

Manual do Cliente.

**Bem-vindo a
Unimed Sul Capixaba.**
Manter você bem
informado, esse é
o plano!

Unimed 
Sul Capixaba

ANS - Nº 32070-6

Av. Francisco Lacerda de Aguiar, 46
Bairro Gilberto Machado
CEP: 29303-382 - Cachoeiro de Itapemirim - ES
Tel.: (28) 2101-6255 / 0800 286 0176

www.unimedsulcapixaba.coop.br

Unimed 
Sul Capixaba

ANS - Nº 32070-6



Bem-vindo a Unimed Sul Capixaba. Manter você bem informado, esse é o plano!

Cuidar de pessoas é um assunto tratado com muita responsabilidade na Unimed Sul Capixaba. E ter você como cliente reforça nossa vocação!

Preparamos esse guia para te orientar a melhor forma de utilizar o seu plano, seus benefícios e as facilidades que ele oferece.

Boa leitura!

- 05** A Unimed Sul Capixaba
- 06** Ideologia
- 07** Dicas para você contratar o seu plano da saúde
- 09** Termos e siglas
- 14** Mais conectados
- 15** Mais próximos
- 16** Em quanto tempo tenho retorno da minha manifestação?
- 18** Informações sobre planos e serviços
- 19** Serviços oferecidos
- 23** Carências
- 26** Cartão de identificação Unimed
- 27** O uso do cartão
- 28** Reembolso de despesas
- 28** Benefício demitido e aposentado
- 29** A realização de exames e cirurgias
- 30** Atendimentos fora da área da Unimed Sul Capixaba



1. A Unimed Sul Capixaba

Há mais de três décadas no mercado, a Unimed Sul Capixaba é o maior plano de saúde da região. Isso porque oferecemos mais médicos e a maior rede de prestadores com hospitais, laboratórios e clínicas. Presente nos 30 municípios do sul do Espírito Santo conta com uma rede de cuidados completa.

Buscamos sempre pela excelência no atendimento e na satisfação de nossos clientes. Somos uma marca que fala de saúde e que tem vocação para cuidar de pessoas, proporcionando saúde e bem-estar.

Nossa rede de cuidados conta com Hospital, Hospital Materno-Infantil, Pronto Atendimento, Centro de Especialidades, Unimed Diagnóstico, Laboratório, Unimed Oncologia, Unimed Coração, Integrar, Espaço Idoso Bem Cuidado - Juntos, Viver Bem e Unidades de Atendimento em Iconha, Castelo e no Litoral Sul.

2. Ideologia

PROPÓSITO

Fazemos a vida melhor.

NEGÓCIO

Saúde

MISSÃO

Oferecer atenção à saúde, inspirando o cuidado e entregando valor ao cliente e ao cooperado.

VISÃO

Ser a primeira escolha em soluções de saúde da região com sustentabilidade até 2026.

VALORES

Somos gente cuidando de gente

Nosso espírito é de servir aos nossos clientes, cooperados, colaboradores, parceiros e toda a sociedade com respeito, prontidão e carinho.

Lutamos pela vida das pessoas

Fazemos tudo o que está ao nosso alcance para cuidar da saúde das pessoas e trazer soluções com agilidade e responsabilidade.

Fazemos o que é certo

Seguimos as normas e procedimentos dando segurança a todos os envolvidos.

Buscamos o melhor todos os dias

Evoluímos por meio da aprendizagem contínua e inovação, gerando entregas mais ágeis, sustentáveis e consistentes.



3. Dicas para você contratar o seu Plano da Saúde.

a

PENSE em quem vai contratar o plano de saúde: uma empresa, um sindicato ou uma associação. Ele será classificado como coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

b

AVALIE as necessidades de quem vai usar os serviços do plano de saúde: quantas pessoas serão dependentes, faixa etária (idade), quais as condições de saúde, que tipo de atendimentos elas podem precisar, em quais locais e de quanto é possível dispor para pagar o plano contratado por mês.

c

ESCOLHA a segmentação mais adequada às necessidades que você identificou. O plano de saúde pode ser: ambulatorial (para consultas, inclusive pré-natal, exames e cirurgias sem internação); ambulatorial + hospitalar (internação), com serviços de obstetrícia (pré-natal, parto e pós-parto) ou plano referência.

d

Se tiver optado por um plano hospitalar, **ANALISE** o tipo de acomodação em caso de internação: individual (somente você e o acompanhante no quarto) ou coletiva (você e outros pacientes).

e

REFLITA onde será o local de atendimento do plano de saúde, isso irá influenciar na abrangência do produto: municipal, estadual, regional ou nacional.

f

INFORME-SE sobre a rede credenciada ao seu plano. Quais são os hospitais, as clínicas, os laboratórios e profissionais de saúde que lhe atenderão.

g

ESTEJA CIENTE das faixas de idade e que as escolhas acima serão determinantes para definir o preço final da mensalidade do plano de saúde.

h

ANTES DE ASSINAR o contrato, verifique se a operadora de planos de saúde escolhida e o plano a ser contratado têm registro na Agência Nacional de Saúde - ANS. O registro da Unimed Sul Capixaba é N°320706. E pode ser consultado no site www.ans.gov.br ou pelo telefone do Disque-ANS: 0800 701 9656.

4. Termos e siglas

Ao contratar um plano de saúde você começa a ouvir muitos termos técnicos e contratuais. Para compreendê-los, a Unimed Sul Capixaba organizou um vocabulário básico e sua explicação:

- **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):** órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Ele é responsável pela Regulação dos Planos de Saúde no Brasil.
- **Acidente pessoal:** ação caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, involuntária, violenta, e causadora de lesão física, que, independente da causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do beneficiário ou que torne necessário tratamento médico.
- **Atendimento ambulatorial:** é aquele executado em local específico para problemas relacionados à saúde de pacientes que não precisam de internação. Nestes casos incluem pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para a execução.
- **Carência:** período de espera para utilização de produtos e serviços contratados no plano de saúde.
- **Alta complexidade:** conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo em busca de serviços qualificados. A lista completa do **Rol de Procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde - ANS** pode ser acessado no site

- <http://unimed.me/1003cd> .

- **Coparticipação:** valor a ser pago pelo beneficiário ao plano, após a realização dos procedimentos. Os limites percentuais são previstos no contrato e os valores dos serviços são quantificados em tabela atualizada anualmente. O beneficiário tem acesso às informações no ato do contrato e pode solicitar a qualquer momento nos canais de atendimento.
- **Coberturas:** conjunto dos serviços contratualmente previstos em seu plano de saúde.
- **Custo operacional:** valores pagos pela Unimed Sul Capixaba aos prestadores de serviços contratados, após despesas efetivamente realizadas.
- **Despesas com acompanhante:** custos realizados por familiar ou cuidador que permaneceu com o beneficiário durante a internação hospitalar. Os custos são estabelecidos de acordo com o plano contratado.
- **Doença ou Lesão Preexistente:** são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** a Lei n.º 9.656/98 garante a todos o direito de contratar um plano de saúde. Nos casos dos portadores de doença ou lesão preexistente, poderá haver restrição ao uso do plano durante alguns meses, porém, somente para procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia - UTI, CTI e similares - relacionados à doença declarada. Essa limitação recebe o nome de cobertura parcial temporária - CPT.

- **Tipos de acomodação contratual:** forma na qual se dará a internação. Individual - em apartamento ou Coletiva - em enfermaria.
- **Atenção domiciliar:** atividades de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- **Diferença entre Urgência e Emergência:** os dois termos são muito usados para expressar situações que precisam de soluções imediatas. Os casos de Emergência: implicam risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente. A Urgência é resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- **Mensalidade Básica:** valor mensalmente pago, e excluídos os valores de coparticipação ou custo operacional.
- **Pequenas cirurgias:** intervenções cirúrgicas que não implicam em anestesia geral ou hospitalização.
- **Cálculo atuarial:** método matemático que utiliza conceitos financeiros e probabilísticos. Ele é feito com base na frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano.
- **Sinistralidade:** Resultado do custo assistencial (utilização) pela receita recebida (mensalidade) num determinado período. A palavra deriva de sinistro, que para as operadoras de planos de saúde significa: despesas do beneficiário. Cada utilização

em saúde é um sinistro.

- **Usuário:** diz-se daquele, ou aquele, que tem direito ao uso dos serviços de plano de saúde após regularmente inscrito pela parte contratante e aceito pela contratada. São denominados em duas classes: titular: o próprio contratante, que será cadastrado como beneficiário principal e dependente: usuários inscritos pelo titular para usufruírem os benefícios do plano.

- **Reajuste anual:** é o aumento da mensalidade em função da alteração nos custos causada pelo aumento do preço, utilização dos serviços médicos e pelo uso de novas tecnologias.

- **Reajuste por variação de faixa etária:** é o aumento de preço que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava antes. O contrato do plano de saúde deverá prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. Esse raciocínio se baseia no fato de que em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Para esse tipo de aumento, as regras são as mesmas para planos coletivos ou individuais/familiares.

- **Adaptação:** não é exatamente uma troca de plano de saúde, mas sim um aditamento realizado a um contrato de plano de saúde celebrado até janeiro/1999, na mesma segmentação assistencial e na mesma operadora de planos de saúde, para ampliar o conteúdo desse contrato de forma a incluir todos os direitos e garantias previstos na Lei nº 9.656/1998.

- **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.

- **Do Acesso a Livre Escolha de Prestadores:** não permite acesso a livre escolha de prestadores nos contratos dos produtos comercializados pela Unimed, ou seja, não é possível o atendimento em prestadores que não integram a rede de prestadores própria ou credenciada da UNIMED que esteja vinculada ao plano de saúde para posterior reembolso da despesa.

5. Mais conectados

Para ficarmos sempre conectados, disponibilizamos nossas plataformas digitais.

Chame a Isa, nossa assistente virtual, no WhatsApp (28) 2101-6255. Se preferir, baixe agora mesmo o aplicativo Unimed Cliente e tenha acesso a vários serviços do seu plano, como:

- Cartão virtual
- Guia Médico
- Agendamentos de Consultas e Exames
- Resultado de Exames e muito mais.

Baixe a o Aplicativo Unimed Cliente, disponível para Android e IOS:

- 2ª via de boleto
- Componente cadastral
- Demonstrativo de Imposto de Renda*
- Composição do faturamento
- Componente de utilização
- *consulte o seu contrato e veja os benefícios do plano contratado
- Solicitação de reembolso
- Solicitação de autorização
- Consulta de coparticipação

Acesse também o nosso site www.unimedsulcapixaba.coop.br e tenha acesso aos nossos serviços!



6. Mais próximo

Estamos aqui sempre que precisar.

CENTRAL DE ATENDIMENTO: 0800 286 0176



Chat: pelo site www.unimedsulcapixaba.coop.br, nos links do 'Portal do Beneficiário' e 'Portal da Pessoa Jurídica', o cliente pode conversar com a Unimed Sul Capixaba.



Portal do Beneficiário: no site www.unimedsulcapixaba.coop.br, no menu principal clique em 'Sou Cliente', escolha a opção 'Portal do Beneficiário' e você e seu(s) dependente(s) terão acesso a diversas informações sobre o seu plano.



Fale Conosco: no site www.unimedsulcapixaba.coop.br, no menu principal, clique em 'Canais de Atendimento', escolha a opção 'Fale Conosco' e tenha contato direto com a Unimed Sul Capixaba.



Atendimento presencial: Central de Relacionamento, em Cachoeiro de Itapemirim, uma de nossas unidades de atendimento localizadas em Castelo e Iconha ou, ainda, uma de nossas lojas situadas em Alegre, Venda Nova do Imigrante e Marataízes. Consulte os endereços e horários de funcionamento em nosso site.



Ouvidoria: pode ser acionada caso a solução apresentada pelos Canais de Atendimento não tenha sido satisfatória. O cliente pode entrar em contato, pelo site www.unimedsulcapixaba.coop.br, em Canais de Atendimento, opção Ouvidoria ou por correspondência para o endereço Av. Francisco Lacerda de Aguiar, 46, Gilberto Machado, Cachoeiro de Itapemirim-ES, CEP: 29303-300. O cliente deve informar o número de protocolo adquirido em um de nossos Canais de Atendimento.

7. Em quanto tempo tenho retorno a minha manifestação?

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada. Além disso, 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. Os prazos de retorno são regidos de acordo com a Resolução Normativa 395 e 566.

- Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade (PAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo é até 10 dias úteis;
- Nas demais solicitações em que não seja possível fornecer resposta imediata a operadora terá o prazo de até 5 dias úteis;
- Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: até 7 dias úteis;
- Consulta nas demais especialidades médicas: até 14 dias úteis;

- Consulta/sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: até 10 dias úteis;
- Urgência e emergência: imediato.
- Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: até 7 dias úteis;
- Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: até 3 dias úteis;

As datas podem sofrer alterações por se tratar de uma determinação da agência reguladora. Os prazos estabelecidos são contados a partir da data da solicitação do serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.



As datas podem sofrer alterações por se tratar de uma determinação da agência reguladora. Os prazos estabelecidos são contados a partir da data da solicitação do serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

8. Informações sobre Planos e Serviços

CARACTERÍSTICAS DE PLANOS

INDIVIDUAL FAMILIAR

Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários como pessoa física, com ou sem grupo familiar.

COLETIVO EMPRESARIAL

Plano privado de assistência à saúde, coletivo empresarial, que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

COLETIVO POR ADESÃO

Plano privado de assistência à saúde, coletivo por adesão, que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

ABRANGÊNCIA

A Abrangência é a área em qual sua operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. Ela está dividida nas seguintes categorias:

NACIONAL: cobertura em todo o território brasileiro

ESTADUAL: cobertura em todos os municípios do Estado

GRUPO DE ESTADOS: cobertura em todos os municípios dos Estados que compõem o grupo descrito no contrato, formado por pelo menos duas Unidades da Federação

MUNICIPAL: cobertura local, na região determinada no contrato; e

GRUPO DE MUNICÍPIOS: cobertura em mais de um e até 50% dos municípios do Estado.

SERVIÇOS OFERECIDOS

PLANO MEDICAMENTOS

O serviço Plano Medicamentos oferece aos clientes Unimed descontos a partir de 20% na lista de medicamentos cadastrados nas farmácias credenciadas.

Para desfrutar de todas as vantagens que ele oferece, basta apresentar seu cartão e a receita médica em uma das farmácias credenciadas.

A lista completa pode ser adquirida no link <http://unimed.me/1003hG>

Se você ainda não possui e deseja contratar os serviços, entre em contato:

Pessoa Física: (28) 2101-6255

Pessoa Jurídica: (28) 2101-6318 ou 2101-6311

SOS UNIMED

Neste exclusivo serviço do seu plano, você tem atendimento pré-hospitalar e remoção 24 horas por dia, em ambulâncias com UTI's móveis modernas, aparelhadas com mais de 300 itens essenciais para o salvamento de vidas. Todo atendimento e cuidado são prestados por uma completa equipe, com médicos, socorristas e enfermeiros especializados no salvamento de vidas.

Consulte a central de atendimento para saber se o seu plano possui esse benefício ou como contratá-lo.

PROTEÇÃO FAMILIAR

Em situações como desemprego ou incapacidade total temporária, os clientes da Unimed terão direito a até 06 (seis) mensalidades (3 + 3) pagas do seu atual plano de saúde e do grupo familiar cadastrado, ou seja, titulares e dependentes, após cumprimento do prazo de carência e franquia. Em casos de invalidez total e permanente de causa acidental ou morte acidental do titular, o pagamento de 12 (doze) mensalidades feitas diretamente aos beneficiários, também com a abrangência do grupo familiar.

Importante: os benefícios do Proteção Familiar serão apenas para o valor da mensalidade, não estando cobertos os valores de coparticipação. Além disso, para ter esta garantia o segurado deverá comprovar que o contrato de trabalho rescindido teve duração de, no mínimo, 12 (doze) meses ininterruptos.

*Carência: 90 dias ** Franquia: 30 dias

UNIMED GARANTIA FUNERAL

Garante serviços de assistência 24 horas, no caso de falecimento do titular ou de seus dependentes do plano de saúde. As coberturas com funeral e traslado ficam totalmente asseguradas dentro do limite contratual.

*Carência: 30 dias • Limite Reembolso de até: R\$ 1.500,00

Todas as informações complementam-se com as condições gerais e o manual de assistência do produto. Consulte mais informações no site da Unimed Sul Capixaba: www.unimedsulcapixaba.coop.br

*Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas.

**Franquia é o período de tempo não indenizável, contado a partir da caracterização do evento coberto.
LIMITE DE ADESÃO: 16 A 65 ANOS

9. Cartão de identificação Unimed

O cartão está disponível no Aplicativo Unimed Cliente. Baixe agora o APP, disponível para Android e IOS. Ele estará no ícone cartão virtual.



10. O uso do cartão

- Confira se os dados do seu cartão estão corretos
- Mantenha os seus dados cadastrais sempre atualizados
- Quando buscar qualquer atendimento apresente o seu cartão virtual e um documento de identificação com foto
- Caso não seja possível comparecer a uma consulta ou exame agendado, ligue desmarcando

11. Reembolso de despesas

Os reembolsos de despesas ocorrem em casos excepcionais que são avaliados de acordo com as regras de seu contrato e após análise da Unimed Sul Capixaba. É possível haver situações específicas em que as despesas com a utilização dos serviços de saúde previstos em seu contrato sejam reembolsadas pela cooperativa.

A Unimed assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, no prazo máximo de 12 meses a contar do evento.

Para solicitar o reembolso ou sanar qualquer dúvida sobre o tema, entre em contato com a Central de Atendimento, na Avenida Francisco Lacerda de Aguiar, 46 - Gilberto Machado - Cachoeiro de Itapemirim ou nos telefones: (28) 2101 - 6255 ou 0800 286 0176.

12. Benefício Demitido e Aposentado

De acordo com a Resolução Normativa 279, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 25/11/2011, com vigência a partir de 01 de junho de 2012, que regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos planos Coletivos Empresariais, é assegurado aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados o direito à manutenção do plano de saúde empresarial nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que o funcionário tenha contribuído com o pagamento da mensalidade do plano de saúde contratado pela empresa, com qual tenha o vínculo empregatício.

GARANTIAS DO BENEFÍCIO:

DEMITIDO: o funcionário, com vínculo empregatício, que foi demitido ou exonerado sem justa causa, e que contribuiu com o pagamento da mensalidade do plano de saúde, pode permanecer por um período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, sendo no mínimo seis meses e no máximo 24 meses, desde que pague as mensalidades integralmente e as coparticipações se houver, e não seja admitido em outra empresa que ofereça o plano de saúde.

APOSENTADO: o cliente que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência desde que pague integralmente as mensalidades e as coparticipações, se houver. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de contribuição.

14. A realização de exames e cirurgias

O médico poderá solicitar exames de acordo com sua avaliação;

- A maior parte dos exames solicitados pelos médicos são liberados no próprio consultório por meio do Portal Autorizador;
- Nos casos de exames de alta complexidade, procedimentos ambulatoriais e cirurgias, os pedidos serão feitos pelo consultório, ficando em análise da Operadora. O cliente deverá aguardar o contato da Unimed ou enviar pelo e-mail atendimento@unimedsulcapixaba.coop.br, APP, Portal do Cliente e ISA os laudos de exames complementares para dar continuidade ao processo. Após retorno via SMS ou contato telefônico com a autorização, entre em contato com o prestador conforme escolha para agendar o exame/procedimento e receber as informações sobre possível preparação.

15. Atendimentos fora da área da Unimed Sul Capixaba

INTERCÂMBIO

Conforme explicado a Unimed Sul Capixaba é uma cooperativa que faz parte do Sistema Unimed, que congrega diversas unidades, totalmente independentes entre si e que se comunicam por meio de um sistema de Intercâmbio. Os Intercâmbios são atendimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed Sul Capixaba. Ao utilizar seu plano em outras singulares será cobrado um adicional de intercâmbio para consultas, exames e procedimento ambulatoriais, conforme previsto em contrato.

SAIBA MAIS:

- Somente os clientes de planos com cobertura nacional ou grupo de Estados podem receber atendimento médico eletivo fora da área de abrangência da Unimed Sul Capixaba.
- Para atendimento fora da área de cobertura da Unimed Sul Capixaba, consulte a Unimed local para verificar os procedimentos de autorização e agendamento.

Área de Atuação da Unimed Sul Capixaba



