

ANS - nº 355691

# Manual da Unimed Santa Catarina

Conheça seu Plano de Saúde e saiba como usá-lo.

Publicado em 03 Jan 2021 | Versão 1

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



somoscoop

# SUMÁRIO

Boas-vindas	3
Princípios do Plano de Saúde	4
APP Unimed Cliente	5
Acesso ao Guia Médico	9
Cartão do Beneficiário	11
Conheça seu cartão Unimed	12
Portal de Serviços	14
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)	15
Lara	16
Ouvidoria	17
Coberturas, Carências, CPT e Coberturas Adicionais	18
Classificação e Características dos Planos de Saúde	19
Urgência e Emergência	21
Consultas Eletivas	22
Liberação de Exames e Procedimentos	23
Internação	24
Autorização de Exames e Procedimentos	25
Prazos Máximos para o Atendimento	26
Inclusão e Exclusão do Beneficiário	28
Inclusões Recém-Nascidos e Recém-Casados	29
Quem pode ser Dependente?	30
Demitidos e Aposentados	31
Reajuste	32
Reembolso	33
Portabilidade	34
Farmácia	36
Glossário	37

# Boas-vindas!

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed Santa Catarina, Cooperativa Médica fundada e administrada por médicos, que tem como principal objetivo a prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

O Sistema Unimed cobre mais de 80% do território nacional e atende a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 345 Cooperativas em atividade em todo o país.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam a maior rede da saúde suplementar do Brasil, além da maior cooperativa de saúde do mundo, conforme ranking da Aliança Cooperativa Internacional.

Atualmente, reúne 116 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados de excelência, sempre à sua disposição.

Para sua comodidade e com a finalidade de lhe prestar o melhor atendimento, a Unimed SC elaborou este Manual do Beneficiário, com edições anuais, onde estão as principais orientações sobre como proceder na utilização do seu plano de saúde.

**Seja bem-vindo à Unimed Santa Catarina!**



# Princípios do Plano de Saúde

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 644 6050**

**WhatsApp da LARA 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 644 6050**

**WhatsApp da LARA 0800 703 0976**



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

**0800 644 6050**

## ▷ APP UNIMED CLIENTE

### 1º Passo

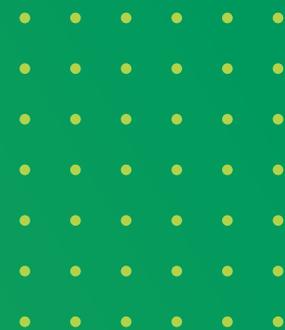


Acesse o Google Play (*sistema Android*) ou a App Store (*sistema iOS*) e procure o nome “**Unimed Cliente**”.

Clique em “Instalar” e aguarde o download completo.



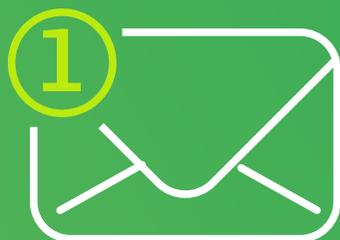
## ▷ APP UNIMED CLIENTE



### 2º Passo

Abra o aplicativo e clique no ícone situado no canto superior da tela: 

Em seguida, clique em “**Novo cadastro**” e insira seu número de CPF, data de nascimento e um e-mail válido. Você receberá uma confirmação por e-mail e que o guiará para a conclusão do cadastro.



## ▷ APP UNIMED CLIENTE



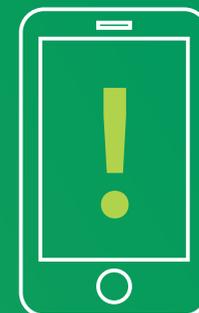
### 3º Passo

Após acessar o e-mail, clique no link enviado e informe uma senha. A **senha** deve ter no mínimo 8 caracteres, entre letras e caracteres especiais, ao menos uma letra maiúscula e um caractere numérico.

Ex.:

*letra maiúscula* → **U**nimed@21 → *caractere especial*  
→ *caractere numérico*  
← **8** caracteres no mínimo

## ▷ APP UNIMED CLIENTE



### 4º Passo

Agora é hora de acessar as funcionalidades que o aplicativo oferece!



CARTÃO VIRTUAL



EXTRATO DE UTILIZAÇÃO



GUIA MÉDICO



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL



AUTORIZAÇÕES



entre outros...

## 1. Acesse

[www.unimed.coop.br/santacatarina](http://www.unimed.coop.br/santacatarina) no *home* do site, abaixo do banner está o menu de cadastro e busca.

The screenshot shows the top navigation bar of the Unimed Santa Catarina website. It includes the Unimed logo, a menu with links for 'Nossas Unidades', 'Planos', 'Nossos serviços', 'Ouvidoria', 'Fale Conosco', 'COVID-19', and 'LGPD', and a 'Fazer Login' button. Below the navigation bar, the breadcrumb 'Home / Guia Médico' is visible. The main content area features a search interface titled 'Encontre um médico' with the subtitle 'E outros recursos da Unimed, sempre perto de você'. The search interface has two tabs: 'Busca rápida' and 'Busca detalhada'. The 'Busca rápida' tab is active, showing a search input field with the placeholder 'Digite aqui o que você procura', a text input field for a card number (000.000.000-00), a checkbox for 'É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha', and a toggle switch for 'Apenas atendimentos de urgência e emergência'. A green 'Pesquisar' button is at the bottom. A dotted line highlights the search interface, and a label 'Mudança na rede prestadora' points to the toggle switch.

**2.** Para uma **busca rápida**, faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos). E não se esqueça de inserir o número do seu cartão.

**3.** Para **busca detalhada**, clique no título, escolha seu estado, cidade e a Unimed de sua preferência. Agora é só preencher os campos.

# ▶ ACESSO AO GUIA MÉDICO

MOBILE



1.

Acesse o aplicativo **Cliente Unimed** no menu principal, clique no botão mais:



2.

Escolha a opção **Encontre Médicos** clicando na flecha:



3.

Clique na opção **Guia Médico**



4.

Preencha os campos e clique em **Buscar**. Pronto, agora você já pode encontrar seu médico.

# CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

Para ter acesso ao seu Cartão Virtual, 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 consequências de infração previstas em leis.



# ► CONHEÇA SEU CARTÃO UNIMED

The image shows a smartphone screen displaying the Unimed Santa Catarina app interface. The screen is divided into two main sections: a green header and a light green body. The header contains the Unimed Santa Catarina logo and the 'somos COOP' logo. The body contains the cardholder's name, ID number, and plan details. A toggle switch at the bottom allows switching between 'FRENTE' (front) and 'VERSO' (back) views. Dotted lines connect various parts of the card to explanatory text labels.

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

**Identificação do cliente**

**Nome do cliente**

**Tipo de acomodação**

**Data da validade do cartão**

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

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

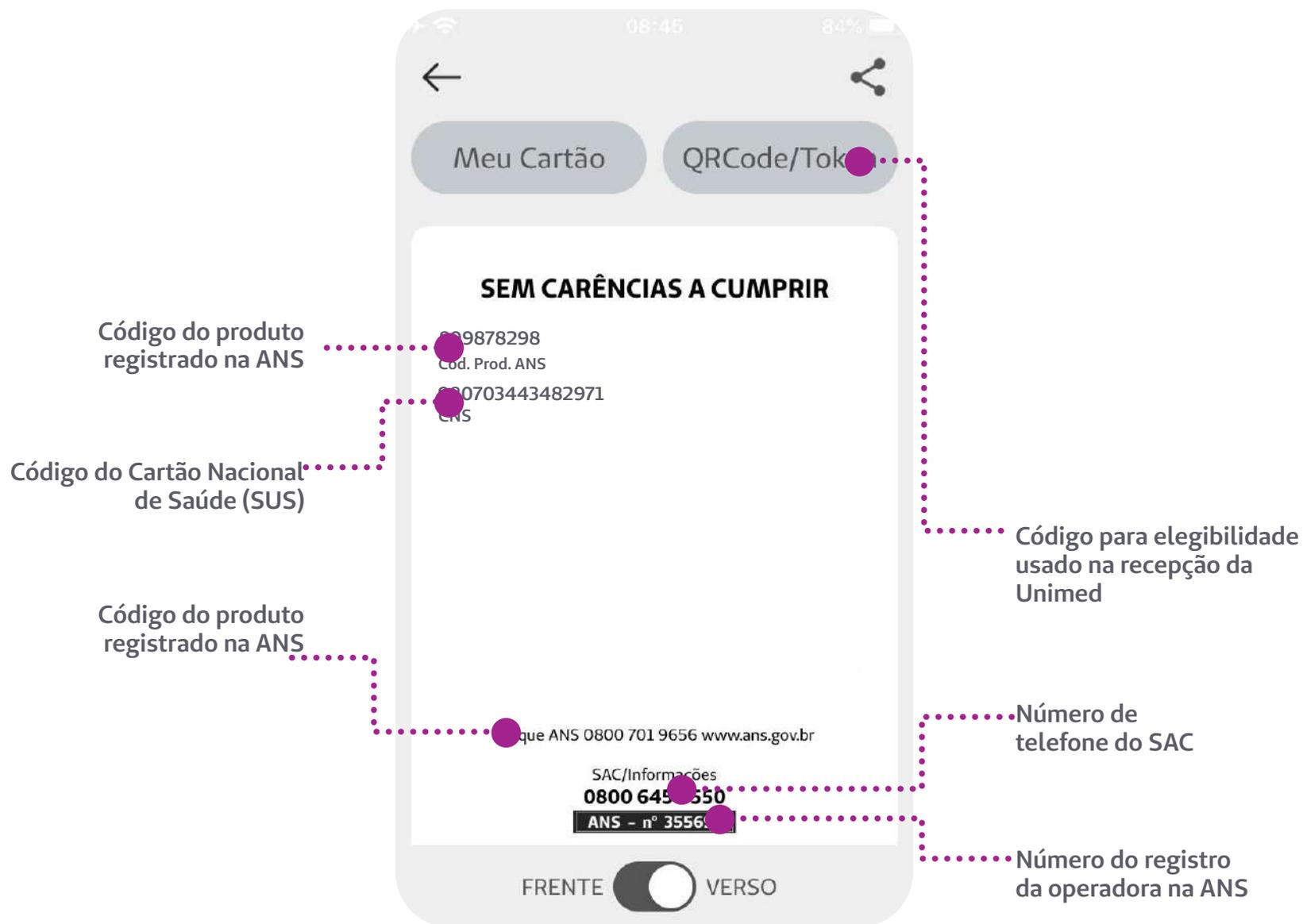
**Local de atendimento**

**Área de utilização do plano do contrato**

**Segmentação Assistencial do Plano**

UNIMED PERSONAL CO	Nome do cliente
COLETIVO EMPRESARIAL	
026 232301032800 2	Data da validade do cartão
MARIA DA SILVA DOS SANTOS	Código da Rede de Atendimento/Tipo de Prestador que o cliente tem direito
Nome do Beneficiário	
COLETIVA	30/04/2019
Acomodação	Validade
REGULAMENTADO	RB30 BÁSICO
Plano	Rede de Atendimento
GRUPO DE MUNICÍPIOS	0036
Abrangência	Atend.
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	Local de atendimento
Segmentação Assistencial do Plano	Segmentação Assistencial do Plano

# ► CONHEÇA SEU CARTÃO UNIMED



# PORTAL DE SERVIÇOS

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.
- Acesso ao cartão virtual, além do Guia Médico on-line (redes locais, estaduais e nacionais). Se precisar e não tiver em mãos o cartão impresso ou a versão mobile (smartphone e tablets), entre em contato com a sua Unimed:  
[www.unimed.coop.br/santacatarina](http://www.unimed.coop.br/santacatarina)



# SAC

O SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o canal disponível para o beneficiário realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto à Unimed.

## CENTRAL DE AGENDAMENTO

Havendo dificuldades de localizar prestadores na sua região, o beneficiário poderá acionar o SAC para solicitar o auxílio no agendamento, de forma gratuita.

[www.unimed.coop.br/web/santacatarina/fale-conosco](http://www.unimed.coop.br/web/santacatarina/fale-conosco)

Disponibilizamos também o canal “**Fale com a Unimed**” que está disponível no link acima.

**SAC Clientes Unimed Santa Catarina**  
**0800 644 6050**

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

**SAC Clientes Unimed Santa Catarina**  
**0800 644 6050**

## ▶ LARA

OIE, EU SOU A LARA!  
TUDO BEM COM VOCÊ?



Utilize o qrcode ou clique e tenha um acesso mais rápido



0800 703 0976

- ✓ Sou a **assistente virtual** da Unimed SC, sabia?
- ✓ E agora, estou disponível também no **WhatsApp!** Com ele, consulto autorizações de exames, envio seu boleto, disponibilizo o guia médico, entre outras facilidades.
- ✓ Basta entrar em contato comigo, **adicionando o número** ou fazendo a leitura pelo **Qrcode** acima.

# 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/web/santacatarina/ouvidoria](http://www.unimed.coop.br/web/santacatarina/ouvidoria)

Ou ligue:

**0800 643 3060**

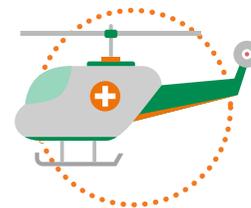
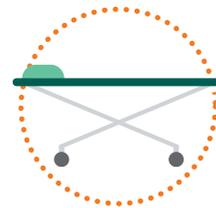
2ª a 6ª feira

8h às 12h

13h30 às 17h30

*A Ouvidoria poderá solicitar o número de protocolo gerado pelo atendimento realizado previamente. Caso não consiga atendimento na primeira instância, poderá recorrer diretamente à Ouvidoria. O prazo para resposta da Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade.*

# Coberturas e Carências



Nos planos regulamentados, a cobertura está prevista no Rol de Procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) vigente na época do atendimento, de acordo com o segmento contratado (plano referência, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia). Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano.

## Procedimentos

Urgências e emergências

Consultas

Exames de Baixo Custo

Exames de Médio Custo

Exames de Alto Custo

Internações Clínicas ou cirúrgicas

Procedimentos obstétricos

## Carências

24 horas

30 dias

60 dias

120 dias

180 dias

180 dias

300 dias

## Coberturas Adicionais

### 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 essa cobertura.

**CPT (Cobertura Parcial Temporária)** Conforme legislação da Saúde Suplementar, é aplicado ao beneficiário um formulário denominado Declaração de Saúde, no qual o cliente vai indicar se possui alguma doença ou lesão preexistente. Nesse caso, a cobertura fica suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), diretamente relacionados com a doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses, contados a partir da adesão ao plano de saúde/contrato.

# Classificação e Características dos Planos de Saúde



## Quanto ao tipo de contratação

**Coletivo Empresarial:** 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.

## Quanto à abrangência geográfica

**Nacional** – Em todo território Nacional

**Estadual** – Em todos os municípios do seu estado

**Regional** – Atendimento em determinados grupos de municípios.

Em caso de dúvidas, acione o seu RH ou o SAC.

## Quanto ao padrão de acomodação

**Enfermaria** (Acomodação coletiva)

**Apartamento** (Acomodação individual)

## Quanto à época da contratação

- **Regulamentados** (contratos firmados depois de 02/01/1999, após a vigência da Lei 9.656/98)
- **Não-regulamentados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da 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))

# Classificação e Características dos Planos de Saúde

## Quanto à segmentação (Cobertura assistencial)

**Hospitalar** – garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto. A legislação não admite previsão de limite de tempo de internação.

**Obstetrícia** – além do regime de internação hospitalar, também está incluída a atenção ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido (filho natural ou adotivo) do contratante ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

**Referência** – Instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano Referência engloba assistência médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura mínima também foi estabelecida pela Lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após 24 horas da sua contratação.

*Fonte: site da ANS*

## Quanto à coparticipação

A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à operadora após a realização de determinados procedimentos.



## URGÊNCIA

### Plano ambulatorial

Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório

### Plano hospitalar sem obstetrícia

Acidentes pessoais: atendimento integral

É resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. 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.

### Plano hospitalar com obstetrícia

Acidentes pessoais: 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 integral

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

Plano referência

Atendimento Integral

## EMERGÊNCIA

### Plano ambulatorial

Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório

### Plano hospitalar sem obstetrícia

Carência cumprida (180 dias): atendimento integral

É quando há 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.

### Plano hospitalar com obstetrícia

Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório

Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório

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 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.

# LIBERAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

Com a guia de solicitação médica preenchida e sua identificação em mãos, você deverá entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (**SAC 0800 644 6050**) para 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 **60 dias de validade**. Portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-lo.



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

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

**08h às 17h30**  
SEGUNDA A SEXTA

**47 9 9234 2554** 

***pedidomedico@unimedsc.com.br***

# Internação



Dirija-se à Unimed da cidade onde a internação será realizada. Você poderá ser solicitado da apresentação dos seguintes documentos:



- Identidade;
- Cartão físico ou cartão virtual no APP Unimed Cliente;
- Pedido médico devidamente preenchido e assinado pelo médico solicitante;
- Exames e laudos;
- Justificativa médica;



# 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 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 enfermagem, 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 irá garantir 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, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

## SERVIÇOS

Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.

Consulta nas demais especialidades  
Consulta/sessão com fonoaudiólogo

Consulta/sessão com nutricionista

Consulta/sessão com psicólogo

Consulta/sessão com terapeuta ocupacional

Consulta/sessão com fisioterapeuta

Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista

Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial

Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial

Procedimentos de alta complexidade (PAC)

Atendimento em regime hospital-dia

Atendimento em regime de internação eletiva

Urgência e emergência

Consulta de retorno

## Prazo máximo para atendimento (dias úteis)

07 (sete)

14 (catorze)

10 (dez)

10 (dez)

10 (dez)

10 (dez)

10 (dez)

07 (sete)

03 (três)

10 (dez)

21 (vinte e um)

10 (dez)

21 (vinte e um)

Imediato

A critério do Profissional responsável pelo atendimento

Fonte :

[www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento)

# Inclusão e Exclusão de Beneficiários

No caso de Planos Coletivos, o beneficiário deve procurar o RH de sua empresa para solicitar a inclusão ou a exclusão do plano e de seus dependentes. Os pedidos serão enviadas à Unimed Santa Catarina.

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 quando as inscrições ocorrerem no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa.

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.



# INCLUSÕES

## RECÉM-NASCIDOS RECÉM-CASADOS



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

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

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

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



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

## 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*)

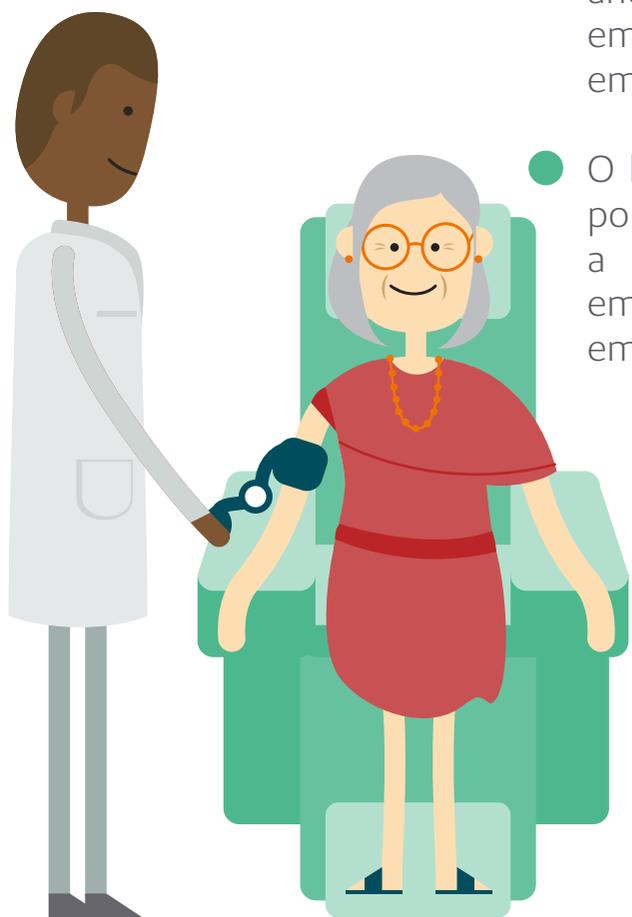
- Cônjuge
- Filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição)
- Enteado, ou menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.
- Companheiro(a), havendo união estável,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

# Demitidos e Aposentados

## Plano Empresarial

- O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer com a cobertura por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no plano, sendo, no mínimo, 6 meses e, no máximo, 24 meses, desde que não seja admitido em outra empresa. Nesse caso, passa a assumir as responsabilidades referentes às mensalidades e participações integralmente e não seja admitido em outra empresa.
- O beneficiário aposentado que contribuiu para o plano de saúde por período inferior há 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer este benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego.
- O beneficiário aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer este benefício aos seus empregados ativos e desde que não seja admitido em novo emprego.



# Reajuste

A mensalidade do seu plano de saúde poderá sofrer reajuste quando:

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato;
- Houver desequilíbrio contratual devido ao aumento dos custos médicos, frequência de utilização ou ainda de acordo com as condições contratuais, exclusivamente para contratos firmados com pessoa jurídica.

## 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.*

<b>Contratação</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Observações</b>
Até 2 de janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 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 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 anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1º 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 Resolução Normativa (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 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.

## Reembolso

A liberação do reembolso ocorre quando não é possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados na região demandada. Entretanto, a liberação somente ocorrerá após verificado se de fato não há rede próxima da região onde é necessário o atendimento.

Entre em contato com a Unimed pelo SAC do agendamento para solicitar o auxílio antes de realizar o pagamento particular.

Confirmada essa informação, o Contact Center irá repassar todas as instruções de como proceder com a solicitação do reembolso.

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, a partir do recebimento na Operadora, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário de solicitação de reembolso devidamente preenchido.
- b) Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, a descrição do tratamento e a justificativa dos procedimentos realizados, a data do atendimento e, quando for o caso, o período de permanência no hospital, assim como a data de alta hospitalar.
- c) Nota fiscal original do atendimento.
- d) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e terapia, assim como serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

*Tire cópias dos recibos/notas fiscais antes de solicitar o reembolso, para fins de comprovação das informações contidas na sua declaração de Imposto de Renda. Em caso de dúvida, consulte a Unimed.*

# PORTABILIDADE

Resolução Normativa  
RN nº 186, de 14 de  
Janeiro de 2009

A portabilidade (RN nº 186 e IN/DIPRO nº 19) 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.

# FARMÁCIA

Beneficiário **Unimed Santa Catarina** tem mais **vantagens!**



**DROGASIL**



Aproveite os **benefícios exclusivos** em mais de 2.000 lojas Drograsil e Droga Raia espalhadas pelo Brasil!

Apresente a seu **cartão Unimed Santa Catarina** no caixa e receba os seguintes benefícios:

A PARTIR DE

**30%**

DE DESCONTO EM  
MEDICAMENTOS  
GENÉRICOS TARJADOS

A PARTIR DE

**20%**

DE DESCONTO EM  
MEDICAMENTOS  
DE MARCA TARJADOS

# 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.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



[www.unimed.coop.br/santacatarina](http://www.unimed.coop.br/santacatarina)



/federacaounimedsc



@federacaounimedsc



/federacaounimedsc



@scUnimed