



Como usar
melhor o
seu plano
de saúde



Manual do _____
**Cliente
Unimed**

Índice

VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA	6
JEITO DE CUIDAR	7
QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?	8
QUAL É A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO MEU PLANO?	10
SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	12
CONHEÇA SEU CARTÃO UNIMED	13
QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O MEU CARTÃO UNIMED?	14
APP CLIENTE UNIMED	15
ATUALIZAÇÃO CADASTRAL	16
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	17
LEGENDA DOS ÍCONES DE ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO	18
CANAIS DE ATENDIMENTO	19
PORTAL DO BENEFICIÁRIO	20
SAC	21
OUVIDORIA	22
CANAL DE DENÚNCIAS	23
CENTRAL DE AGENDAMENTOS	24
SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO	25
ENDEREÇOS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO	26
BOLETOS	28
ATENÇÃO COM FRAUDES NO BOLETO	29
SOLICITAÇÃO DE BOLETOS	30
CLÍNICA DE ATENÇÃO À SAÚDE (CAS)	31

Cuidar bem faz bem. A Unimed pensa em você.

CLUBE DE BENEFÍCIOS	34
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS	36
SOS UNIMED	37
UNIMED FONE	38
UNIMED AIR	39
INFORMAÇÕES GERAIS	40
COMO FAZER UMA CONSULTA?	41
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	42
COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?	43
PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO	44
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	46
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	47
INFORMAÇÕES SOBRE O CONTRATO	48
POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?	49
COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT	50
REAJUSTE DE MENSALIDADES	52
REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA	54
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?	56
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	57
COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	58
DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS	59
PORTABILIDADE	60
INATIVOS	67
AUDITORIA	68
MUDEI HÁBITO	69
GLOSSÁRIO E CONTATO DAS UNIMEDS DO PARANÁ	70

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 341 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional. Atualmente, somos 118 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à sua disposição. Só no estado do Paraná, somos mais de onze mil médicos.

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 Cascavel!

Cuidar bem
faz bem.
A Unimed
pensa em
você...

Vocação NÃO É UMA ESCOLHA

É atender a um chamado e dedicar-se profundamente àquilo a que fomos predestinados.

Somos médicos, somos uma marca de médicos.

Mais do que conhecimento para curar, temos comprometimento com a vida, com as pessoas, com o mundo.

Fazemos o melhor porque nascemos e nos unimos para fazer isso.

Somos uma Cooperativa de médicos.

Muito mais do que um prestador de serviços de saúde.

A Unimed é um sistema que cuida das pessoas para que elas possam aproveitar a vida.

Temos vocação para cuidar das pessoas.

Cuidar é ter atitude para solucionar e acolher, é estar presente a serviço do outro.

Temos disposição natural e vocação para essa missão.

Cuidar está no nosso DNA

No entanto, o mais importante de todos os cuidados é o autocuidado. Ele direciona todo o resto. Prestar atenção em nós mesmos, no que fazemos, comemos, bebemos e em como vivemos é o primeiro passo para uma atenção integral ao nosso corpo e também ao nosso espírito.





○ *Jeito de Cuidar* UNIMED

É um programa do sistema Unimed, que visa integrar pessoas com vocação para cuidar, inspiradas pelo espírito cooperativista.

A empatia, a vocação e a dedicação são essenciais para o cuidado mútuo. Cuidar de pessoas vai além do atendimento médico, trata-se de uma entrega que conduz o nosso dia a dia, estamos gerando experiências de atenção, dedicação e amor pelo que fazemos.

Com atitudes e comportamentos, processos e procedimentos, equipamentos e estruturas que têm o propósito de cuidar da saúde e do bem-estar das pessoas tornamos a vida melhor.

**Cuidar de você,
é o que nos inspira diariamente!**

<https://www.unimed.coop.br/site/web/cascavel/jeito-de-cuidar-unimed>

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 (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) Municipal
- d) Grupo de Municípios
- e) Grupo de Estados



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 mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é repassado à pessoa jurídica contratante
- c) Pós-pagamento em rateio (pós-estabelecido em rateio)** – Quando o valor da mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é dividido, pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante, entre todos os beneficiários do plano, independente da utilização da cobertura

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 parte da despesa assistencial diretamente ao prestador da rede credenciada, no ato da utilização do serviço
- c) 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 editados 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)

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.

QUAL É A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO 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.

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
Plano ambulatorial	
Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar sem obstetrícia	
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
Plano hospitalar com obstetrícia	
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	
Plano referência	
Atendimento integral	Atendimento integral

SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO



A Unimed fornecerá o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, onde no momento da utilização é necessária a apresentação do mesmo, juntamente com um documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

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



▼ Conheça o seu cartão Unimed

Tipo de contratação:

Individual ou familiar: o cliente contrata o plano na operadora. Coletivo por adesão: contratação feita por associação profissional ou sindicato. Coletivo empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador.

Tipo de acomodação contratada.

Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.

Código do cliente.

Código QR.

Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano.

Nome da empresa ou contratante do plano.

Descrição do produto contratado.



Data de Término de Vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.

Código da Unimed do local de atendimento do cliente.

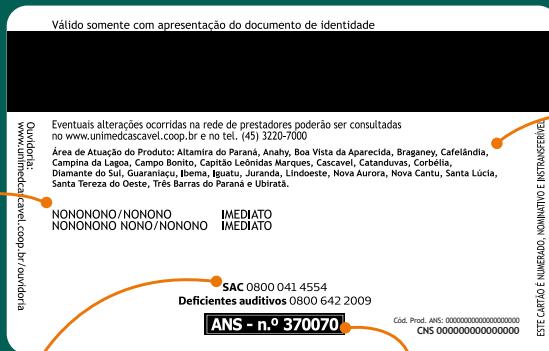
A Rede de Prestadores que o cliente tem direito e o Tipo de Prestador: refere-se ao tipo de prestador que o cliente contratou, conforme classificação do Manual de Intercâmbio Nacional.

Código da via do cartão.

Data da validade do cartão.

Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de Saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

VERSO



Grupos de procedimentos com carências a cumprir

Área de atuação

Número de telefone do SAC

Número do registro da operadora na ANS

QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O MEU CARTÃO UNIMED?

- ▼
 - Verifique as informações impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo e-mail: faleconosco@unimedcascavel.coop, br ou via telefone **SAC 0800 041 4554 e SAC Deficientes auditivos 0800 642 2009**.
 - Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados (endereços, telefones, *e-mail* entre outras informações).
 - Na ocorrência de qualquer alteração, acesse o aplicativo ou entre contato com o SAC.

Baixar o App Unimed



Você, cliente da Unimed Cascavel, tem à disposição um aplicativo exclusivo com uma série de funcionalidades que agilizam as suas necessidades ao utilizar o seu plano de saúde.

O **App Unimed Cliente PR** pode ser baixado gratuitamente nas lojas virtuais para celulares e tablets com sistemas IOS e Android.

Confira alguns dos serviços disponíveis:

- Guia médico (consultórios, clínicas, hospitais, médicos...)
- Cartão virtual
- Segunda via de boleto
- Extrato de utilização
- Extrato de coparticipação
- Autorizações de guia
- Notícias

**BAIXE
AGORA
O APP:**



Unimed Cliente PR | 🔍

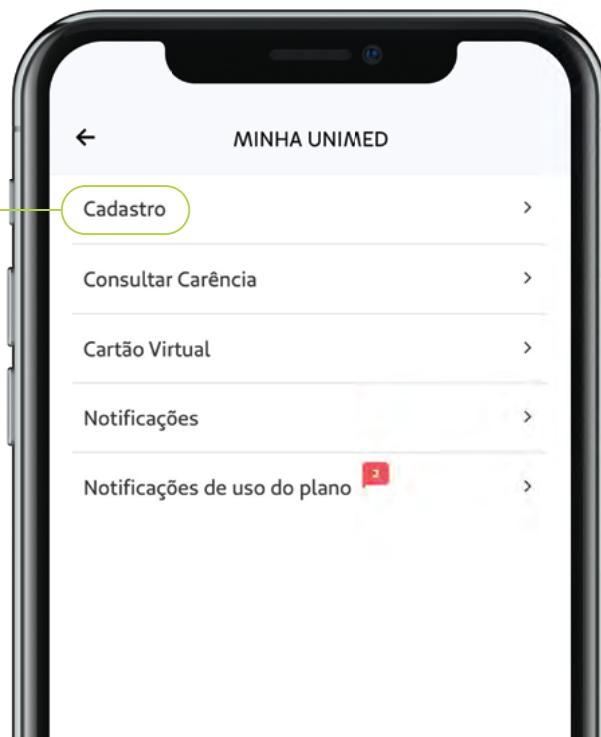


ATUALIZAÇÃO CADASTRAL



Para que todos os processos ocorram de forma eficaz, é importante que os beneficiários mantenham os dados atualizados junto à Cooperativa, o que pode ser feito por meio do APP Unimed Cliente PR.

A Unimed cumpre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o que garante o sigilo das informações.



COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?



Guia Médico
Sua busca ficou ainda mais fácil!
Encontre médicos, clínicas, laboratórios e hospitais da nossa rede

1. [Acesse aqui](#)

Encontre um médico
E outros recursos da Unimed, sempre perto de você

Busca rápida | Busca detalhada

2. Digite aqui o que você procura

3. 000.000.000-00
É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha

Apenas atendimentos de urgência e emergência

Pesquisar

Mudança na rede prestadora

1.

Acesse o Guia Médico, localizado no centro da primeira página do site:

www.nimedcascavel.coop.br

2.

Insira o que você procura (*nome do médico, clínica, laboratório ou especialidade*)

3.

Insira o seu CPF ou número da carteirinha



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

- ▶ A rede prestadora da Unimed Cascavel (cooperados, hospitais, clínicas e laboratórios) é classificada por atributos de qualificação, conforme preconiza a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Ao acionar o GUIA MÉDICO da Unimed Cascavel, você verá os ícones que indicam as especialidades comprovadas e demais atributos de qualificação dos (as) profissionais ou prestadores (as) que você pesquisar.



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



CANAIS DE **ATENDIMENTO**

PORTAL DO BENEFICIÁRIO

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.



A Cooperativa oferece comodidades aos clientes Pessoa Física e Pessoa Jurídica, por meio do de um portal exclusivo disponível em <https://www.unimedcascavel.coop.br/beneficiario>

Confira as funcionalidades:

- Solicitação de 2º via de carteirinha
- Boleto para pagamento
- Demonstrativo para I.R
- Alteração Cadastral
- Demonstração de quitação de débitos
- Alteração da data de vencimento da mensalidade
- Solicitação de reembolso
- Cancelamento do plano
- Consulta de prazos e carências
- Portabilidade

Importante:

Para clientes Pessoa Jurídica, consulte o RH da sua empresa.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

- ▶ O **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o primeiro canal que cliente deve procurar para realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Cascavel.

Formulário on-line:

www.unimedcascavel.coop.br/faleconosco

E-mail:

faleconosco@unimedcascavel.coop.br

0800 041 4554

24 horas

0800 642 2009

Deficientes auditivos

(45) 3220-7000

Ligações e WhatsApp de segunda a sexta-feira das 7h45 às 17h45.



OUVIDORIA



A Ouvidoria é uma unidade de segunda instância e não substitui e nem invalida os canais de atendimento existentes, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em atendimento junto aos demais canais como: Fale conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Formulário on-line:

www.unimedcascavel.coop.br/ouvidoria

E-mail:

ouvidoria@unimedcascavel.coop.br

Telefone/WhatsApp:

(45) 3220-7173

Presencial:

De segunda a sexta-feira, das 7h45 às 17h45

Aplicativo Unimed Cliente PR:

Disponível para download na sua loja de aplicativos.

CANAL DE DENÚNCIAS



Se você precisar de um meio seguro para registrar suas dúvidas ou denunciar o descumprimento de regras, conte com o Canal de Denúncias da Unimed Cascavel, que garante o seu anonimato, a confidencialidade das questões tratadas e o mais absoluto sigilo.

O canal está disponível para todos os públicos de relacionamento da Cooperativa (beneficiários, colaboradores, cooperados, fornecedores, prestadores, entre outros). As denúncias recebidas são tratadas pelo Comitê de Conduta. Em todos os casos existe o compromisso da Unimed Cascavel em conduzir o assunto de acordo com os preceitos legais e princípios do ordenamento jurídico brasileiro.

E-mail:
unimedcascavel@legaletica.com.br

Ligação gratuita:
0800 591 4117

WhatsApp:
(11) 95271-1924

Internet:
<https://www.unimed.coop.br/site/web/cascavel/canal-de-denuncias>

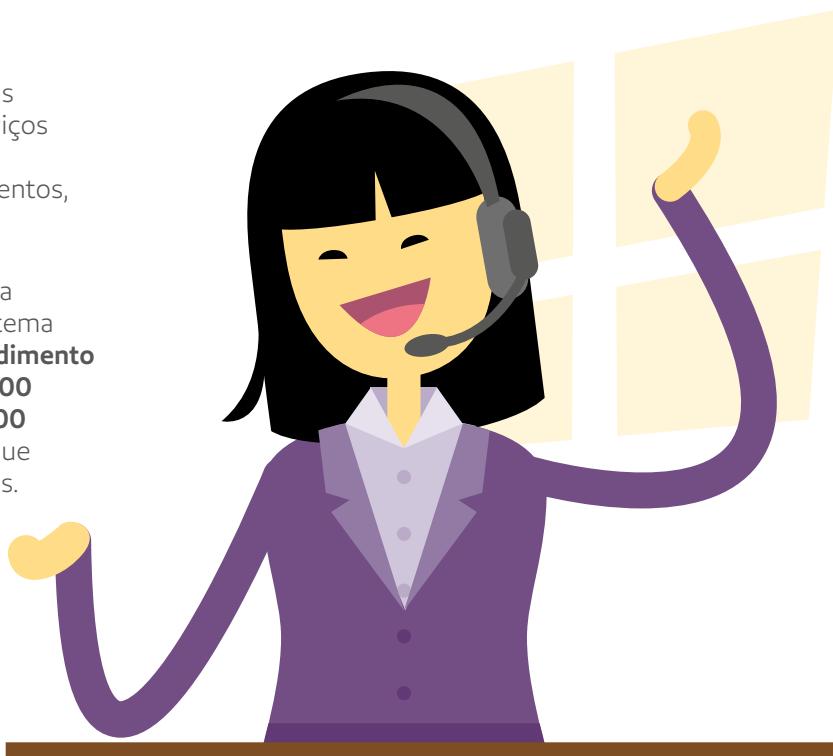
CENTRAL DE AGENDAMENTOS



Para agilizar e garantir atendimento com as especialidades médicas cooperadas e serviços credenciados, os beneficiários da Unimed Cascavel dispõem da Central de Agendamentos, 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 041 4554** e **SAC deficientes auditivos 0800 642 2009**, para registrar a sua demanda, que será tratada pela Central de Agendamentos.

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



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO



Precisa fazer o pedido de reembolso? Saiba como!

Poderá ser requerido o reembolso em até 01 (um) ano contado a partir da data do evento. O mesmo deverá ser solicitado juntamente com toda a documentação pertinente ao processo.

Todos os detalhes para a solicitação estão disponíveis no portal da Unimed Cascavel. Clique no link a seguir para acessar:

<https://www.unimedcascavel.coop.br/beneficiario>

Unidades de
atendimento

Endereços e horários de funcionamento

Unimed Cascavel

Rua Barão do Cerro Azul, 594 - Centro
CEP: 85802-050 - Cascavel-PR
Fone e WhatsApp: (45) 3220-7000
E-mail: faleconosco@unimedcascavel.coop.br

Departamento de vendas

Rua Barão do Cerro Azul, 594 - Centro
CEP: 85802-050 - Cascavel-PR
Fone ou WhatsApp: (45) 3220-7007

Ponto de vendas em Ubitatã

Avenida Nilza de Oliveira Pipino, 1566 - Centro
CEP: 85440-000 - Ubitatã-PR
Fone e WhatsApp: (44) 3543-1625

CAS - Centro de Atenção à Saúde - Unidade Cascavel

Av. Tancredo Neves, 1189 - Centro
CEP: 85802-226 - Cascavel-PR
Fone e WhatsApp: (45) 3038-8989

CAS - Centro de Atenção à Saúde - Unidade Cafelândia

Rua Munhoz de Melo, 87 - Sala 02 - Consolata
CEP: 85415-000 - Cafelândia-PR
Fone: (45) 3010-5015 / WhatsApp: (45) 99993-4265

SOS Unimed e Unimed Fone

0800 955 0000

Central de agendamentos

(45) 3220-7066

A Unimed Cascavel preza pela agilidade no atendimento, mas não pode interferir na agenda particular de consultas dos médicos cooperados. Ainda assim, a cooperativa coloca a sua disposição a garantia de atendimento no prazo máximo de 14 dias por meio da Central de agendamentos. Entre em contato conosco e um profissional da Unimed Cascavel encontrará um médico da especialidade que você deseja.

Canais de atendimento

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)

E-mail: faleconosco@unimedcascavel.coop.br
Telefone 24h: 0800 041 4554
Ligações e WhatsApp: (45) 3220-7000

Ouvidoria

E-mail: ouvidoria@unimedcascavel.coop.br
Endereço: Rua Barão do Cerro Azul, nº594 - Ciro Nardi

Canal de denúncias

E-mail: unimedcascavel@legaletica.com.br
Telefone: 0800 591 4117

The image features a solid orange background. In the center, the word "BOLETOS" is written in a bold, white, sans-serif font. The background is decorated with white, wavy, horizontal lines that resemble water or a stylized pattern. On the right side, there is a white arrow shape pointing to the right, which is partially cut off by the edge of the image.

BOLETOS

ATENÇÃO COM FRAUDES NO BOLETO



Atenção, beneficiários Unimed Cascavel!

Um novo tipo de fraude tem causado prejuízo a clientes que usam sites de busca para pesquisar sobre 2ª via de boletos da Cooperativa.

Como agem os golpistas?

Ao pesquisar usando a expressão “segunda via de boleto”, surgem vários sites com anúncios pagos. Se o beneficiário clica, é direcionado para uma página falsa onde aparecem as marcas da Unimed (sem especificar de qual Unimed se trata).

Quando o cliente clica na falsa opção “Segunda Via de Boleto” (ou algo do gênero), é direcionado para um atendimento via WhatsApp. Nessa conversa, o golpista pede que o beneficiário informe nome, CPF e valor da mensalidade. Em seguida é gerado um boleto que sequer contém o nome da Unimed Cascavel ou o CNPJ verdadeiro da Cooperativa.

Como é o atendimento real da Unimed?

A Unimed Cascavel jamais pede o valor da mensalidade. No atendimento real via WhatsApp é pedido apenas o CPF ou o número do cartão do beneficiário.

Os únicos números verdadeiros de atendimento pelo WhatsApp são:

(45) 3220-7000 ou (45) 3220-7009

Quando você precisar da segunda via do seu boleto, acesse o APP Unimed Cliente PR ou o portal da Unimed Cascavel (onde serão solicitados login e senha).

www.unimedcascavel.coop.br/beneficiario

Nos boletos verdadeiros, duas informações são obrigatórias e aparecem exatamente assim:

adesco		237-2	23793.53606 90000.707472 39	
L. PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU NO BRADESCO EXPRESSO				
UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA CNPJ: 81.170.063/0001-75				
R. Barão do Cerro Azul, 594 - Centro - CEP: 85802-050 - Cascavel - PR				
21	NUMERO DO DOCUMENTO	ESPECIE DOC.	ACRESC.	DATA PRECIS.
		REC	N	07/06
CARTERA	ESPECIE	QUANTIDADE DA MOEDA	VALOR DA MOEDA	
09	R\$			
XTO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO				

SOLICITAÇÃO DE BOLETOS



Boleto por e-mail:

Cadastre seu boleto para recebimento de Fatura Digital, você recebe seu título mensal com muito mais agilidade, antecedência e ainda ajuda o meio ambiente.

Débito Automático:

Se você é cliente do Banco do Brasil, Bradesco, Caixa Econômica Federal, Santander, Sicoob ou Sicredi garanta seu pagamento em dia e cadastre o débito automático, solicitando seu código de identificação em um dos nossos canais de atendimento.

Agora se for cliente Itaú, deve solicitar o preenchimento e assinatura no Termo de Adesão, que também está disponível em nossos canais de atendimento ao cliente.

Lembre-se de manter seus dados cadastrais atualizados.



CLÍNICA
DA UNIMED

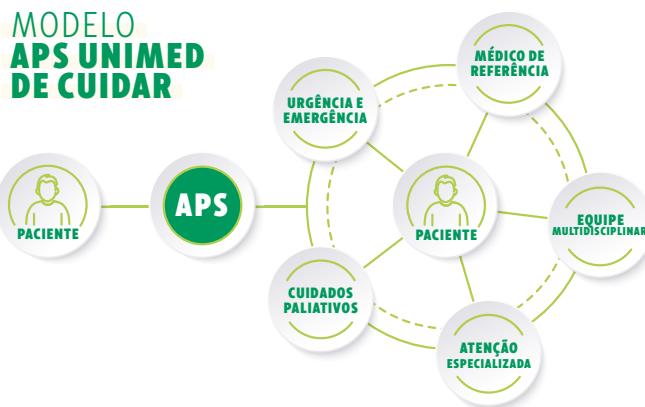
CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE - CAS



Apelidado de CAS, o Centro de Atenção à Saúde da Unimed Cascavel tem uma estrutura de 1.600 metros quadrados, localizada na esquina da avenida Tancredo Neves com a rua Vitória. É uma clínica de atenção primária que oferece aos beneficiários um laboratório de análises clínicas, 12 consultórios clínicos, ginecológicos e pediátricos, bem como as salas de Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Assistência Social.

Há ainda uma ala de triagem, um espaço de farmácia, vacinação, inalação, aplicação de medicamentos imunobiológicos e uma área de tratamento para pacientes que precisam receber medicamentos intravenosos.

O CAS é baseado no conceito de APS (Atenção Primária à Saúde), mas com um novo significado: Atenção Personalizada à Saúde, que oferece um acompanhamento preventivo e integral com médico e equipe multiprofissional.



A estrutura centraliza os projetos de **Medicina Preventiva** oferecidos pela Cooperativa:

- **Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas**
- **Saúde Corporativa**
- **Idoso Bem Cuidado**
- **Cegonha**
- **Antitabagismo**
- **Núcleo de Obesidade**
- **Na Medida**
- **Abraçar** (para crianças com autismo)

O Centro de Atenção à Saúde também é sede da Rede de Cuidados Especiais, que proporciona programas de saúde para melhorar a qualidade de vida dos beneficiários:

- **RCC** – Rede de Cuidados Continuados (para pacientes com doenças crônicas e ameaçadoras à vida).
- **PGC** – Programa de Gerenciamento de Casos (Visitas com equipe multidisciplinar para pacientes com doenças limitantes/acamados).
- **SAD** – Serviço de Atenção Domiciliar (para que pacientes desospitalizados continuem recebendo atendimento em casa).

Além da unidade de Cascavel, o CAS também tem uma estrutura na cidade de Cafelândia.



Cascavel

Av. Tancredo Neves, 1189 – Centro
Fone e WhatsApp: (45) 3038-8989



Cafelândia

R. Munhoz de Melo, 87 – Sala 02 – Consolata
Fone: (45) 3010-5015 / WhatsApp: (45) 99993-4265



BENEFÍCIOS
EXCLUSIVOS

CLUBE DE BENEFÍCIOS



O **Clube de Benefícios Cuidar Bem** é uma iniciativa da Cooperativa que oferece parcerias com diversas empresas para oferecer descontos especiais para clientes e cooperados da Unimed Cascavel. Esses descontos são uma forma de estimular a mudança de hábitos, contribuindo para uma rotina mais saudável.

Para aproveitar este benefício, dirija-se ao parceiro escolhido e apresente seu cartão Unimed.

Conheça nossos parceiros!

Acesse: www.unimedcascavel.coop.br/cuidarbem

CLUBE DE BENEFÍCIOS





PRODUTOS
NÃO
ASSISTENCIAIS

SOS UNIMED



A Unimed disponibiliza aos seus clientes o **SOS Unimed**.

Esse é um serviço que você pode acionar em caso de urgências e emergências médicas.

As equipes são formadas por socorristas, médicos e enfermeiros e são amparadas por UTIs móveis com padrão de qualidade de primeiro mundo, com mais de 300 itens essenciais para salvar vidas.* Mais informações:

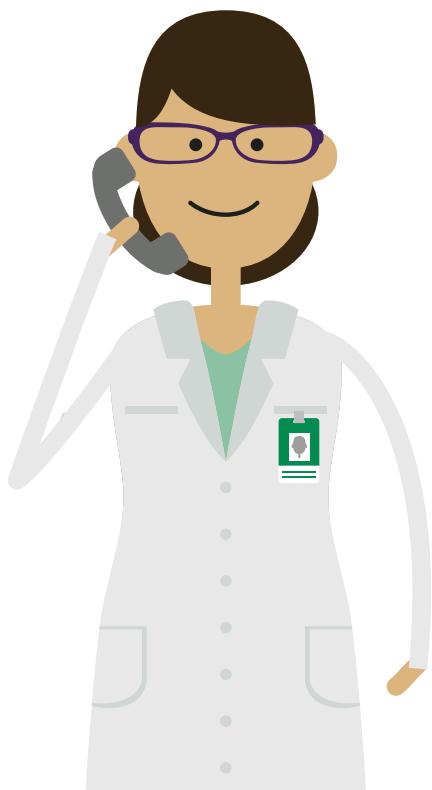
Ligue 0800 955 0000

O serviço de remoção terrestre SOS Unimed é disponível exclusivamente para o perímetro urbano de Cascavel/PR.

Certifique em seu contrato se você possui este serviço.



UNIMED FONE



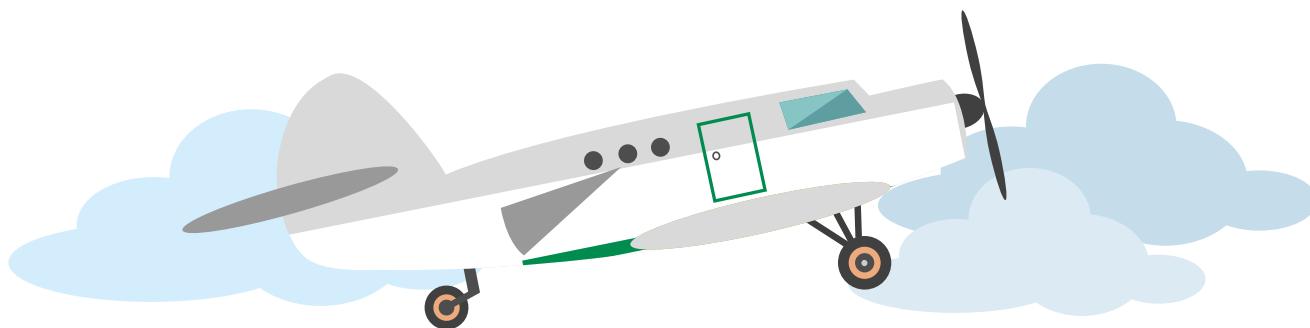
Uma infraestrutura moderna e equipada com uma sofisticada central telefônica pronta para receber ligações do país inteiro, sem tarificação e 24h por dia.

Com o **Unimed Fone**, disponibilizamos uma equipe de médicos de plantão para tirar suas dúvidas e dar orientações a qualquer momento.

Ligue 0800 955 0000

Certifique em seu contrato se você possui este serviço.

UNIMED AIR



O **Unimed AIR** é um serviço que oferece infraestrutura de atendimento com uma central operando 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, realizando o transporte aero médico intra-hospitalar.

Ligue 0800 041 4554

Certifique em seu contrato se você possui este serviço.



INFORMAÇÕES
GERAIS

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:

unimed.me/unimedmaisproxima

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 041 4554** e SAC Deficientes auditivos **0800 642 2009**) 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 90 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

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.

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.



INFORMAÇÕES
SOBRE O
CONTRATO

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.

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 empresarial, consulte o responsável pelo plano de sua 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.

REAJUSTE DE MENSALIDADES



Se seu plano foi contratado até 31/12/1998?

Se seu plano foi contratado até 31/12/1998 e não adaptado à Lei 9.656/98 que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do grupo dos chamados planos antigos, ou não regulamentados. Nesses casos, os reajustes devem seguir o que estiver escrito no contrato, sendo a variação do IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) acumulada nos últimos 12 meses e divulgada pela Fundação Getúlio Vargas, na data de emissão do título referente a mensalidade do aniversário do contrato.

Quando as cláusulas não indicarem expressamente o índice a ser utilizado para reajuste 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 30 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. Há exceções em que o contrato coletivo com menos de 30 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 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA



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.

Consulte o quadro ao lado e verifique as condições de reajuste conforme a data de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário.

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos (1ª faixa) 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A resolução do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária..
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A RN nº 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A RN determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?



No caso de **Planos Coletivos**, o indivíduo 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...)

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.

Observação:

Além do rol acima mencionado, você poderá ter direito a incluir outras pessoas como dependentes, desde que previsto em seu contrato ou no contrato de sua empresa ou entidade representativa.

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.

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.

Após os primeiros 30 dias, a contar do seu nascimento, o recém-nascido deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu Cartão do beneficiário pessoal.

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

Os documentos necessários são a certidão de nascimento (no caso dos recém-nascidos) e a certidão de casamento ou declaração de união estável (no caso dos recém-casados)

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

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.

PORTABILIDADE



RN nº 438 e IN/DIPRO nº 56

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 todos os tipos de planos de saúde, contratados a partir de 02/01/1999, uma vez cumpridos os requisitos trazidos na RN 438/18. A nova regra está vigente desde junho/2019.

Confira, a seguir, os requisitos para mudar de plano sem cumprir novas carências e saiba como fazer a portabilidade.

QUAIS SÃO OS REQUISITOS PARA MUDAR DE PLANO SEM CUMPRIR NOVAS CARÊNCIAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE?

O plano atual deve ter sido contratado após **1º de janeiro de 1999** ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98).

O contrato deve **estar ativo**, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado.

O beneficiário **deve estar em dia com o pagamento** das mensalidades.

O beneficiário deve cumprir o **prazo mínimo** de permanência no plano:

- 1ª Portabilidade – 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.
- 2ª Portabilidade – Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

O plano de destino deve ter **preço compatível** com o seu plano atual (veja a seguir sobre planos compatíveis)

Portabilidade Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de até 24 meses, de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

QUANDO PODE SER SOLICITADA A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

Após cumprido o prazo mínimo de permanência no plano (ver o item requisitos), a portabilidade pode ser solicitada a **qualquer tempo**.

Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade só pode ser requerida **após alta da internação**.

O beneficiário deverá se dirigir à operadora ou à administradora de benefícios responsável pelo plano de destino, com todos os documentos necessários, e solicitar a portabilidade.

COMO SABER QUAIS SÃO OS PLANOS COMPATÍVEIS PARA PORTABILIDADE?

Para um plano ser considerado compatível, ele deve estar em faixa de preço **igual ou menor** que a do seu plano atual (as faixas de preço são definidas pela ANS).

Para consultar os planos compatíveis com o seu plano atual, acesse **o Guia ANS de Planos de Saúde** no portal da ANS. A ferramenta faz, automaticamente, a comparação entre os planos de acordo com o valor da mensalidade.

Casos em que não é exigida a compatibilidade por faixa de preço:

PORTABILIDADE

- Quando o plano de origem tem formação de preço **pós-estabelecida** ou **mista** (plano que não possui valor de mensalidade fixo).
- Quando a portabilidade for realizada de um plano empresarial para outro plano empresarial.
- Nas portabilidades especiais e extraordinárias.
- Nas situações específicas de portabilidade por extinção do vínculo do beneficiário (ver a seguir).

(FIQUE ATENTO) O plano de destino pode ter coberturas não previstas no plano atual. Neste caso, você poderá cumprir carência para as novas coberturas limitada a:

- 300 dias para parto; e
- 180 dias para as demais coberturas (internação, exames, consultas).

É POSSÍVEL FAZER A PORTABILIDADE PARA UM PLANO COM TIPO DIFERENTE DE CONTRATAÇÃO?

Você pode mudar para um plano de saúde de tipo de contratação diferente do seu plano atual (por exemplo: de um plano individual para um plano coletivo e vice-versa). Mas, ao solicitar a portabilidade para um plano coletivo, é preciso observar se você está apto a fazer parte do contrato já em curso. Veja as condições:

Planos coletivos por adesão:

- Ter vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano de saúde (associação de caráter profissional, classista ou setorial).

Planos coletivos empresariais:

- Ter vínculo empregatício ou estatutário com a empresa contratante do plano de saúde;
- Ser ou possuir vínculo com um empresário individual contratante do plano de saúde.

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE PORTABILIDADE: Há casos em que o beneficiário **fica dispensado** de cumprir alguns requisitos para efetuar a portabilidade de carências previstos nas regras gerais. Nessas situações, a portabilidade pode ser solicitada dentro de **60 dias** a partir do momento em que o beneficiário toma conhecimento do cancelamento do plano atual (plano de origem). Confira abaixo os casos específicos e as regras:

SITUAÇÕES

1. O plano coletivo foi cancelado pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante (empresa ou associação)
2. O titular do plano faleceu
3. O titular foi desligado da empresa (por demissão com ou sem justa causa, exoneração, aposentadoria, ou pediu demissão)
4. O beneficiário perdeu a condição de dependente no plano do titular

COMO FICAM AS REGRAS?

Vínculo: O beneficiário não precisa estar com o contrato ativo.

Permanência: O beneficiário não precisa ter cumprido o prazo de permanência mínima, mas se estiver há menos de 300 dias no plano, estará sujeito aos períodos de carência do plano de destino (quando cabíveis) descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

CPT: Se estiver cumprindo CPT, o beneficiário só precisa cumprir o prazo remanescente.

PORTABILIDADE

Compatibilidade: Não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço. O beneficiário pode mudar para qualquer plano independentemente do valor da mensalidade.

A quem se aplica: Tanto o titular quanto os dependentes têm direito à portabilidade.

Data de contratação: O plano atual (plano de origem) pode ter sido contratado antes de 1º/01/1999 e não ter sido adaptado à Lei 9.656/98.

PORTABILIDADE ESPECIAL:

Quando uma operadora de planos de saúde está em fase de encerramento das atividades (por cancelamento de registro ou liquidação extrajudicial), a ANS concede a todos os seus beneficiários o direito de exercer a **portabilidade especial de carências** para plano de outra operadora.

Nesses casos, **não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço e não é necessário ter cumprido prazo mínimo de permanência** no plano de origem.

A portabilidade especial também vale para os beneficiários que tiveram o contrato cancelado (pela operadora ou por iniciativa própria) até 60 dias antes da concessão da portabilidade pela ANS.

QUE DOCUMENTOS É PRECISO APRESENTAR PARA REALIZAR A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

1. Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós pagamento, OU declaração da operadora do plano de origem ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;
2. Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada OU contrato assinado OU declaração da operadora do plano de origem* ou do contratante do plano atual;
3. Relatório de compatibilidade (terá validade de 5 dias a partir da emissão do protocolo) entre os planos de origem e destino OU nº de protocolo, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
4. Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial.

PRAZO DA OPERADORA: A operadora do plano de destino (novo plano) tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

CANCELAMENTO DO PLANO DE ORIGEM

Depois que você já estiver no novo plano, não se esqueça de solicitar o cancelamento do seu plano anterior diretamente à operadora responsável no **prazo de cinco dias**. Guarde seu comprovante, pois a nova operadora poderá solicitá-lo a qualquer momento.

Se você não solicitar o cancelamento nesse prazo, estará sujeito ao cumprimento de carências no novo plano por descumprimento das regras.

PORTABILIDADE

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES!

- A portabilidade de carências é um direito garantido aos beneficiários de planos de saúde **individualmente**, não sendo necessário que todos os membros do contrato ou do grupo familiar exerçam a portabilidade simultaneamente.
- O valor de mensalidade para verificação da compatibilidade refere-se ao **valor pago pelo beneficiário** que está realizando a consulta e não ao valor total do grupo familiar.
- Os planos de operadoras em fase de **cancelamento de registro** ou de **saída do mercado** já determinada pela ANS não podem receber beneficiários por portabilidade de carências.
- Não pode haver **cobrança adicional** ou específica ao beneficiário pelo exercício da portabilidade e não pode haver **discriminação de preços** de planos pela utilização da regra de portabilidade de carências.
- Na portabilidade de carências, é proibido o **preenchimento de novo formulário de Declaração de Saúde**, salvo nos casos em que o novo plano (plano de destino) tenha coberturas que não estavam previstas no plano de origem (ver Cobertura Parcial Temporária).
- A portabilidade de carências pode ser realizada por beneficiários durante ou após o término do **período de remissão** previsto no contrato de origem.

O presente texto é uma adaptação da cartilha sobre portabilidade de carências da ANS, disponível no link:< http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf>. Acesso em 09 de agosto de 2019.

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>

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

O **Mude1hábito** é um Movimento nacional, promovido pela Unimed, que incentiva a melhoria na qualidade de vida, seja na alimentação, na prática de exercícios, na busca pelo equilíbrio emocional, e em pequenas coisas que têm o poder de transformar o modo de ver o mundo.

Estimular o olhar cuidadoso consigo mesmo e buscar alternativas mais saudáveis no seu dia – essa é a nossa maneira de contribuir, ainda mais, para a sua saúde.

Queremos te ajudar a mudar a forma de ver o mundo, a partir de pequenas mudanças no seu dia a dia.

Vamos Juntos?

Participe do nosso movimento e confira mais informações pelo site

www.MUDE1HABITO.com.br



Para saber mais informações correspondentes ao Sistema Unimed, acesse o glossário que está disponível **[aqui](#)**.

Além disso, caso precise falar com outras Unimeds do Estado do Paraná, consulte os contatos que estão disponíveis **[clikando aqui](#)**.

Material desenvolvido por:

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Última atualização:

Junho de 2022