MANUAL DE ORIENTAÇÃO
PARA CONTRATAÇÃO

# Guia Rápido



Unimed Goiânia

somos coop

MANUAL DE ORIENTAÇÃO
PARA CONTRATAÇÃO

# Guia Rápido

Unimed Goiânia

somos coop

# Sumário


**Endereços e Telefones** **04**

**Sobre a ANS** **05**
Planos de Saúde 05
Operadoras 05

**Sistema Unimed** **07**
Unimed Goiânia 07

**Principais Informações da Unimed Goiânia** **09**
Tipo de Contratação dos Planos de Assistência à Saúde 09
Área de Abrangência dos Planos 10
Regulamentação do Contrato 10
Vigência Contratual 11
Segmentação Assistencial e Cobertura Obrigatória 11
Exclusão de Cobertura 11
Cartão de Identificação 11
Declaração de Saúde 15
Carências e Cobertura Parcial Temporária 15
Urgência e Emergência 16
Adaptação e Migração 17
Portabilidade 18
Prazos para Atendimento 18
Mensalidades 19
Coparticipação e Franquia 20
Reajustes 20
Exclusão de Beneficiário, Rescisão/Cancelamento de Contrato e/ou Suspensão 21

**Principais características por tipo de plano** **25**




# Endereços e Telefones Unimed Goiânia



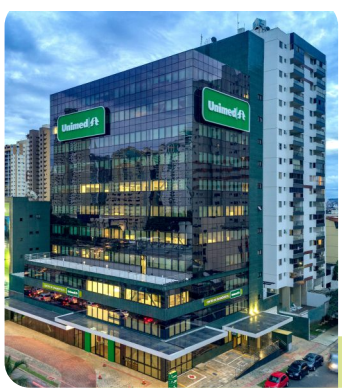




## Veja nossas unidades.











# Sobre a ANS

O setor de planos de saúde é regulado atualmente pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. A Agência foi criada pela Medida Provisória 1.928, de 25 de novembro de 1999 (convertida em 28 de janeiro de 2000, na Lei nº 9.961/2001).

É papel da Agência, entre outros, regular a assistência ao consumidor de planos de saúde (cobertura, rede credenciada, condições contratuais, indicadores de qualidade etc.), estabelecer regras de sustentabilidade financeira das empresas de planos de saúde e impedimento de "quebras", regrar reajustes e garantir o ressarcimento da operadora ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos atendimentos prestados pela rede pública aos usuários de planos de saúde.

## CONCEITOS DA ANS

### Planos de Saúde

O plano de saúde é um serviço oferecido por operadoras, empresas privadas, com intuito de prestar assistência médica e hospitalar.
A lei conceitua o Plano Privado de Assistência à Saúde como sendo uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

### Operadoras

A ANS classifica as empresas que comercializam planos privados de assistência à saúde em três modalidades:

## 1- Administradoras

Empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, mas que não assumem o risco decorrente da operação desses planos. Podem ser de dois tipos:

### 1.1 - De planos

Não possuem rede própria, credenciada ou referenciada;

### 1.2 - De serviços

Podem ou não possuir rede própria.

Exemplos de administradoras:
Servix, Qualicorp, Valem, Uniben.

## 2- Operadoras Médico-Hospitalares

As operadoras de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares dividem-se em cinco tipos:

### 2.1- Autogestão

As autogestões têm como características marcantes a oferta de planos a grupos restritos – aqueles vinculados às categorias atendidas – e não objetivam lucro. Exemplo de autogestão são CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e GEAP - Fundação de Seguridade Social.

### 2.2- Cooperativa Médica

É uma operadora de propriedade de um grupo de médicos cooperados entre si, que prestam serviços para a sua massa de beneficiários. Suas diretorias e conselhos são constituídas pelos próprios médicos cooperados. O Sistema Unimed e suas singulares são os melhores exemplos de cooperativas médicas.

### 2.3- Filantropia

Entidades sem fins lucrativos que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos de governos estaduais e municipais. Exemplo de filantropia: Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

### 2.4- Medicina de Grupo

Empresas ou entidades de um dono ou de um grupo de empresas que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, cujas características não se adequem à definição de administradora, cooperativa médica, autogestão ou instituição filantrópica. Exemplo de medicina em grupo: Amil, Vitallis, Hapvida, Golden Cross.

### 2.5- Seguradoras Especializadas em Saúde

Sociedades com fins lucrativos que comercializam "seguros de saúde" e que oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas. Os contratos são denominados apólices e devem conter informações como limites de reembolso, cobertura, abrangência geográfica, entre outros. Exemplos de seguradoras: Unimed Seguros, Bradesco Saúde, Sul América, Porto Seguro.

### 3- Odontológicas

As operadoras exclusivamente odontológicas dividem-se em dois tipos:

#### 3.1- Odontologia de Grupo

Operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos.

#### 3.2- Cooperativa Odontológica

Operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.

As odontologias de grupo e as cooperativas se distinguem em razão da forma escolhida para constituição de sua personalidade jurídica. As primeiras têm fins lucrativos e as segundas, não.

## Sistema Unimed

### Unimed

Cooperativa de médicos criada em 1967, na cidade de Santos (SP), a Unimed é hoje o maior e melhor sistema de assistência médica do brasil. Ela tem à disposição dos seus beneficiários mais de 117 mil médicos cooperados, com uma rede de 2.600 hospitais, 18 mil clínicas,  5 mil laboratórios  além de diversos centros de diagnósticos e prontos atendimentos.

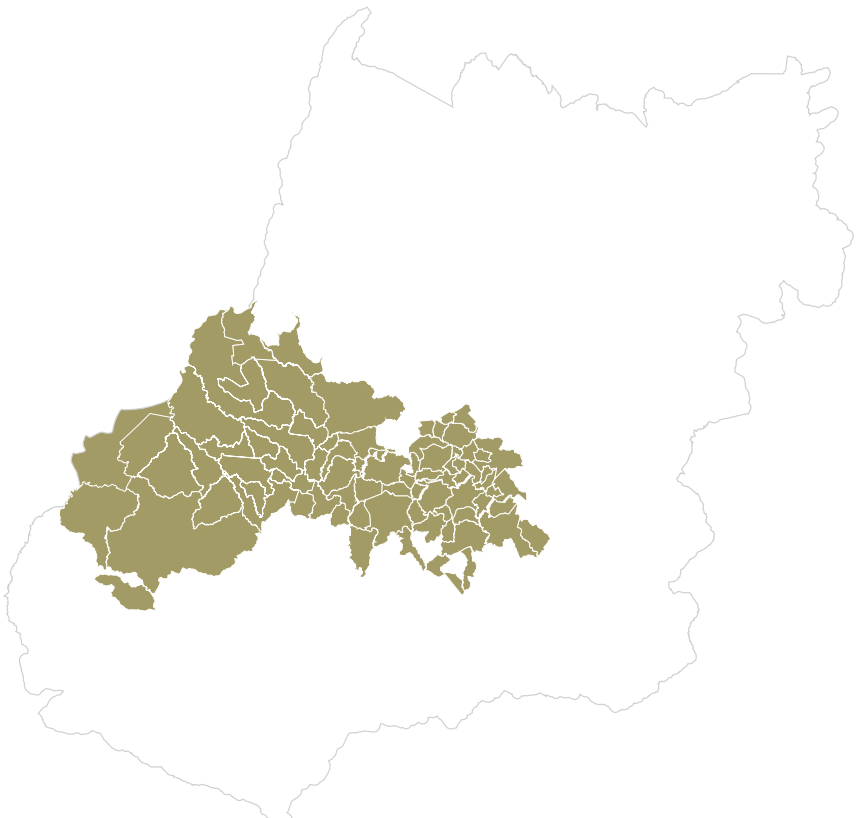
### Unimed Goiânia

A Unimed Goiânia tem a maior e melhor rede de atendimento da região. São aproximadamente 400 mil clientes que confiam nos serviços de mais de 2.800 médicos cooperados e mais de 400 prestadores entre clínicas, laboratórios e hospitais, o que a faz líder no mercado de planos de saúde da região Centro-Oeste.

### Área de Abrangência Geográfica

O sistema Unimed é composto de diversas cooperativas médicas Unimed, distribuídas em todo o território nacional. A Unimed Goiânia é uma das maiores singulares do sistema Unimed no Brasil e abrange 69 municípios da região. São eles:

- Abadia de Goiás
- Adelândia
- Americano do Brasil
- Amorinópolis
- Anicuns
- Aparecida de Goiânia
- Araçú
- Aragoiânia
- Arenópolis
- Aurilândia
- Avelinópolis
- Bela Vista de Goiás
- Bom Jardim de Goiás
- Bonfinópolis
- Brazabrantes
- Britânia
- Buriti de Goiás
- Cachoeira de Goiás
- Caiapônia
- Caldazinha
- Campestre de Goiás
- Caturaí
- Cezarina
- Córrego de Ouro
- Cromínia
- Damolândia
- Diorama
- Doverlândia
- Fazenda Nova
- Firminópolis
- Goiânia
- Goianira
- Goiás
- Guapó
- Hidrolândia
- Inhumas
- Iporá
- Israelândia
- Itapirapuã
- Itauçú
- Ivolândia
- Jandaia
- Jaupaci
- Jussara
- Leopoldo de Bulhões
- Matrinchã
- Montes Claros de Goiás
- Mossâmedes
- Nazário
- Nova Veneza
- Novo Brasil
- Palestina de Goiás
- Palmeiras de Goiás
- Palminópolis
- Petrolina de Goiás
- Piranhas
- Sanclerlândia
- Santa Bárbara de Goiás
- Santa Fé de Goiás
- Santo Antônio de Goiás
- São Luís de Montes Belos
- São Miguel do Passa Quatro
- Senador Canedo
- Terezópolis de Goiás
- Trindade
- Turvânia
- Varjão



# Principais Informações da Unimed Goiânia

## Tipo de Contratação dos Planos de Assistência à Saúde

No que diz respeito à modalidade de contratação, o plano de saúde pode ser "Individual/Familiar" ou "Coletivo".

### Individual / Familiar

Os planos de saúde Individuais ou Familiares são contratados diretamente por pessoa física para si e/ou para seus dependentes na Unimed Goiânia. Conforme a ANS, o contrato individual ou familiar é aquele "que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar".

### Coletivo

**1- Coletivo Empresarial** é aquele que "oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária";

**1.1-** Indivíduos que se enquadram como Empresário Individual e CAEPF, devem apresentar à operadora no ato da contratação do plano, toda a documentação exigida e a cada ano (no mês de aniversário do contrato), documentos que comprovem pelo tempo mínimo de 6(seis) meses de abertura da empresa;

**2- Coletivo por Adesão**, por sua vez, "oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial".

## Área de Abrangência dos Planos

O tipo de rede contratada do seu plano da Unimed Goiânia vai definir onde você poderá utilizar os serviços de consultas, exames, procedimentos ou internações. Por isso, é muito importante que você conheça o seu plano e tipo de rede contratada, descritos em seu cartão, no canto superior esquerdo.
Identifique as características de cada rede.

### *Abrangência Grupo de Municípios*

Atendimento eletivo na área de atuação da Unimed Goiânia ou Rede Referenciada da Unimed Goiânia e o atendimento de Urgência e Emergência em âmbito nacional*.

Rede Referenciada – Atendimento eletivo na rede própria da Unimed Goiânia.

### *Abrangência Estadual*

Atendimento eletivo na área de atuação do estado de Goiás através da rede Unimed.
Atendimento de Urgência em âmbito nacional*.

### *Abrangência Nacional*

Atendimento eletivo e de Urgência e Emergência em rede Nacional do Sistema Unimed.

***Atendimento Nacional** – Atendimentos na rede própria ou credenciada de alguma cooperativa do Sistema Unimed. Em casos de Urgência e Emergência, e o plano seja com fator moderador, a cobrança das coparticipações ocorrerá na fatura em até 6 (seis) meses posterior ao atendimento.

### *ATENÇÃO*

Todos os atendimentos dos planos da Unimed Goiânia são garantidos em rede básica de saúde, não sendo cobertos os atendimentos nos prestadores de alto custo e de tabela própria, ainda que os mesmos sejam credenciados às cooperativas que integram o Sistema Nacional Unimed, mesmo para os planos com atendimento eletivo nacional.

## *Regulamentação do Contrato*

### *Contrato regulamentado ou adaptado*

O contrato de plano de saúde é chamado de "contrato regulamentado" se foi assinado a partir de 2 de janeiro de 1999, quando entrou em vigor à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde.

É adaptado o contrato que foi assinado antes dessa data, mas passou por processo de adaptação às regras previstas na lei. A adaptação depende do conteúdo do contrato original, mas geralmente há mudanças em cláusulas de reajuste e cobertura. As cláusulas que não conflitam com a Lei nº 9.656 permanecem inalteradas. Esta adaptação se eletiva por meio da assinatura de um Termo Aditivo ao contrato original.

### *Contrato antigo*

São assim chamados os contratos de planos de saúde assinados antes de 2 de janeiro de 1999, e que não foram adaptados.

## *Vigência Contratual*

A vigência será contada a partir da data de assinatura do Contrato, conforme a proposta de adesão, sendo a vigência inicial obrigatória de no mínimo 12 (doze) meses, prorrogando-se por prazo indeterminado.

## *Segmentação Assistencial e Cobertura Obrigatória*

A Unimed Goiânia assegura ao seu beneficiário a cobertura obrigatória que a ANS estipula para os planos conforme a Lei 9.656/98 e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, disponível no site da Agência: **www.ans.gov.br**. Todavia, a cobertura assistencial restringe-se à segmentação de cobertura contratada.

***Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia***

Para consultas, exames, terapias, internação e parto

***Referência***

Cobertura mínima estabelecida pela Lei nº 9.656/98.

***Plano Referência:** Segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria.

## *Exclusão de Cobertura*

Estão excluídos da cobertura do plano: os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento e os tratamentos como odontológicos e estéticos.

## *Cartão de Identificação*

O cartão de identificação Unimed Goiânia é um documento pessoal, intransferível e indispensável em qualquer tipo de atendimento, apresentado juntamente com documento de identificação oficialmente reconhecido. Por isso, mantenha-o sempre atualizado. Será obrigatório para consultas, exames, terapias e internações. No caso de roubo, perda ou extravio do cartão, você deve comunicar imediatamente, conforme abaixo:

· **Plano Individual/Familiar**, entre em contato imediatamente com a Unimed por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), pelo telefone 0800 642 8008.

· **Plano Coletivo Empresarial** ou por adesão (associativo), comunique imediatamente a área de Recursos Humanos da sua empresa ou associação/entidade.

O cartão de identificação Unimed está disponível em formato virtual através do APP da Unimed Goiânia.

## INFORMAÇÕES DA FRENTE




Nome do plano contratado

Tipo da contratação

Data de validade do cartão

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

Código da Unimed do local de atendimento do cliente

Código do Cliente

Tipo de acomodação contratada

Descrição do plano contratado, conforme data de contratação, podendo ser Regulamentado ou Não Regulamentado

Tipo de segmentação, podendo ser Ambulatorial e/ou Hospitalar com ou sem Obstetrícia

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

## INFORMAÇÕES DA FRENTE

### TOKEN PARA CARTÃO VIRTUAL

O Token é um dispositivo ou aplicativo criado para gerar senhas que permitem o acesso emcom um determinado intervalo de tempo. Eles são utilizados, geralmente, como um fator adicional que trás mais segurança em transações realizadas em canais remotos ou via internet, conhecidos como segundo fator de autenticação.

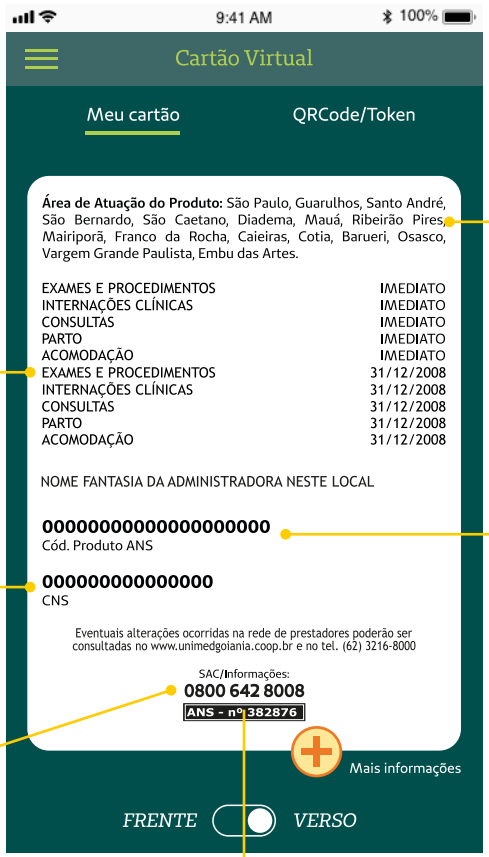



No Sistema Unimed, a recomendação do Comitê Estratégico de Tecnologia da Informação para geração da senha é a utilização do algorítmo Time-Based One Time Password (TOTP), o mesmo usado por bancos. Definido pela RFC6238, ele emprega um algoritmo de Hash (HMAC) para gerar uma sequência de números que mudam periodicamente e são responsáveis por autenticar o usuário junto ao sistema.

### TOKEN/QR CODE – Arquitetura das Informações

O Cartão Virtual prevê recursos de Token e de QR Code que devem estar na mesma área de visualização do aplicativo – assim como o contador do tempo de validade do Token –, conforme diretrizes visuais definidas pela área de Comunicação e Marketing da Unimed do Brasil.
O objetivo é padronizar a informação nacionalmente para que a Unimed que esteja atendendo o beneficiário de outra cooperativa do Sistema tenha condições de interpretar e repassar as informações.

## INFORMAÇÕES DO VERSO




Carências que o cliente possui. Porém, carências já cumpridas poderão ser omitidas e a frase "Sem carências a cumprir" constará neste local

Local onde o beneficiário pode ter atendimento

Código do Beneficiário no Cartão Nacional do SUS

Código do Produto registrado na ANS

Número de telefone do SAC, se a Unimed possuir o serviço

Número do registro da operadora na ANS

## Declaração de Saúde

É dever do consumidor de planos de saúde informar ser portador de doenças ou lesões preexistentes, quando houver. A informação é dada através da Declaração de Saúde, que consiste no preenchimento de um formulário para registro de informações no momento da contratação ou adesão contratual.

A omissão da informação sobre doença ou lesão preexistente pode gerar o cancelamento justificado do contrato pela operadora de plano de saúde.

É direito do consumidor ser auxiliado por médico pertencente à lista de profissionais da rede da operadora no preenchimento da Declaração de Saúde, sem qualquer cobrança. Caso o consumidor opte por ser assistido por médico não credenciado, deve arcar com os custos. A exigência de exames complementares para a contratação não é considerada pelo Poder Judiciário uma prática abusiva da operadora, cabe a ela, todavia, arcar com os custos de tais exames.

**ATENÇÃO**

Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (Individual ou Coletivo, independente do número de beneficiários), ao beneficiário titular ou não do plano, que permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.

Nos casos de Contratação Coletiva que a empresa contratante tiver mais de 30 beneficiários, não haverá a Cobertura Parcial Temporária, estando este também dispensado do formulário.

## Carências e Cobertura Parcial Temporária

Carências são prazos ininterruptos contados a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante os quais não se tem direito às coberturas contratadas.

Os prazos máximos estipulados em lei são:

| Cobertura | Carência |
|---|---|
| Acidentes Pessoais / Urgência e Emergência (nos limites da lei 9.656/98 e sua regulamentação); | 24h |
| Parto a Termo; | 300 dias |
| Consultas, Exames, Internações, Cirurgias e demais itens descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época. | 180 dias |

A Cobertura Parcial Temporária (CPT), por sua vez, é exercida por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. A CPT não é aplicada para todos os procedimentos, mas apenas a aqueles, eventualmente, demandados pelo consumidor e que sejam considerados de alta complexidade pela ANS, relativos à utilização de leitos de alta tecnologia e para procedimentos cirúrgicos, que estejam, diretamente, relacionados à doença ou lesão preexistente (DLP) declarada(s) pelo consumidor no ato da contratação do plano de saúde.

A CPT pode ser substituída pelo pagamento de agravo, que consiste em um acréscimo temporário no valor da mensalidade, oferecido ao consumidor que declare ser portador de doenças ou lesões preexistentes para que ele tenha direito à cobertura integral, mesmo para os atendimentos motivados por essas doenças ou lesões que ele declarou ser portador no momento da adesão contratual. Ou seja, o agravo substitui a cobertura parcial temporária de até 24 meses, mas é obrigatório o cumprimento das carências previstas em contrato.

## Urgência e Emergência

A legislação determina que o prazo máximo de carência para atendimentos de Urgência e Emergência é de 24 (vinte e quatro) horas, a partir da contratação do plano de saúde, contudo, a Resolução CONSU nº 13/98 da ANS, impõe algumas restrições a esses atendimentos, de acordo com as limitações e segmentações do plano contratado.

### Urgência

São os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional:

**Acidentes Pessoais –** eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

**Complicações no Processo Gestacional –** alterações patológicas durante a gestação, como por exemplo, prenhez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

### *Emergência*

São os casos que implicam no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

### *Atendimentos na Urgência e Emergência*

**Atendimento de Emergências em Psiquiatria**

É obrigatório o atendimento às Emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, e ainda, as situações que provoquem risco de danos morais e patrimoniais importantes.

O atendimento de Emergência em Psiquiatria está submetido às mesmas regras dos demais casos de Emergência, de acordo com o segmento de cobertura do plano contratado.

**Atendimento de Emergência decorrente de doença ou lesão pré-existente quando em cobertura parcial temporária**

Se a Emergência for decorrente de doença ou lesão preexistente, quando em cumprimento de cobertura parcial temporária, a cobertura será limitada às primeiras 12 horas em ambulatório, ou em prazo inferior, se o quadro evoluir para internação.

**Atendimento de Urgência e Emergência fora da área de abrangência geográfica prevista em contrato**

A operadora não será responsável pela cobertura de Urgência e Emergência e nem pelo reembolso dessas despesas, quando o atendimento se der fora da área de abrangência geográfica prevista em contrato.

**Atendimento com remoção do paciente nos casos de Urgência e Emergência por falta de recursos na unidade de saúde**

É garantida a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como de Urgência e Emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo hospital para a continuidade do atendimento ao consumidor.

## *Adaptação e Migração*

### *Adaptação*

É um aditamento ao contrato antigo, assinado antes de 1 de janeiro de 1999, que possibilita ampliar as coberturas exigidas pela Lei nº 9.656/98 sem cumprimento de novos prazos de carência, mesmo para os novos procedimentos cobertos, sendo que sua mensalidade poderá subir até 20,59%.

## *Migração*

É o direito do beneficiário de plano antigo, ou seja, assinado antes de 1 de janeiro de 1999, de migrar para um novo plano regulamentado na mesma operadora. O plano regulamentado poderá possuir cobertura não prevista na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, apenas nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência.

## *Portabilidade de Carências*

É o direito que o beneficiário de plano de saúde tem de mudar de plano e/ou de operadora sem cumprir novos períodos de carências ou Cobertura Parcial Temporária - CPT. Para a portabilidade é necessário compatibilidade de preço (mensalidade do plano de destino igual ou inferior à faixa de preço do plano de origem), com exceção da mudança entre planos coletivos empresariais.
O beneficiário deve ter vínculo ativo e estar adimplente com o plano de origem. Quando for utilizar o benefício pela primeira vez, deve ter cumprido prazo de permanência de no mínimo 2 (dois) anos ou no mínimo 3 (três) anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária - CPT. A partir da segunda portabilidade, o período mínimo de permanência passa a ser de 1 (um) ano no plano de origem.

***Fonte: ANS - RN Nº 438, 3 de Dezembro de 2018.***

### Portabilidade por Perda de Dependência

A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora.
I - pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato;
II - pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 557, de 2022;
III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

## *Prazos para Atendimento*

A ANS determinou prazos máximos para o beneficiário do plano de saúde ter atendimento em:

I- Consultas básicas, clínica médica, pediatria, clínica geral, ginecologista e obstetrícia – (07 dias úteis)

II – Consulta/ sessão fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta – (10 dias úteis)

III- Consultas nas demais especialidades – (14 dias úteis)

IV- Exames laboratoriais – (03 dias úteis)

V- Internação e Procedimentos de alta complexidade - (21 dias úteis)

VI- Urgência e Emergência - (imediato, salvo a carência conforme contratação)

Os prazos acima podem sofrer alterações conforme publicações da ANS.

Os beneficiários que quiserem ser atendidos por um determinado profissional médico ou por um específico estabelecimento de saúde e estes não puderem atendê-los no prazo estipulado, poderão recorrer a outros prestadores de saúde ou aguardar a disponibilidade do profissional ou estabelecimento escolhido.

## *Mensalidades*

As mensalidades são em PRÉ-PAGAMENTO, caracterizado pelo pagamento antes da utilização das coberturas.

**Individual / Familiar** - As cobranças são feitas ao contratante e/ou titular do contrato.

**Coletivo** - As cobranças são diretas ao contratante (empresa) e a mesma fica responsável em cobrar de cada beneficiário titular.

**Reembolso**

A Unimed Goiânia assegurará ao beneficiário o reembolso no limite das obrigações, nos casos exclusivos de Urgência ou Emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Unimed Goiânia.

O beneficiário poderá solicitar o reembolso da despesa, desde que no prazo máximo de 180 dias da ocorrência e este se dará integralmente conforme prevê a RN nº 556, de 2022; e nos limites da cobertura prevista no contrato da tabela de preços praticados pela Unimed Goiânia aos médicos e/ou prestadores na rede contratada para tal procedimento.

Os procedimentos realizados em ocasião de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

***IMPORTANTE***

O reembolso será feito em conta do titular do plano. Não será possível depósito em contas de dependentes, pessoa jurídica ou terceiros.

Todos os tipos de pedidos de reembolso estão sujeitos à análise prévia após o recebimento dos documentos completos.



## *Coparticipação e Franquia*

O beneficiário paga sua mensalidade com um preço reduzido e, quando necessitar de atendimento (consultas, exames, terapias e em casos de internações psiquiátricas superior a 31 dias), o mesmo contribui com um percentual do valor do procedimento pago pela operadora ao cooperado e/ou prestador, limitado ao valor previamente definido no contrato.

A coparticipação não é paga no ato da utilização, mas na fatura mensal, constando data do atendimento, nome do médico/prestador e nome do beneficiário.

As coparticipações poderão ser cobradas de duas formas, conforme definidas em contrato: somente nas consultas ou em consultas, exames e terapias.

As internações psiquiátricas terão cobertura de 30 (trinta) diárias por ano contratual, e a partir da 31ª (trigésima primeira) diária, haverá o custeio parcial pelo beneficiário, coparticipando com um percentual, definido na proposta de adesão, do valor das diárias excedentes, sem limite máximo.

As cobranças dos valores das referidas utilizações podem ser feitas em até 6 (seis) meses após a realização do procedimento.

A FRANQUIA é um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada, estipulada previamente em VALOR FIXO na proposta de adesão, no ato da contratação.

## *Reajustes*

**Reajuste Anual**

Anualmente, os contratos de planos de saúde sofrem reajustes conforme condições previstas em seu contrato.

**a) Individual / Familiar** – o percentual máximo de reajuste é determinado anualmente pela ANS;

**b) Coletivos** – não precisam de autorização da ANS para aplicação de reajuste anual, mas os percentuais aplicados pela Operadora devem ser informados para a ANS.

I- Reajuste Econômico – Segue o índice IPCA/SAÚDE – PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses. Na falta dos índices citados, seguirá demais índices que vier a substituí-los oficialmente.

II- Reajuste Técnico – É a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

**Reajuste por Faixa Etária**

Além do reajuste anual acima citado, há o reajuste por mudança de faixa etária que é aplicado quando o beneficiário do plano de saúde atinge determinadas idades previstas contratualmente.

***ATENÇÃO***

Pode ocorrer do beneficiário sofrer dois reajustes dentro do mesmo ano, um caracterizado pelo reajuste ANUAL e outro pelo reajuste POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.

## *Exclusão de Beneficiário, Rescisão/Cancelamento de Contrato e/ou Suspensão*

**É direito da operadora de plano de saúde, conforme legislação vigente à época:**

- Suspender a cobertura dos atendimentos quando há o atraso no pagamento da mensalidade, pela contratante, por um período superior a 30 (trinta) dias.
- Reincidir o contrato nos seguintes casos:

a) Quando de dolo ou fraude comprovada;

b) A inadimplência se apresente superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;

Exclusivamente nos contratos de planos coletivos:

c) De total inexistência de beneficiários cadastrados no plano contratado após 30 (trinta) dias de sua assinatura;

d) Redução do número de beneficiários ativos no plano, conforme estabelecido na proposta de adesão para manutenção deste contrato;

e) Imotivadamente, após os 12 (doze) meses de vigência mínima obrigatória, mediante prévia comunicação à contratante;

f) Exclusivamente nos contratos de planos coletivos: caso não comprove a cada ano, quando solicitado pela operadora, que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal.

No caso do cancelamento/rescisão contratual por parte da CONTRATANTE ou inadimplência da mesma por prazo superior a 60 (sessenta) dias, antes da vigência mínima obrigatória, poderá acarretar em cobrança de multa rescisória, conforme previsto nas Condições Gerais do produto contratado.

É de responsabilidade do CONTRATANTE, no caso de cancelamento/rescisão contratual e/ou exclusão de beneficiário, e correrá por sua conta o pagamento de:

a) Contraprestações pecuniárias vencidas, quando houver;

b) Eventuais coparticipações/franquias devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de rescisão/cancelamento contratual e/ou exclusão de beneficiário, quando houver;

O cancelamento/rescisão contratual ou exclusão de beneficiário e/ou a perda de qualidade de beneficiário, poderá importar:

a) No cumprimento de novos períodos de carência, descrito nas Condições Gerais;

b) Na perda do direito à portabilidade de carências, quando houver;

c) No preenchimento de nova Declaração de Saúde, e, caso haja Doença ou Lesão Preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, descrito nas Condições Gerais;

d) Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, descrito nas Condições Gerais.

A UNIMED GOIÂNIA deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante da efetiva exclusão do beneficiário, por qualquer meio que assegure a sua ciência.

**Exclusivamente nos contratos de planos Individual/Familiar**

***ATENÇÃO***

O contratante poderá solicitar, a qualquer momento, o cancelamento/rescisão do contrato ou exclusão de beneficiários, que terá EFEITO IMEDIATO e CARATER IRREVOGÁVEL.

O cancelamento/rescisão contratual ou exclusão de beneficiários poderá ser solicitada à UNIMED GOIÂNIA pelo CONTRATANTE, através dos seguintes meios:

a) Presencial, na sede da operadora, acompanhado do cartão magnético de identificação e documentação pessoal do mesmo;

b) Central de Atendimento Telefônico, disponibilizado pela operadora;

c) Site da operadora, pelo endereço eletrônico **www.unimedgoiania.coop.br**, na área restrita do beneficiário.

Fica ainda sob responsabilidade do CONTRATANTE, no caso de cancelamento/rescisão contratual e/ou exclusão de beneficiário, e correrá por sua conta o pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após o momento da solicitação de exclusão, inclusive nos casos de Urgência ou Emergência.

**Exclusivamente nos contratos de planos Coletivo Empresarial**

***ATENÇÃO***

A solicitação de exclusão deverá ser realizada pelo beneficiário titular diretamente a CONTRATANTE e terá EFEITO IMEDIATO e CARÁTER IRREVOGÁVEL a partir da ciência da Unimed Goiânia.

A CONTRATANTE obriga-se a cientificar a UNIMED GOIÂNIA através do website da operadora, pelo endereço eletrônico **www.unimedgoiania.coop.br**, na área restrita da CONTRATANTE, em até 30 (trinta) dias corridos contados da data da solicitação de exclusão pelo beneficiário titular. Expirado este prazo sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à UNIMED GOIÂNIA, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora através dos seguintes meios:

a) Presencial, na sede da operadora, acompanhado do cartão magnético de identificação e documentação pessoal do mesmo;

b) Central de Atendimento Telefônico, disponibilizado pela operadora;

c) Site da operadora, pelo endereço eletrônico **www.unimedgoiania.coop.br**, na área restrita do beneficiário.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de cancelamento/rescisão contratual, e correrá por sua conta o pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após o momento da solicitação, inclusive nos casos de Urgência ou Emergência.
No caso de exclusão de beneficiários e/ou na perda de qualidade de beneficiário, estas despesas ficarão sob responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR.

**Exclusivamente nos contratos de planos Coletivo por Adesão**

***ATENÇÃO***

A solicitação de exclusão de beneficiário possui EFEITO IMEDIATO e CARÁTER IRREVOGÁVEL.

A exclusão de beneficiários poderá ser solicitada à CONTRATANTE pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e terá efeito a partir da ciência da UNIMED GOIÂNIA.
O pedido de exclusão de beneficiários realizada diretamente à CONTRATANTE deverá ser enviado à UNIMED GOIÂNIA através do website da operadora, pelo endereço eletrônico **www.unimedgoiania.coop.br**, na área restrita da CONTRATANTE.

O pedido de exclusão de beneficiários poderá ser solicitado à UNIMED GOIÂNIA pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, através dos seguintes meios:

a) De forma presencial, na sede da operadora, acompanhado do cartão magnético de identificação e documentação pessoal do mesmo;

b) Central de Atendimento Telefônico, disponibilizado pela operadora;

c) Site da operadora, pelo endereço eletrônico **www.unimedgoiania.coop.br**, na área restrita do beneficiário.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de cancelamento/rescisão contratual, e correrá por sua conta o pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após o momento da solicitação, inclusive nos casos de Urgência ou Emergência.
No caso de exclusão de beneficiários e/ou a perda de qualidade de beneficiário, estas despesas ficarão sob responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR.

***ATENÇÃO***

**Para qualquer tipo de contratação:**

Em face da não quitação do(s) débito(s) existentes(s), a operadora adotará todas as medidas de cobranças, podendo, inclusive, incidir na inscrição do nome do devedor nos órgãos de proteção ao crédito (SPC/SERASA), sem prejuízo da adoção das medidas judiciais cabíveis.



# Principais características por tipo de plano

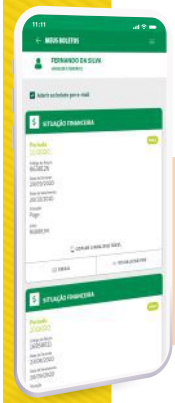
| |   |   |   |
|---|---|---|---|
|  **Adesão** | **LIVRE** | **OBRIGATÓRIO VÍNCULO** com associação profissional ou sindicato | **OBRIGATÓRIO VÍNCULO** com Pessoa Jurídica por relação empregatícia ou estatuária |
|  **Carência** | **SIM** | **SIM.** Salvo para quem ingressa no plano até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do mesmo. | **SIM.** Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingressa no plano até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa. |
|  **Cobertura** | Conforme **CONTRATO E ROL DE PROCEDIMENTOS** | Conforme **CONTRATO E ROL DE PROCEDIMENTOS** | Conforme **CONTRATO E ROL DE PROCEDIMENTOS** |
|  **Cobrança** | **DIRETAMENTE** ao beneficiário, pela operadora. | **DIRETAMENTE** ao beneficiário, pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios. | **DIRETAMENTE** ao beneficiário, pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios. |
|  **Rescisão** | **PREVISÃO EM CONTRATO** e somente válida para o contrato como um todo. | **PREVISÃO EM CONTRATO** e somente válida para o contrato como um todo. | **PREVISÃO EM CONTRATO** e somente válida para o contrato como um todo. |

# Saiba mais

## SIMPLIFIQUE O SEU DIA!

Emita sua fatura de maneira rápida e descomplicada sem sair de casa





**Para impressão de 2ª via de fatura:**

Acesse **unimedgoiania.coop.br**, opção "2ª via de boletos";

Fale com a **Assistente Virtual Jane** pelo site ou WhatsApp **(62) 3216-8000**;

Ou por meio do aplicativo **Unimed Goiânia**, disponível para Android e iOS, escolha a opção "Meus Boletos";

**Boletos vencidos, até 59 dias, também podem ser atualizados virtualmente!**
Seguindo o mesmo caminho para impressão de 2ª via de boletos, informe o número do CPF do titular, do beneficiáro ou beneficiária e clique no ícone da impressora para gerar o boleto.

O boleto poderá ser pago em qualquer agência bancária ou nas casas lotéricas até 59 dias após o vencimento.

**Fatura digital**

Receba mensalmente a fatura por e-mail. Cadastre-se pelo portal **unimedgoiania.coop.br** ou ligue para a nossa Central de Atendimento **0800 642 8008**

## PRONTO ATENDIMENTO VIRTUAL

Receba o cuidado que precisa sem abrir mão do distanciamento.



**Menos riscos, mais comodidade e segurança.**

- Atendimento adulto e pediátrico, de 7h às 19h, todos os dias
- Sem coparticipação
- Evita filas e exposição ao ambiente hospitalar e doenças

Aponte a câmera para o QR Code e **faça sua consulta.**

Membro da Aliança Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

Unimed Goiânia

somos coop

**ATENÇÃO**

*As substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial podem ser verificadas no site **www.unimedgoiania.coop.br** ou na Central de Atendimento, pelos telefones **0800 642-8008 ou(62)3216-8000**, conforme normativa da ANS vigente a época.*

Unimed Goiânia

somos coop

www.unimedgoiania.coop.br

/UnimedGoiania
@unimedgoiania

**Vendas – Unimed Corretora**
*Av. T-9, nº 276, Setor Marista - (62) 3216-8700*

**Unidade Vendas T-7**
*Av. T-7, esq. c/ T-1, Setor Bueno - (62) 3216-8700*

**Unidade Shopping Flamboyant**
*1º piso (próximo à entrada principal) - (62) 3216-8700*

**Unidade Shopping Órion**
*Av. Mutirão, nº 2653 - Setor Marista - (62) 3216-8700*

**Unidade Buriti Shopping**
*1º piso (ao lado do Vapt Vupt) - (62) 3216-8700*

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

Membro da Aliança Cooperativa Internacional

ANS - Nº 382876

*Junho / 2023*