O reembolso é a restituição das despesas relacionadas a cuidados médicos, como consultas, exames e outros procedimentos.

O beneficiário tem direito a reembolso quando não houver profissional ou estabelecimento de saúde credenciado e disponível para atendimento no seu município, ou, quando o transporte até uma cidade que tenha prestador não seja possível.

Nestes casos, o beneficiário ou seu responsável legal devem comunicar previamente a Unimed, através de um dos canais de atendimento, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano.



Para solicitar o reembolso, que será efetuado no prazo de **até 30 dias corridos**, é preciso apresentar os seguintes documentos:

- a)** Solicitação formal do pedido na Unimed.
- 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 ou recibos do hospital.



d) Recibos ou notas fiscais individualizadas de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

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) O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico. Para tal, será necessário nome completo e CPF do correntista. O prazo estabelecido para o pagamento será de no máximo 30 dias.



Ouvidoria

Ouvir é mais uma forma que a Unimed Blumenau tem de cuidar de você! Se você quer elogiar ou mesmo sugerir melhorias, escreva para nós!

Importante: É necessário informar o protocolo gerado através do atendimento previamente realizado, pois a Ouvidoria é um serviço complementar de atendimento.

SAC 24h: 0800 647 0026

Fale Conosco: unimed.coop.br/blumenau/canais-de-atendimento

 **Whatsapp** – (47) 99901-0459

🕒 Atendimento com atendente: das 8h às 18h

🕒 Atendimento com assistente virtual: 24h



**Aqui
tem
gente.**

**Aqui
tem
vida.**

**Aqui
tem
Unimed.**

Rua das Missões, 455
89051-900 – Ponta Aguda – Blumenau/SC
T. (47) 3331-8500 SAC 0800 647 0026
www.unimedblumenau.coop.br

ANS nº 33456-1

Unimed 
Blumenau