



Sumário

Boas-vindas	03
Benefícios exclusivos	04
App Unimed	05
Dados do seu plano	07
PA Digital e Clínica Digital	08
Classificação e Características dos Planos de Saúde	10
Cobertura Assistencial do Plano de Saúde	12
• Períodos de Carência	14
• Cobertura Parcial Temporária (CPT)	14
• Cartão de Identificação do Plano	15
• Mecanismos de Regulação de Atendimento e Financeiros	15
Inclusão, Alteração e Exclusão do Plano de Saúde	18
• Quem pode ser dependente?	19
Portal do Beneficiário	20
Canais de Atendimento	22
• Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)	22
• Autoatendimento via WhatsApp	23
• Atendimento especializado para pessoas com deficiência auditiva	23
• Autorização Facilitada	23
• Projeto Acolher	23
• Ouvidoria	24
• Atendimento Presencial	25
• Canal de Denúncias	25
Acesso ao Guia Médico	26
Movimentação na Rede Prestadora	27
Atendimento Médico	28
• Urgência e Emergência	28
• Consultas Eletivas	29
• Liberação de Exames, procedimentos e internação	29
• Prazos Máximos para o Atendimento	30
Reembolso	32
Reajuste	33
Portabilidade	34
Informações Importantes	36
Glossário	37
Redes sociais	40



É muito bom ter você aqui!

Bem-vindo(a) à Unimed Santa Catarina! Somos uma cooperativa médica dedicada a proporcionar serviços de saúde de alta qualidade.

Estamos extremamente felizes em recebê-lo como beneficiário!

Nosso compromisso com a excelência nos tornou o maior e mais completo plano de saúde do estado, com a mais abrangente rede própria no Sul do Brasil:



+ de 150 Hospitais Credenciados, sendo 15 próprios



+ de 1.600 Clínicas Credenciadas, sendo 37 próprias



+ de 380 Laboratórios Credenciados, sendo 38 próprios

Esta é uma conquista que nos enche de orgulho e nos impulsiona a continuar crescendo e aprimorando nossos serviços.

Nossa equipe altamente qualificada está constantemente em busca de melhorias para garantir que você receba o melhor cuidado, pois a sua saúde e bem-estar são nossas prioridades. Esse é o nosso Jeito de Cuidar.

Este Manual foi criado para orientar você sobre o melhor uso do seu plano de saúde, incluindo dicas para uma utilização mais eficiente dos nossos serviços.

Conte conosco para qualquer necessidade ou dúvida que possa surgir ao longo de sua jornada.

Importante: As informações apresentadas neste material podem variar conforme o tipo de contrato firmado com a Unimed Santa Catarina.

Benefícios Exclusivos

A Unimed é mais que um plano, conheça as vantagens:



O clube de vantagens ideal para quem quer curtir a vida sem gastar muito. Descontos exclusivos com mais de 500 parceiros, em mais de 20 categorias de ofertas!

 www.meuclubemaisunimed.com.br



Desconto de 50% no valor da inscrição no Corridas Unimed – Circuito Santa Catarina.
*Válido apenas em SC.

 www.circuitodecorridaunimed.com.br

Convênio Farmácias



Mínimo de 30% off* em medicamentos genéricos –
Mínimo de 15% off* nos demais medicamentos.
*Consulte condições.



45% off* em medicamentos genéricos – 25% off* nos
demais medicamentos.
*Somente em medicamentos tarjados.



Até 23%* off em medicamentos de referência – Até 40%*
off em medicamentos genéricos. Condições especiais em
vacinas, válidas durante campanhas específicas da rede
parceira. Consulte as ofertas vigentes.

*Descontos promocionais em itens de higiene e beleza.

*Mediante campanha disponível na rede.

* Percentual passível de ajustes. Confirme o benefício vigente na rede
parceira.

Aproveite os benefícios exclusivos como parte do seu plano de saúde Unimed Santa Catarina.

Unimed

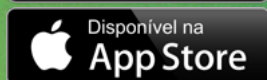
App Unimed

O seu plano de saúde na palma da mão!

Baixe agora e tenha acesso a todas as ferramentas que facilitarão o seu dia a dia:

- **Cartão Virtual:** utilize o seu cartão de identificação pelo celular, mesmo quando estiver offline, com a mesma validade do cartão físico. Tenha ainda mais praticidade em seu atendimento.
- **PA Digital e Clínica Digital:** atendimentos 100% online, por meio de videochamadas, com médicos e equipe multidisciplinar especializada.
- **Guia Médico:** encontre facilmente profissionais e estabelecimentos credenciados pelo Sistema Unimed, pesquisando por médicos, especialidades, clínicas, laboratórios, hospitais e parceiros.
- **2ª Via do Boleto:** consulte e emita segunda via de boletos junto à Unimed, para pagamentos em aberto.
- **Informações do Plano:** tenha acesso aos detalhes do seu plano, como nome, matrícula, número do cartão, tipo de plano contratado, cobertura, data de início e outras informações relevantes.
- **Extrato de Coparticipação:** acompanhe os valores de coparticipação dos procedimentos realizados com o seu plano de saúde.
- **Viver Bem:** explore conteúdos voltados para a promoção de uma vida mais saudável, incluindo dicas e cuidados de prevenção que contribuem para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Disponível para Android e iOS.



Como acessar

- Para baixar, acesse o Google Play ou a App Store e procure por "Unimed".
- Clique em "Instalar" e aguarde o download completo.
- Abra o aplicativo e selecione "Criar conta"
- Insira seu número de CPF.
- Selecione a sua Unimed ou pelo início da sua carteirinha, no caso da Unimed Santa Catarina, é o 0976.
- Confira o número da sua carteirinha e adicione a sua data de nascimento.
- Crie sua senha e pronto!

Agora você pode aproveitar todas as funcionalidades que o aplicativo oferece!

Mantenha seus dados atualizados!

Garanta mais segurança, agilidade e praticidade nos atendimentos.

Por que atualizar?

- Evita falhas na comunicação;
- Garante um atendimento mais eficiente;
- Facilita autorizações e agendamentos;
- Aumenta a segurança contra fraudes.



Dados do seu plano

Para ter acesso ao seu Cartão Virtual via aplicativo Unimed, basta clicar em “Perfil” e selecionar a opção “Cartão Virtual”. Assim, com apenas 2 cliques você tem seu cartão na tela do seu celular para usar quando for atendido ou sempre que for preciso.

ATENÇÃO! O cartão é pessoal e o uso indevido é proibido, com respectivas infrações previstas em leis.

Informações importantes do seu plano

Nome do produto e tipo de contratação ("Individual ou Familiar", "Coletivo Empresarial" ou "Coletivo por Adesão")

Identificação do cliente

Nome do cliente

Data da validade do cartão

Código da Rede Atendimento/Tipo de Prestador que o cliente tem direito

Local de atendimento

Segmentação Assistencial do Plano

Tipo de acomodação

Plano ("Regulamentado"/"Não Regulamentado"/"Adaptado")

Área de utilização de plano de contrato

Meu cartão

QRCode/Token

Código para elegibilidade usado na recepção da Unimed

Código do produto registrado na ANS

Código do Cartão Nacional de Saúde (SUS)

Contato do SAC

Número do registro da operadora na ANS

Unimed SANTA CATARINA

UNIFLEX REGIONAL FUNCIONARIOS

COLETIVO EMPRESARIAL

0 976 730400056811 4

JOAO DA COSTA CORREA

Nome do Beneficiário

COLETIVA

Acomodação

01/04/2027

Validade

REGULAMENTADO

Plano

RB79 BÁSICO

Rede de Atendimento

GRUPO DE MUNICIPIOS 0027

Abrangência

Atend.

REFERENCIA

Segmentação Assistencial do Plano

Mais informações

FRENTE

VERSO

Área de Abrangência do Produto: Área de Ação das Unimeds: Joinville.

SEM CARÊNCIAS A CUMPRIR

487922218

Cód Produto ANS

898004865926617

CNS

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no site www.unimed.coop.br/site/web/santacatarina

Urgência/emergência em todo território nacional.

SAC/Informações

0800 645 0550

ANS - nº 35569-1

FRENTE

VERSO

PA Digital e Clínica Digital Unimed

Atendimento médico e multidisciplinar online, quando e onde você precisar.

Pronto Atendimento 24h e consultas agendadas **diretamente pelo celular**, com médicos e equipe multidisciplinar especializados.

**Consulte o 0800 atrás da sua carteirinha para verificar a disponibilidade e a coparticipação.*

O que é o PA Digital?

É o serviço de **Pronto Atendimento virtual 24h**, feito por videochamada com médicos especializados. Use em situações de baixa complexidade (ex: febre, dor de garganta, sintomas gripais, etc).

Atenção: em casos graves, de urgência ou emergência (ex: falta de ar intensa, desmaios, dores fortes no peito), procure o pronto-socorro mais próximo.

O que é a Clínica Digital?

É o serviço de consultas médicas e multidisciplinar agendadas online, também por videochamada, com especialidades disponíveis.

Ideal para acompanhamento de saúde, dúvidas sobre exames, pós-consultas e outras demandas que não exigem exame físico imediato.

Horário de atendimento:

Segunda a sexta-feira (exceto feriados)
08h30 às 12h | 13h às 17h30

Quando usar os serviços digitais:

- Em consultas rotineiras (check-ups e dúvidas);
- Para orientações antes ou depois de uma cirurgia;
- Quando tiver dificuldade de ir presencialmente ao médico;
- Quando sua demanda não exigir atendimento imediato no pronto-socorro.

Importante: Após o agendamento da consulta com o especialista, você receberá um link pelo WhatsApp. **Mas, caso não receba, não se preocupe:** no dia e horário marcados, basta acessar o aplicativo normalmente para iniciar sua consulta.

Troca de perfil para dependentes

- Você estará logado em seu nome.
- Para consultar um dependente, clique no topo da tela no seu nome e selecione o perfil do dependente.

Em caso de dificuldades no acesso, acione o suporte técnico da plataforma.

Classificação e características dos Planos de Saúde

Quanto ao tipo de contratação

- **Coletivo Empresarial:** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
 - Empregatício – Vínculo de trabalho CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).
 - Estatutário – Vínculo de trabalho de servidor público sujeito ao regime estabelecido pela Lei 8.112/1990.
- **Coletivo por Adesão:** oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com as pessoas jurídicas contratantes.
- **Individual ou Familiar:** oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

Quanto à abrangência geográfica

Municipal – Atendimento em um único município;

Regional – Atendimento em determinados grupos de municípios;

Estadual – Em todos os municípios do seu estado;

Nacional – Em todo território Nacional.

A abrangência de cobertura consta no cartão do seu plano, ou acesse o Portal do Beneficiário e consulte as informações do seu plano. Mas se ainda tiver dúvidas ligue no SAC.

Quanto ao padrão de acomodação

Internação em acomodação coletiva (em enfermaria)

Internação em acomodação individual (em apartamento)



Quanto à cobertura Assistencial do Plano de Saúde

É o agrupamento de procedimentos que o beneficiário tem direito de acordo com a segmentação assistencial contratada.

Segmentação Ambulatorial:

Compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS identificados com a sigla AMB. Não inclui internação hospitalar.

Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia:

Compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalares, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado os atendimentos de urgência e emergência. As coberturas estão listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, identificados com a sigla HSO.

Segmentação Hospitalar com Obstetrícia:

A cobertura do Plano Hospitalar fica acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 dias após o parto. As coberturas estão listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, identificados com a sigla HCO.

Segmentação Referência:

O Plano-referência compreendendo procedimentos ambulatoriais, hospitalares e partos no padrão de acomodação enfermaria, listados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, identificados com a sigla REF.

Quanto aos Serviços/coberturas adicionais ao plano de saúde

Quando contratadas garantem:

Remoção terrestre: Cobertura para pacientes internados que precisam de transferência, nos limites da abrangência geográfica contratada.

Remoção aérea: Atendimento prestado para pacientes internados que necessitam de transferência para unidade hospitalar com melhores recursos, desde que solicitada e justificada pelo médico assistente.

É importante confirmar a cobertura do seu plano para a cobertura (terrestre e aérea).

Quanto à rede do Plano

Rede do Plano: Os serviços devem ser realizados exclusivamente na **rede de atendimento** específica para o seu plano. A rede é composta pelos profissionais e estabelecimentos de saúde, cuja lista completa poderá ser consultada no **Guia Médico, via site ou App Unimed Cliente**.

Em caso de dificuldade de acesso a rede, faça contato com a Unimed no SAC e solicite auxílio agendamento.

Quanto à época da contratação

Regulamentados: contratos firmados depois de 02/01/1999, após a vigência da Lei 9.656/98;

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 Suplementar);

Não-regulamentados: contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98.

Regras e Condições de Atendimento

Períodos de Carência

Período em que a cobertura contratual fica suspensa, o plano de saúde só pode ser usado após vencimento destes prazos. Sempre que couber o cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do plano* de saúde de cada beneficiário.

Períodos de carências permitidos:

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências**
- 30 (trinta) dias de carência para consultas médicas eletivas e exames simples, conforme período máximo permitido
- 300 (trezentos) dias para parto a termo
- 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, exceto para DLP em período de cobertura parcial temporária.

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Conforme legislação da Saúde Suplementar, na adesão ou contratação do plano, a operadora pode aplicar o 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.

Cartão de Identificação do Plano

Documento que identifica a pessoa (beneficiário), seu plano e vigência, podendo ser virtual através do App Cliente Unimed ou físico. O cartão acompanhado do documento de identidade oficialmente reconhecido é necessário para o beneficiário acessar a rede de atendimento do plano de saúde.



Você sabia que é fraude emprestar o seu cartão do plano ou deixar outra pessoa realizar o atendimento em seu nome?

Mecanismos de Regulação de Atendimento e Financeiros

Servem para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados, dimensionar a capacidade de rede e atender aos normativos regulatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Mecanismos de Atendimento

Autorização Prévia

Alguns procedimentos como: exames, terapias, cirurgias, internações e outros, podem exigir senha de autorização prévia, cuja aprovação está condicionada à previsão de cobertura contratual, adequada indicação, períodos de carências e cobertura parcial temporárias vencidas e atendimento da Diretriz de Utilização quando previsto.



Importante: Mantenha seus dados de contato telefone e e-mail sempre atualizados, para que a Unimed possa fazer contato e responder a solicitação.

Junta Médica

O médico auditor da operadora pode divergir, não concordar total ou parcialmente com a solicitação do médico/profissional assistencial, pode ser em relação ao procedimento ou algum material, prótese, órtese. Neste caso pode ser instaurado um processo de junta médica, com uma terceira opinião, um médico desempassador

que irá avaliar o posicionamento do médico assistente e da operadora para deliberar. Não se preocupe, sempre que isso acontecer você e seu médico serão comunicados da instauração da junta médica e do resultado.



Importante: Mantenha seus dados de contato telefone e e-mail sempre atualizados, para que a Unimed possa lhe informar sobre o processo e situação do seu pedido.

Unidade de Atendimento à Saúde da Unimed (Porta de Entrada):

Alguns planos têm previsão contratual, onde o atendimento obrigatoriamente se inicia com a consulta em uma Unidade de Atendimento específica. Lá o beneficiário será atendido por uma equipe multiprofissional de saúde, responsável pela assistência e coordenação dos cuidados à saúde do beneficiário, inclusive avaliando e orientando-o quando necessária a realização de determinado atendimento por outro profissional ou serviço da rede deste plano.

Mecanismo Financeiro

Coparticipação:

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos, podendo ou não ser cobrado em conjunto com a mensalidade do plano de saúde. As regras de coparticipação e sobre quais procedimentos incide, estão previstas no contrato do seu plano de saúde podendo ser valor fixo ou um percentual aplicado sobre a tabela de referência de coparticipação.

Para consultar seu extrato de coparticipação, acesse o App Unimed Cliente ou o Portal do Beneficiário.



Fique atento, evite exames desnecessários, leve sempre os últimos realizados para que o médico decida se precisa refazer ou não.

Manutenção do Plano de Ex-empregado (demitidos ou aposentados)

Plano coletivo empresarial

Em caso de **rescisão** ou exoneração do contrato de trabalho do titular, por demissão sem justa causa ou, em caso de rescisão por aposentadoria, é assegurado exclusivamente ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, desde que tenha contribuído no pagamento do seu plano durante o período de vínculo empregatício, faça a opção em até 30 dias comunicação da rescisão do contrato de trabalho e assuma o pagamento integral do plano (parte funcionário + parte empresa).

- **Demitido:** Pode manter o plano por até 1/3 do tempo de contribuição, sendo o mínimo 6 meses e máximo 24 meses.
- **Aposentado:** Se contribuiu por 10 anos ou mais, pode manter o plano enquanto a empresa manter o plano de saúde. Menos de 10 anos de contribuição, a manutenção fica assegurada pelo mesmo tempo da contribuição.

Perde direito ao plano de ex-empregado no decurso do prazo, inadimplência, em caso de admissão em novo emprego ou rescisão do contrato de plano de saúde pelo ex-empregador.



Inclusão, Alteração e Exclusão do Plano de Saúde

Plano Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão

Você deve procurar a pessoa responsável pela gestão do plano de saúde na sua empresa, pois a pessoa jurídica contratante precisa aprovar e formalizar o pedido de adesão, alteração ou exclusão dos beneficiários, bem como fornecer as orientações necessárias como: início de vigência, documentos e outros. Depois a pessoa jurídica deve informar à Unimed os novos beneficiários a serem inscritos no plano, alterados ou excluídos.

Plano Individual ou Familiar

Inclusão: Para inscrição de novo dependente, faça contato com a Unimed onde você contratou o plano ou ligue no SAC para orientações.

Alteração: A alteração de dados cadastrais como: endereço, telefone, e-mail podem ser realizados pelo beneficiário no APP Unimed Cliente, Portal ou via SAC.

Exclusão: Você pode solicitar a exclusão ou cancelamento do plano de saúde via SAC, Portal Unimed ou presencialmente na Unimed onde contratou o plano.

Filho recém-nascido natural ou adotivo

Quando o pai ou a mãe estiverem inscritos em um plano com cobertura obstétrica, fica garantido ao recém-nascido nos primeiros 30 dias do nascimento:

- **Atendimento assistencial:** Nos primeiros 30 dias contados do nascimento ou adoção, o recém-nascido que não possui o Cartão do Beneficiário será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais (pai ou mãe), que deverão apresentar do seu Cartão do Beneficiário, comprovando a inscrição em cobertura obstétrica, além do documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê. O atendimento será garantido dentro dos 30 dias, respeitados os períodos de carência ainda não cumpridos pelo pai ou mãe.

- **Inscrição no plano de saúde:** O recém-nascido que for inscrito ou contratado no plano de saúde dentro do prazo de até 30 dias a contar da data de nascimento ou da adoção terá direito à isenção total de carência, desde que o pai ou a mãe já tenham cumprido integralmente todos os períodos de carência previstos no contrato. Entretanto, caso os pais ainda estejam em cumprimento de carência, o recém-nascido estará sujeito às mesmas condições, mesmo que sua inclusão ocorra dentro dos primeiros 30 dias de vida.

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



Dica: Lembre-se, a contratação ou inscrição no plano de saúde deve ser feita com antecedência, para garantir a continuidade dos atendimentos após 30 dias do nascimento ou adoção e ser beneficiado com a isenção ou redução de carências já cumpridas pelo pai ou mãe. Em caso de dúvidas ligue no SAC.

Quem pode ser dependente?

Conforme previsão contratual, poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão (*o ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano*).

- Cônjuge;
- Filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição);
- Enteado, ou menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- Companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- 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.

Portal do Beneficiário

O Portal do Beneficiário é um canal exclusivo da Unimed Santa Catarina, desenvolvido para oferecer mais praticidade e eficiência no seu dia a dia. Por meio do portal, você tem acesso a diversas funcionalidades essenciais, que facilitam a gestão e o acompanhamento do seu plano de saúde, como:



Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado (opção válida somente para plano PF ou com fatura contra o titular);
- Atualização de dados;
- Demonstrativo Imposto de Renda (opção válida somente para plano PF);
- Acesso ao cartão virtual.

Competência ↓	Vencimento	Valor	Valor Pago	Saldo	Situação	Fatura
202403	20/03/2024	R\$ 817,48	R\$ 0,00	R\$ 817,48	PENDENTE	BAIXAR 2ª VIA
202402	20/02/2024	R\$ 1.022,10	R\$ 1.022,10	R\$ 0,00	QUITADA	BAIXAR 2ª VIA
202401	20/01/2024	R\$ 969,12	R\$ 969,12	R\$ 0,00	QUITADA	BAIXAR 2ª VIA
202312	20/12/2023	R\$ 1.454,02	R\$ 1.454,02	R\$ 0,00	QUITADA	BAIXAR 2ª VIA
202311	20/11/2023	R\$ 1.561,91	R\$ 1.561,91	R\$ 0,00	QUITADA	BAIXAR 2ª VIA

Linhas por página

5

1-5 of 99

<

>



Canais de Atendimento

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

Serviço disponível 24 horas por dia 7 dias da semana para atender você.

Este é o canal disponível para o beneficiário realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto à Unimed. Como por exemplo:

- Prestar esclarecimentos sobre cobertura contratual e dúvidas em geral sobre o plano de saúde;
- Prestar orientação e emissão de boleto bancário e declaração de imposto de renda;
- Orientar e registrar as solicitações referentes à inclusão, exclusão de beneficiários e cancelamento de contrato;
- Fornecer ao cliente a relação da rede de médicos, serviços próprios e credenciados disponíveis na internet no portal Unimed;
- Informar sobre os status das autorizações;
- Registrar solicitações de alteração cadastral;
- Registrar reclamações e sugestões.

Caso encontre dificuldades ou caso demore para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente.

Telefone

0800 645 0550

Exclusivo para beneficiários Bunge: 0800 644 6050.

Disponibilizamos também o canal “Fale com a Unimed” que está disponível no link: **www.unimed.coop.br/santacatarina/canais**

Autoatendimento via WhatsApp

Entre em contato com a Lara, a assistente virtual da Unimed SC, para:

- Solicitar e acompanhar autorizações
- Emitir 2ª via de boletos, extrato de coparticipação e extrato para IR
- Renegociar débitos
- Falar com um atendente, se preferir



Basta chamar pelo WhatsApp,
adicionando o número **0800 703 0976**
ou fazendo a leitura pelo QR Code:

Autoatendimento: 24h por dia – 7 dias por semana

Atendimento com atendente: segunda a sexta-feira das 08h às 17h30

Atendimento especializado para **pessoas com deficiência auditiva:**

Acesse: **www.unimed.coop.br/santacatarina/canaais**

Atendimento virtual com a Assistente Alice: 24h por dia – 7 dias por semana

- Solicitar e acompanhar autorizações
- Emitir 2ª via de boletos, extrato de coparticipação e extrato para IR
- Renegociar débitos
- Falar com um atendente, se preferir

Autorização Facilitada

Solicite a autorização de suas guias de exames e procedimentos sem sair de casa!

WhatsApp: **(47) 99234-2554**

Segunda a sexta-feira: 8h às 17h30

Projeto Acolher

Canal exclusivo para esclarecer dúvidas ou solicitar autorizações relacionadas ao cuidado com terapias especiais.

WhatsApp: **(47) 99234-2554**

Segunda a sexta-feira: 8h às 12h30 | 13h30 às 17h30

Ouvidoria

A Ouvidoria é um canal de comunicação diferenciado, que atua com 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 ouvi-lo, caso não tenha obtido sucesso em seu contato inicial junto aos demais canais.

ATENDIMENTO

Por se tratar de um atendimento em segunda instância, preencha o formulário específico no site:

www.unimed.coop.br/santacatarina/canais

Você também pode entrar em contato por:

Telefone: **0800 643 3060**

Aplicativo Unimed

Horário de atendimento:

Segunda a sexta-feira: 8h às 12h | 13h30 às 17h30

A Ouvidoria poderá solicitar o número do protocolo gerado pelo atendimento realizado previamente. Caso sua solicitação não seja solucionada nos canais de primeira instância, você poderá encaminhá-la à Ouvidoria, que atuará na reavaliação do caso. 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.

Atendimento Presencial



Unimed Canoinhas
Rua 12 de Setembro,
760, Centro – Canoinhas.



**Unimed Centro
Catarinense**
Rua Veneriano dos Passos,
200, Centro – Videira.



Unimed Concórdia
Rua Atalípio Magarinos,
525, Centro – Concórdia.



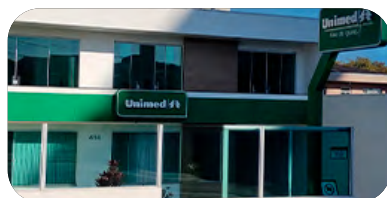
Unimed Curitibanos
Rua Archias, 303, Centro
Curitibanos.



Unimed Jaraguá do Sul
Av. Mal. Deodoro da
Fonseca, 1412, Centro –
Jaraguá do Sul.



Unimed Riomafra
Av. Cel. José Severiano
Maia, 590, Centro –
Mafra.



Unimed Vale do Iguaçu
Rua Frei Rogério, 414,
Centro – Porto União.



Unimed Xanxerê
Rua Barão do Rio Branco,
68, Centro – Xanxerê.

Canal de Denúncias

Canal seguro e sigiloso para dúvidas e denúncias sobre condutas ou comportamentos irregulares. Este canal atende a Unimed SC e a filial Unimed Xanxerê.

Atendimento: 24h por dia – 7 dias por semana

Site: relatoconfidencial.com.br/unimedsc/

Telefone: **0800 721 9586**

E-mail: denunciaunimedsc@relatoconfidencial.com.br

Acesso ao Guia Médico

1º Passo: acesse www.unimed.coop.br/santacatarina na home do site, abaixo do banner está o menu de busca do Guia médico, e inclua o CPF no campo “É cliente” para definir sua busca.

1. Para uma **busca rápida**, faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos).
2. Para **busca detalhada**, clique no título, escolha seu estado, cidade e a Unimed de sua preferência.

Acesso pelo App

Selecione o campo e digite sua busca

Para uma busca avançada preencha os campos e clique em buscar.

Movimentação na Rede Prestadora

Conheça a **relação de médicos e prestadores** de serviços incluídos, excluídos ou substituídos em nossa rede.

Você encontra informação em nosso site, acessando

www.unimed.coop.br/santacatarina, e em informações essenciais para você, cliquei em alteração na rede prestadora:

Informações essenciais para você



Ou ainda, você poderá acompanhar as movimentações da rede, em nosso aplicativo clicando em “Atualizações da rede prestadora”, conforme abaixo:



Atendimento Médico

Urgência e emergência

Urgência: atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Emergência: atendimentos que impliquem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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	
Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano Referência	
Atendimento integral	Atendimento integral

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 a continuidade do atendimento se dê pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Consultas Eletivas

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 de identificação do beneficiário.

1. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os **exames** já realizados. Guarde sempre as prescrições do seu médico.
2. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos. Leve uma **lista** e leia antes de começar a consulta.
3. Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência.
4. **Escreva** tudo o que deseja discutir com seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Os atendimentos serão prestados por médicos cooperados e serviços credenciados do Sistema Unimed Nacional, dentro do território nacional, de acordo com a rede contratada.
5. Quando você estiver em **outra cidade**, entre em contato com o SAC (0800 que consta no verso do cartão virtual) 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.

Liberação de exames, procedimentos e internação

Agora ficou mais fácil solicitar sua autorização, basta encaminhar a foto do cartão Unimed e do pedido médico para nosso WhatsApp, não esqueça de informar a cidade e o prestador onde deseja realizar o atendimento.

É importante saber que, depois de liberadas, as guias de solicitação médica têm 60 dias de validade. Portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-lo.

O prazo de autorização iniciará após o recebimento de todas as informações e documentações necessárias para a análise.

Atendimento:

Segunda a sexta-feira, das 08h às 17h30
(47) 99234-2554

Posso ter minha solicitação de autorização negada?

Exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado. Isto acontece devido ao que foi solicitado não estar previsto contratualmente, não preencher requisitos/diretrizes de utilização fixadas 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.

***Art.10 da Lei 9656/98** – É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação.

***Médico assistente** – É o profissional médico responsável pelo paciente e seus tratamentos.

Prazos máximos para atendimento

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

A operadora garantirá o atendimento a qualquer prestador de serviço de saúde habilitado para prestar o atendimento solicitado, e não necessariamente a um profissional ou estabelecimento de saúde específico escolhido pelo beneficiário.

Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, que devem ser garantidos de acordo com a segmentação do plano e quando os períodos de carência previstos em contrato foram cumpridos.

Tipo de atendimento	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Atendimento de urgência e emergência	Imediato
Exames de análises clínicas	03 (três)
Consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia) e Consulta odontológica	07 (sete)
Demais serviços de diagnóstico/terapia em regime ambulatorial e Consulta/Sessão com outras especialidades (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta).	10 (dez)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (quatorze)
Procedimentos de alta complexidade (PAC) e Internação eletiva (agendada)	21 (vinte e um)
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/prazos-maximos-de-atendimento

Reembolso

O reembolso é a restituição das despesas relacionadas a cuidados médicos realizados pelo beneficiário junto a um prestador de serviços particular, devido a indisponibilidade ou inexistência de serviço por profissional credenciado.

Conforme a Resolução Normativa nº 566 da ANS, em caso de indisponibilidade na rede credenciada ou dificuldades de agendamento no atendimento pelo plano, o beneficiário poderá contar com o nosso canal de atendimento 24h pelo telefone 0800 645 0550, disponível no verso do seu cartão Unimed. O prazo para análise de reembolso é de 30 dias corridos a partir da data de recebimento da documentação completa pela Operadora.

O beneficiário poderá enviar os documentos para análise através do App Unimed Cliente, seguindo o passo a passo disponível nos links abaixo.

Baixe o PDF



Veja o vídeo



Neste material também está disponível a relação completa de documentos necessários para análise de cada tipo de reembolso. Através do App o beneficiário poderá enviar novas solicitações e também acompanhar o status das solicitações em andamento.

Em caso de maiores dúvidas ou esclarecimentos relacionados a solicitação de reembolso, estamos disponíveis através da Central de Atendimento.

Reajuste

Conforme previsto contratualmente e em conformidade com a regulamentação vigente, o reajuste anual do contrato ocorre a cada 12 (doze) meses. Para os contratos coletivos com mais de 30 (trinta) vidas, o reajuste é negociado entre as partes, considerando o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

O reajuste contempla a atualização dos valores das mensalidades e dos limitadores de coparticipação, refletindo a variação dos custos assistenciais e administrativos relacionados à prestação dos serviços de saúde.

Reajuste de mensalidades por idade

Poderá ocorrer aumento de preço por mudança de faixa etária. 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.

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que consta no contrato
Entre 02/01/1999 a 01/01/2004	0 a 17 anos 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 Consu 06/98 determina que o preço da última faixa (70 ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Consumidores com mais de 60 anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 01/01/2004 (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 Resolução Normativa (RN 563), publicada pela ANS em dezembro de 2022, 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 anos). A Resolução também determina 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.

Portabilidade

Resolução Normativa RN nº 438 de 29 de dezembro de 2022 e IN nº 56, de 3 de dezembro de 2018.

A portabilidade (RN nº 438 e IN/DIPRO nº 56) é quando você deseja mudar a modalidade do plano de saúde, dentro da mesma operadora ou não, e ficar dispensado de cumprir novamente as carências e coberturas parciais temporárias. A portabilidade é possível para todas as modalidades de planos: individuais pessoa física, familiares, empresariais e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

Fique atento

O exercício da portabilidade é realizado exclusivamente no site da ANS e há regras a serem seguidas para que a portabilidade seja requerida.

Ficou com dúvidas? Entre em contato conosco pelo SAC.

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.



Informações Importantes!

Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária no seu cartão e consulte as condições de contratação.

Caso tenha dúvida, entre em contato pelo

SAC: 0800 645 0550

Autoatendimento via WhatsApp: 0800 703 0976

Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados (endereços, telefones, e-mail entre outras informações). Na ocorrência de qualquer alteração, entre em contato pelo

SAC: 0800 645 0550

Autoatendimento via WhatsApp: 0800 703 0976

Caso tenha dificuldades em acessar seu cartão por conta do sistema, entre em contato pelo

0800 645 0550

**Para colaboradores da empresa Bunge, entre em contato pelo
SAC exclusivo: 0800 644 6050**



Glossário

A

Acidente Pessoal – É o evento exclusivo, causador de lesão física e que torne necessário o tratamento médico, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento.

ANS – A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora de planos de saúde do Brasil. Vinculada ao Ministério da Saúde, atua em todo o País na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor, buscando o equilíbrio entre as necessidades de consumidores, prestadores e operadoras em nome do interesse público. Nesse caso, o interesse público é manter o bom funcionamento do setor de saúde suplementar, entendido como o conjunto de serviços particulares organizados, contratados e gerenciados por operadoras de planos de saúde (cooperativas e seguradoras, entre outras), cujo uso os associados ou beneficiários pagam mensal e antecipadamente.

B

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 saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

C

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

Carência – É o período a partir da data de contratação ou adesão ao plano, em que a cobertura contratual fica suspensa, ou seja, o beneficiário não pode usufruir de determinado atendimento. As coberturas serão asseguradas após o término do prazo de carências estabelecido.

Coparticipação – Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

E

Emergência – É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, 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.

G

Guia Médico – É o meio de comunicação da Unimed que apresenta os médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e parceiros que estão mais perto de você. Ter um Guia Médico padronizado e reconhecível em qualquer parte do país potencializa o contato dos beneficiários com os cooperados e prestadores de serviços.

I

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

M

Médico Assistente – É o profissional médico responsável pelo paciente e seus tratamentos.

P

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.

Perícia Médica – Atribuição privativa do médico que visa a definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre: a doença ou lesão e a morte (definição da causa mortis); a doença ou sequela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental; o acidente e a lesão; a doença ou acidente e o exercício da atividade laboral; a doença ou acidente e a sequela temporária ou permanente; o desempenho de atividade e os riscos para si e para terceiros.

S

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.

U

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

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

Acompanhe nossas redes sociais
e fique por dentro das novidades



@unimedsantacatarina



@UnimedSantaCatarina



Grupo Unimed Santa Catarina



@unimedsantacatarina



www.unimed.coop.br/santacatarina

Unimed 
Santa Catarina

ANS - nº 355691