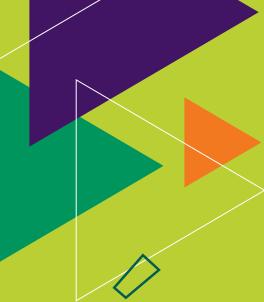




Como usar  
melhor o seu  
Plano de  
Saúde

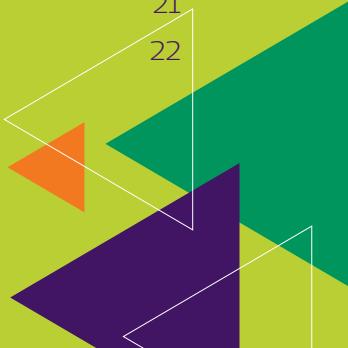
Guia do  
Beneficiário

**Unimed**   
Blumenau



# Índice

SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	5
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM O MEU PLANO E MEU CARTÃO UNIMED?	7
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	8
LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO	9
COMO FAZER UMA CONSULTA?	10
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	11
COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?	12
PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO	13
CENTRAL DE AGENDAMENTO	15
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	16
COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT	17
SOS UNIMED	19
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	20
TELESSAÚDE	21
POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?	22



QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?	23
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?	26
REAJUSTE DE MENSALIDADES	27
EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?	30
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?	32
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	33
COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM NASCIDOS E RECÉM CASADOS?	34
PORTAL DE SERVIÇOS	35
DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS	36
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE	37
OUVIDORIA	38
PORTABILIDADE	39
AUDITORIA	42
INATIVOS	43
GLOSSÁRIO	44

# 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.

A Unimed cobre mais de 80% do território nacional e oferece serviços médicos a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 360 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional. Atualmente, somos 110 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à sua disposição.

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.

Seja bem-vindo à Unimed!

# SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

## DICA UNIMED

### Cuide do seu cartão que ele cuida de você.

O seu cartão Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido. Proteja-o também: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares. Assim ele vai estar sempre funcionando, pra você se sentir bem cuidado. E se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

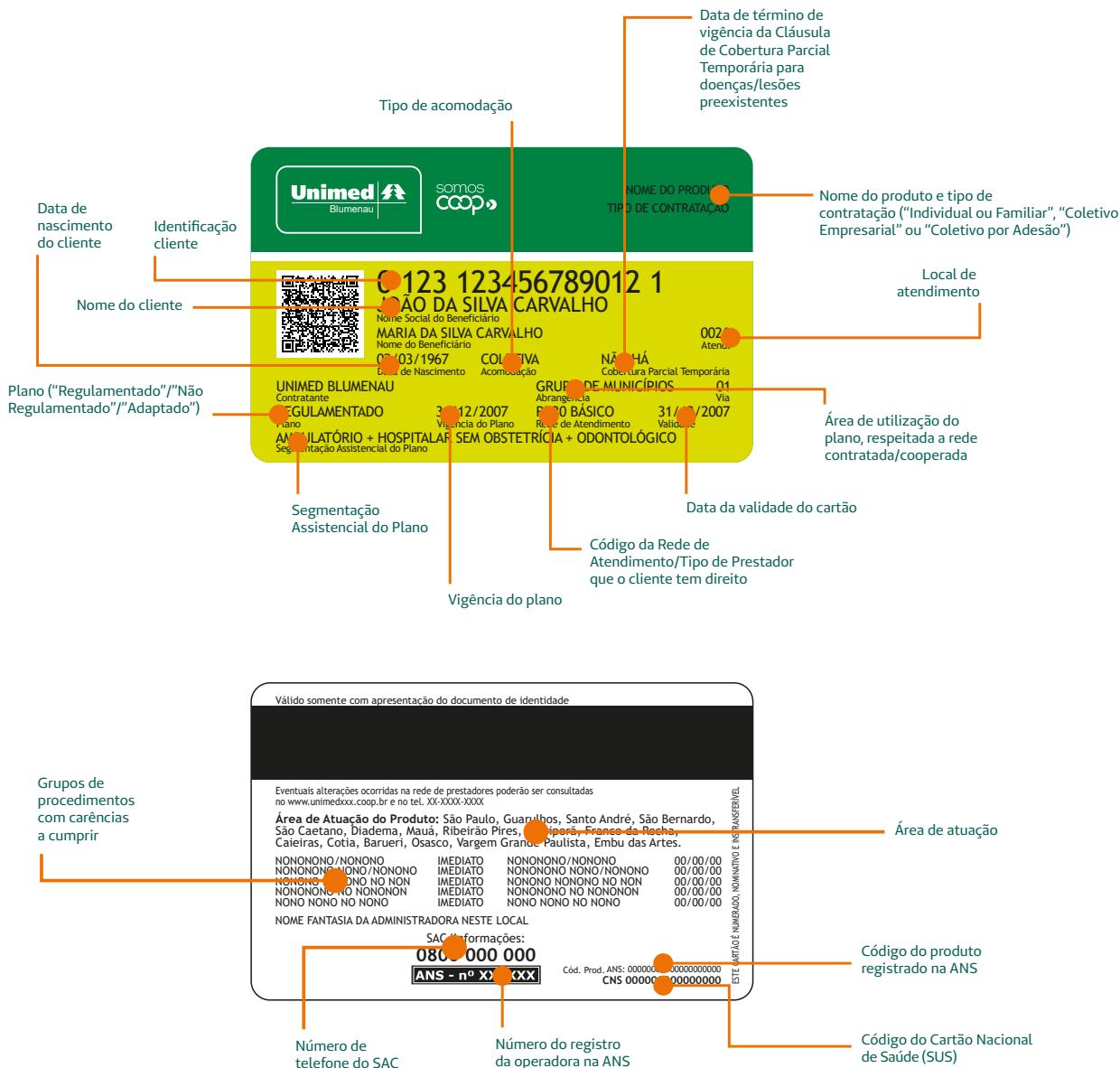


A Unimed fornecerá ao beneficiário/usuário o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

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.

## ► Conheça seu cartão Unimed



## QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O 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 SAC **0800 647 0026** e SAC Deficientes auditivos **<http://unimed.me/1006V0>**
- Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados (endereços, telefones, e-mail entre outras informações). Na ocorrência de qualquer alteração, entre em contato pelo telefone SAC **0800 647 0026**

### • **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. Acesse o Guia Médico, localizado no centro da primeira página do site: [unimedblumenau.coop.br](http://unimedblumenau.coop.br)
2. Insira o número da sua carteirinha
3. Faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos)

► *Novidade!*



**Mais praticidade para você:** agora o site da Unimed é responsivo, ou seja, se adapta à tela de qualquer dispositivo



# LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO



Programa de Acreditação



Comunicação de eventos adversos



Pós-graduação *lato sensu*



Residência



Título de especialista



Qualidade monitorada



Certificações de Entidades Gestoras  
de Outros Programas de Qualidade



Certificação ISO 9001



Doutorado/Pós-Doutorado



Mestrado

## COMO FAZER UMA CONSULTA?



Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o profissional que você deseja e marque o seu horário. No atendimento, será necessário apresentar o cartão do beneficiário e o documento de identidade. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames já realizados.

Os atendimentos serão prestados por médicos cooperados e serviços credenciados do Sistema Nacional Unimed, dentro do território nacional, de acordo com a rede contratada.

Quando você estiver em outra cidade, entre em contato com a Unimed mais próxima para saber quais são os locais em que você poderá receber atendimento. É sempre necessário esse contato antes de se dirigir a um profissional ou a um estabelecimento de saúde.

O contato de todas as Unimeds do Sistema Nacional, bem como a rede credenciada, pode ser obtido no link abaixo:

**<http://unimed.me/1005Bi>**

# COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?



Com a guia de solicitação médica preenchida e o cartão do beneficiário em mãos, você deverá entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC **0800 647 0026** e SAC Deficientes auditivos <http://unimed.me/1006V0>) para a orientação do processo de liberação.

Durante a ligação serão fornecidas orientações específicas de como proceder para liberar os exames e os procedimentos.

É importante saber que, depois de liberadas, as guias de solicitação médica têm 30 dias de validade. Portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-lo.

# COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?



Dirija-se a Unimed da cidade em que o internamento será realizado tendo em mãos o documento de identidade, o Cartão do beneficiário, a guia de internamento, os exames, o laudo e a justificativa médica. No local, você receberá orientações de como proceder para liberar a guia.

DICA  
UNIMED

## Faça como a Unimed: proteja você.

A Unimed cerca você de cuidados pra você não ter preocupações com a sua saúde. Faça o mesmo. Cuide-se bem, viva bem. Com a mente e o corpo em dia, talvez você nem precise da Unimed. Mas ela está sempre aqui para você se sentir ainda mais seguro.

# 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

# CENTRAL DE AGENDAMENTO



Para agilizar e garantir atendimento com as especialidades médicas cooperadas e serviços credenciados, os beneficiários da Unimed Blumenau dispõem da Central de Agendamento, para marcar consultas, exames e cirurgias.

Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar o **Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC**, por meio do telefone **0800 647 0026** e **SAC deficientes auditivos** <http://unimed.me/1006V0>, para registrar a sua demanda, que será tratada pela Central de Agendamento.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas nº 259 e 268, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



# AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS



Por que pode  
haver divergência  
entre uma  
solicitação médica  
e a autorização?



Exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado. Só vai acontecer se o que for solicitado não estiver previsto contratualmente, não preencher requisitos/diretrizes de utilização fixados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar ou estiver expressamente excluído de cobertura, conforme art. 10 da Lei 9.656/98. Além disso, algumas solicitações são negadas após análise de uma terceira opinião, escolhida de comum acordo entre a operadora e o médico assistente, sempre que persistir uma divergência médica.

# COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT



Para os planos não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9656/98), a **cobertura** e suas limitações estão definidas no próprio contrato. No caso dos planos regulamentados, a cobertura é aquela prevista no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do atendimento, de acordo com o segmento contratado (plano referência, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológica e suas combinações).

**Quando couber cumprimento de carências**, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano\*.

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências\*\*
- 300 (trezentos) dias para parto a termo
- E até 180 dias para os demais procedimentos

*\*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*

## **CPT - Cobertura Parcial Temporária.**

Conforme legislação da Saúde Suplementar, a Unimed aplica um formulário denominado “Declaração de Saúde” e, sendo identificada ou constatada alguma doença/lesão preexistente, o beneficiário fica com a cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em UTI diretamente relacionados com tal doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses contados de sua adesão ao contrato.

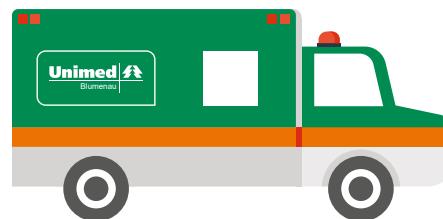
# SOS UNIMED



O SOS Unimed é o mais completo serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de Blumenau e região, através de atendimento presencial ou orientação médica via telefone.

## Serviços oferecidos:

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



Saiba mais em:

[www.unimed.coop.br/web/blumenau/planos/sos](http://www.unimed.coop.br/web/blumenau/planos/sos)

# URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



Toda dor causa aflição e ansiedade, mas nem tudo deve ser entendido como urgência ou emergência.

Os atendimentos de urgência e emergência são realizados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da contratação ou adesão ao plano, observadas as regras a seguir:

## Emergência

É o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente. Na emergência, se o beneficiário estiver em período de carência ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

## Urgência

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. O parto prematuro é considerado uma urgência.

Nos casos de urgência envolvendo acidente pessoal, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar, mesmo se o beneficiário estiver em carência. Se o plano não tiver a segmentação hospitalar, a cobertura será restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

Nos casos de urgência envolvendo complicação no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência para internações e para o parto ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação. Ainda em relação a complicações no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência apenas para o parto, mas já tiver cumprido a carência para internações, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar.

# TELESSAÚDE



Telessaúde é o atendimento online da Unimed Blumenau.

O serviço permite consulta de qualquer lugar, seguindo padrões usuais de atendimento presencial e direcionando clientes ao cuidado certo.

Desde que as restrições de mobilidade urbana e isolamento social limitaram a interação entre pessoas, por conta da crise causada pela pandemia do novo coronavírus, os serviços de telemedicina passaram a ser uma alternativa essencial para atender às necessidades de consultas e cuidados médicos.

O objetivo é aproximar o contato entre médicos e beneficiários e facilitar a vida de quem precisa marcar uma consulta, mas não se sente seguro para sair de casa.

Nossa rede para atendimento nesta modalidade está sendo ampliada a cada dia.

Saiba mais em:

[www.telessaudeblumenau.com.br](http://www.telessaudeblumenau.com.br)



# POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?



Certifique-se de seus direitos e deveres, informando-se em detalhes sobre os benefícios do plano contratado por você diretamente, ou mesmo por meio de sua empresa ou entidade representativa. O cliente que paga um plano de saúde tem direito a tudo aquilo que contratou. A Unimed, em nenhum momento, se nega a cumprir o que está definido em contrato, mutuamente acertado. No entanto, é importante frisar: o plano deve ser utilizado com consciência. Ele não é um bem de consumo, ele consiste num benefício. A receita que uma pessoa gera, cobre as despesas de outro cliente, e vice-versa. Se não fosse assim, sua sustentação (para as operadoras de planos de saúde e para os próprios beneficiários) seria impossível.

A sua utilização correta ajuda a minimizar os custos e os índices de reajustes futuros, mantendo o equilíbrio entre receitas e despesas. Quando se fala em utilização correta, não se quer dizer restrição à consulta e acesso aos exames necessários. Significa, apenas, não repetir procedimentos desnecessários e buscar cuidar de seu cartão de saúde, como se fosse um cartão de crédito. Ele não é infinito, porque os recursos em saúde não o são.

Inclui também não ficar mudando de especialistas infinitamente. Se o diagnóstico de um determinado sintoma está difícil, duas opiniões, ou no máximo três, podem ser suficientes. Nosso pedido é apenas para que possamos dizer não ao desperdício. Afinal, desperdício em saúde significa, invariavelmente, deixar alguém sem o atendimento adequado. E quanto mais acontecer o uso inadequado do plano de saúde, mais transtornos poderão ocorrer para a operadora de seu plano e também para você.

# QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?

## DICA UNIMED

### Seus exames valem muito.

Fazer exames exige tempo e é um pouco desconfortável. E se o seu plano tem coparticipação, uma parte do custo é cobrada de você. Por isso, seus exames são valiosos. Guarde todos e leve para o seu médico na próxima consulta. Ele vai avaliar se você precisa de novos exames. Às vezes, os que você já fez são o suficiente.



#### 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
- 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
- d) 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

### Quanto ao fator moderador

**a) Coparticipação** – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial, após a realização do procedimento

**b) Sem fator moderador** – Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado

### 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 adaptados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS – Agência Nacional de Saúde)

### Quanto ao padrão de acomodação

a) Enfermaria (Acomodação coletiva)

b) Apartamento (Acomodação individual)

### Contrate seu plano conosco:

Telefone: 47 3331 8655

WhatsApp: 47 9 9901 0459

E-mail: comercial@unimedblumenau.com.br”

DICA  
UNIMED

## Você precisa mesmo de pronto-socorro?

Os pronto-socorros dos hospitais precisam estar livres para os casos de emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem o seu histórico. E você vai ajudar alguém que realmente precisa de um pronto-socorro.

## Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal, a responsabilidade financeira pelo internamento e demais procedimentos necessários passa a ser do contratante, restando somente à Operadora 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.

Urgência	Emergência
<b>Plano ambulatorial</b>	
Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
<b>Plano hospitalar sem obstetrícia</b>	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
<b>Plano hospitalar com obstetrícia</b>	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional, com carência cumprida (180 dias): atendimento integral	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	
<b>Plano referência</b>	
Atendimento integral	Atendimento integral

# QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?

## DICA UNIMED

### Viver bem: o melhor remédio.

Não tem segredo: para viver mais e melhor você deve ter bons hábitos. Praticar atividades físicas, buscar o equilíbrio, seguir uma dieta saudável e dormir bem. É por isso que a Unimed promove a saúde e a qualidade de vida acima de tudo.



Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional.

Verifique o seu contrato ou tire dúvidas na sua Unimed ou no RH de sua empresa, se o seu plano for coletivo.

# 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 omissos 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 em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

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 aditados para contemplar a Resolução Normativa (RN) nº 309/2012, 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. Isso acontece porque, em geral, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários e mais frequentes se tornam os cuidados com a saúde. As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

# EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?



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 ( no caso de contratos empresariais, verificar com o RH da sua empresa esta condição) ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos 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, faturas ou recibos do hospital.

d) Recibos individualizados 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 em no máximo 30 dias.

### 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.

DICA  
UNIMED

### É arriscado se automedicar.

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam ou se irritar quando eles não prescrevem nenhum remédio. Acredite: você vai ficar melhor se confiar no que o seu médico diz.

## COMO ACONTECEM AS 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, que serão enviadas à Unimed.

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

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?

## DICA UNIMED

### Coloque a sua saúde na cabeça.

A nossa mente é muito poderosa. Ela pode nos ajudar a fugir de vícios, como o álcool e o cigarro. Pode nos ensinar a evitar os sentimentos negativos, mantendo um bom diálogo com as pessoas, gostando do que a gente faz e curtindo a vida. Tenha isso sempre em mente que você vai ser mais feliz e saudável.



Usualmente, são dependentes:

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.

## COMO FIÇA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?



O recém-nascido (filho natural ou adotado) que 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, seu documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê.

O **recém-nascido** (filho natural ou adotado) só receberá atendimento sem o seu Cartão do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento ou adoção.

Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

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.

# PORTAL DE SERVIÇOS

## DICA UNIMED

### Se o seu plano é empresarial conheça os detalhes.

O seu plano Unimed faz parte dos benefícios que a sua empresa, conselho profissional, sindicato, associação, cooperativa, dentre outras pessoas jurídicas, oferece a você. Então pergunte ao RH ou ao setor responsável por esse benefício na instituição a qual está ligado quais são os direitos que o plano coletivo lhe dá e o que é que você deve fazer. Se ainda tiver dúvidas, fale com a Unimed. Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudá-lo a utilizar melhor o seu plano, sem correr o risco de qualquer transtorno. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro.



#### 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, entre em contato pelo **fale conosco:**  
[www.unimed.coop.br/web/blumenau/fale-conosco](http://www.unimed.coop.br/web/blumenau/fale-conosco)

Ou através do **e-mail:**  
[unimed@unimedblumenau.com.br](mailto:unimed@unimedblumenau.com.br)



# DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS



## Direitos

- Ser bem atendido
- Receber o produto que contratou
- Ser ouvido



## Deveres

- Ler o seu contrato e tirar dúvidas antes de sua assinatura
- Pagar sua fatura em dia
- Procurar a rede cooperada/credenciada para atendimento
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário

DICA  
UNIMED

**A sua consulta é um momento importante.**

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Marque a consulta ou exame com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você nem os outros vão ficar esperando à toa.

# SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

- ▶ O **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o canal disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Blumenau. Além desse, disponibilizamos também o canal **Fale conosco** que está disponível no link [www.unimed.coop.br/web/blumenau/fale-conosco](http://www.unimed.coop.br/web/blumenau/fale-conosco)



SAC **0800 647 0026**

SAC deficientes auditivos <http://unimed.me/1006V0>

# OUVIDORIA

- ▶ A **Ouvidoria** é um canal de comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de primeiro atendimento hoje existentes na Unimed, mas está sempre pronta a atendê-lo(a), caso não tenha obtido sucesso em seu atendimento junto aos demais canais.

Por se tratar de um atendimento em segunda instância, preencha o formulário específico no site [www.unimed.coop.br/web/blumenau/ouvidoria](http://www.unimed.coop.br/web/blumenau/ouvidoria) e acesse *Registrar Manifestação*. Ou entre em contato pelo telefone: **(47) 3331 8666** (de 2ª a 6ª feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 17h30).

**Importante:** A Ouvidoria poderá solicitar o número de protocolo gerado através do atendimento realizado previamente. Caso não consiga atendimento na primeira instância, poderá recorrer diretamente à Ouvidoria.

O prazo para resposta da Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade.

Saiba mais acessando o **Manual da Ouvidoria** através do site:

[www.unimed.coop.br/web/blumenau/ouvidoria](http://www.unimed.coop.br/web/blumenau/ouvidoria)

# PORTABILIDADE

## RN nº 438

Portabilidade é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária, relativas às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Entrou em vigor em 03/06/2019, a Resolução Normativa ANS nº 438, que dispõe sobre novas regras para contratação do plano de saúde por Portabilidade de Carências.

### **O que é carência?**

É o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano de saúde, durante o qual o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação do plano.

### **Quem tem direito a pedir a portabilidade?**

Com a nova normativa, todo o beneficiário de planos de saúde poderá realizar a portabilidade de carências, respeitando o tempo mínimo de permanência no plano: na primeira portabilidade, mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária); para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem.

### **O que muda com as novas regras?**

As regras trazem diversas mudanças em prol do consumidor, entre elas a permissão para que beneficiários de planos coletivos empresariais possam realizar a portabilidade, a extinção de um período-limite para a solicitação do recurso e o fim da necessidade de compatibilidade de cobertura para mudar de plano.



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.

# AUDITORIA

(Resolução CFM nº 1.614/2001)

A atividade de auditoria em saúde garante a qualidade da assistência médica, respeitando as normas técnicas, éticas e administrativas. Por se tratar de atividade que envolve recursos financeiros e interesses conflitantes, as ações e processos obedecerão a uma gestão racional dos recursos disponíveis e a garantia de uma relação equilibrada entre custo e benefício. A auditoria médica exige bom senso e conhecimento técnico da matéria que se vai auditar e o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do Código de Ética Médica.

Fonte: [http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CFM/2011/44\\_2011.htm](http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CFM/2011/44_2011.htm)

# INATIVOS

**Lei nº 9.656/98 e RN nº 279**

Tem direito a se manter no plano de saúde, aposentados que tenham contribuído com o plano empresarial e empregados demitidos sem justa causa, para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei 9.656/98. O ex-empregado deverá ter contribuído no pagamento do plano durante a vigência de seu contrato de trabalho e deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento. Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem ou enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. Os demitidos sem justa causa ou exonerados poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitado o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde. É garantido ao aposentado ou demitido o direito de manter a condição de beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido.

Fonte: <http://unimed.me/1g4uNDd>

# Glossário

**Acidente pessoal** – É uma situação súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física, que torna necessário o tratamento médico.

**Beneficiário** – Pessoa física, titular ou dependente, que possui direito e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

**Cobertura** – É o agrupamento de procedimentos de acordo com a segmentação assistencial contratada

**Coparticipação** – É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo usuário à operadora, após a realização do procedimento.

**Emergência** – É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperado/assistente.

**Empresa** – É a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

**Exames clínicos** – O exame clínico é aquele realizado pelo médico, durante a consulta, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico. A realização do exame físico, aliada à anamnese (entrevista sobre histórico do paciente), pode dispensar exames complementares. No entanto, se julgar necessário, o médico pode solicitar exames adicionais, a fim de diagnosticar mais precisamente o problema e determinar o melhor tratamento.

**Exames complementares** – O exame complementar é aquele feito em clínicas e laboratórios. Com o objetivo de confirmar um diagnóstico, auxiliar o médico na definição do tratamento mais adequado para o problema apresentado.

**Guia Médico** – É um dos principais pontos de contato entre a marca Unimed e seus clientes e ele deve disseminar os atributos desta marca. Ter um Guia Médico padronizado e reconhecível em qualquer parte do país potencializa estes atributos e confere maior credibilidade ao Sistema Unimed.

**Intercâmbio** – É o atendimento prestado por uma Unimed (Singular) de uma determinada cidade a beneficiários de Unimeds de outras cidades.

**Plano** – É o produto registrado na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

**Sistema Unimed** – É o conjunto de todas as Unimeds, Cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a você ou a sua empresa, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos beneficiários.

**Tabela referência** – É a tabela utilizada para a efetivação do pagamento do reembolso ao usuário, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para os planos coparticipativos.

**Unidades de atendimento** – São postos de atendimento das Unimeds que estão distribuídas na área de ação, para facilitar o atendimento dos beneficiários.

**Urgência** – É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional



Baixe o APP  
**UNIMED**  
**CLIENTE.**  
A Unimed Blumenau  
a um toque de você.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



**ANS - nº 33456-1**

[www.unimedblumenau.coop.br](http://www.unimedblumenau.coop.br)

Rua das Missões, 455

89051-900 - Ponta Aguda - Blumenau/SC

T. (47) 3331-8500 SAC 0800 647 0026

Ouvidoria [www.unimed.coop.br/web/blumenau/ouvidoria](http://www.unimed.coop.br/web/blumenau/ouvidoria)

Elaboração em: 06/11/2018 | Revisão em: 03/08/2021