



Manual do  
**Cliente**  
**Unimed**

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

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



[www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

# Expediente

Texto e Design Gráfico  
Unimed Vertente do Caparaó

Adaptação  
Patrícia Cristina Teixeira André de Melo  
Coordenadora do Comercial

**VERSÃO 01**  
**DATA: 02/09/2019**

Manual do  
Cliente  
**Unimed**

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



[www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)



# Sumário

• Introdução .....	07
• Cartão do Beneficiário .....	08
• Como acessar o Guia Médico .....	12
• Prazo máximo para o atendimento .....	14
• Qual é o plano que você adquiriu? .....	16
• Cobertura do seu plano .....	18
• Sobre o reajuste .....	23
• Dicas de utilização do plano .....	24
• Carências .....	26
• Tenho direito ao reembolso? .....	28
• Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários? .....	30
• Portal de serviços .....	31
• Portabilidade .....	32
• Portabilidade especial e extraordinária de carência .....	35
• Remoção terrestre e aérea .....	37
• Serviços disponíveis .....	38
• Direitos e deveres dos beneficiários .....	40
• Fale com a Unimed: canais de atendimento .....	41
• Nossos endereços .....	42



# Introdução

## **Prezado beneficiário,**

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed, uma Cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico hospitalar de qualidade.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é considerado o maior sistema privado de saúde do Brasil.

A Unimed Inconfidentes é uma cooperativa médica singular, com autonomia administrativa e financeira, criada em 26/02/1986, com área de atuação nos municípios de Ouro Preto, Mariana e Itabirito.

Diversos médicos cooperados compõe a rede de assistência da Cooperativa, contamos ainda com laboratórios, clínicas e hospitais credenciados que oferecem ao cliente Unimed o melhor atendimento em saúde.

A Unimed oferece, ainda, serviços exclusivos para seus clientes, como Centro de Atendimento, Centro de Imagem e Centro de especialidades.

Ao longo dos seus 33 anos, tornou-se referência em soluções de saúde na região, pois trabalha com respeito, atendimento humanizado, cooperação, responsabilidade social, responsabilidade corporativa, inovação e ética.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano. Para que você tenha o máximo de tranquilidade e segurança leia-o atentamente.

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco através dos seguintes canais de atendimento: site, e-mail e telefones de contato, informados na página 41 e 42 deste manual. Teremos muito prazer em atendê-lo.

**Seja bem-vindo à Unimed Inconfidentes**



## Cuide do seu cartão e ele cuidará de você.

A Unimed fornecerá ao usuário o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão do beneficiário e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

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

### ESTE É O SEU CARTÃO UNIMED.

Com ele você será atendido por médicos selecionados pelo melhor plano de saúde do Brasil.

NOME DO PRODUTO		Unimed	
TIPO DE CONTRATAÇÃO		Inconfidentes	
0 123 123456789012 1			
02/03/1967 Data de Nascimento	INDIVIDUAL Acomodação	31/12/2007 Vigência do plano	31/12/2007 Validade
SEU NOME CONSTARÁ AQUI			NA99 MASTER Rede de Atendimento
9999 Atend.	NÃO REGULAMENTADO Plano	NACIONAL Abrangência	01 Via
NÃO HÁ Cobertura Parcial Temporária		LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT Contratante	
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO Segmentação Assistencial do Plano			

# Cartão do Beneficiário

## Conheça seu cartão

Confira se os dados estão corretos.

Código do cliente.

Código da Unimed do local de atendimento do cliente.

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

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

Tipo de acomodação contratada.

Data da 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.

Via do cartão.

Nome da empresa ou contratante do plano.

NOME DO PRODUTO  
TIPO DE CONTRATAÇÃO

### 0 123 123456789012 1

02/03/1967 Data de Nascimento	INDIVIDUAL Acomodação	31/12/2007 Vigência do plano	31/12/2007 Validade
----------------------------------	--------------------------	---------------------------------	------------------------

**SEU NOME CONSTARÁ AQUI**  
Nome do Beneficiário

9999 Atend. Plano	NÃO REGULAMENTADO Plano	NACIONAL Abrangência	NA99 MASTER Rede de Atendimento 01 Via
----------------------	----------------------------	-------------------------	---

**NÃO HÁ**  
Cobertura Parcial Temporária

**LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT**  
Contratante

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICIA + ODONTOLÓGICO**  
Segmentação Assistencial do Plano

Tipo do plano conforme regulamentação da ANS.

Área geográfica contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.

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

Local onde o cliente pode ter atendimento.

Site e telefone da operadora.

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br) e no tel. 31-3559-7200

**Área de Atuação do Produto:** São Paulo, Guarulhos, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Mairiporã, Franco da Rocha, Cateiras, Cotia, Barueri, Osasco, Vargem Grande Paulista, Embu das Artes.

NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO/NONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONO/NONONO	00/00/00
NONONO/NONONO/NO	IMEDIATO	NONONONO/NONO/NO	00/00/00
NONONONO/NO/NONONON	IMEDIATO	NONONONO/NO/NONONON	00/00/00
NONONO/NO/NO	IMEDIATO	NONONO/NO/NO	00/00/00

NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESSE LOCAL

SAC / Informações:  
**0800 283 0682**  
**ANS 30.439-5**

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000  
CNS 000000000000000000

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

Código do Produto ANS na Unimed contratada e número do registro da operadora na ANS.

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

Registro da Operadora na ANS

## Quais os cuidados que devo manter com o meu plano e meu cartão unimed?

- O seu cartão é pessoal e intransferível.
- Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.
- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo telefone: **0800 283 0682**.
- Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.

### **Importante:**

Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente.

# Como acessar o Guia Médico?

1

O Guia Médico é localizado no canto superior direito do site:

[www.unimeinconfidentes.coop.br](http://www.unimeinconfidentes.coop.br)

The screenshot displays the Unimed Inconfidentes website. At the top, the logo and navigation menu are visible. The main banner features the text "A partir de R\$62,65\* sua empresa pode ter" and "PLANO Ambulatorial". Below the banner are three buttons: "Portal Empresa", "Canal do Beneficiário", and "Boletos pessoa física". The "Guia Médico" section is highlighted with an orange border. It includes a search bar with the placeholder text "O que você procura?" and "Médico, especialidade, clínica, cidade...". There are also checkboxes for "Urgência e Emergência" and "Substituição de Prestadores". A search button labeled "PESQUISAR" is located at the bottom right of the search area.

The image shows a screenshot of a web interface titled "Guia Médico". At the top, there are two tabs: "Busca Rápida" (selected) and "Busca Detalhada". Below the tabs is a search bar with the placeholder text "O que você procura?". The search bar contains the text "Médico, especialidade, clínica, cidade...". Below the search bar are two checkboxes: "Urgência e Emergência" and "Substituição de Prestadores". Below these checkboxes is a smaller search bar with the placeholder text "Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:" and the text "CPF ou carteirinha (opcional)". To the right of this smaller search bar is a green button labeled "PESQUISAR" with a magnifying glass icon. The entire interface is enclosed in a light gray box. Three orange callout boxes with dotted lines point to specific elements: callout 2 points to the main search bar, callout 3 points to the "Urgência e Emergência" checkbox, and callout 4 points to the smaller search bar.

2

Preencha o campo  
**“O que você procura?”**  
digitando a especialidade,  
o nome do médico nome da  
clínica ou cidade que deseja  
atendimento.

3

Selecione se é Urgência e Emergência.

4

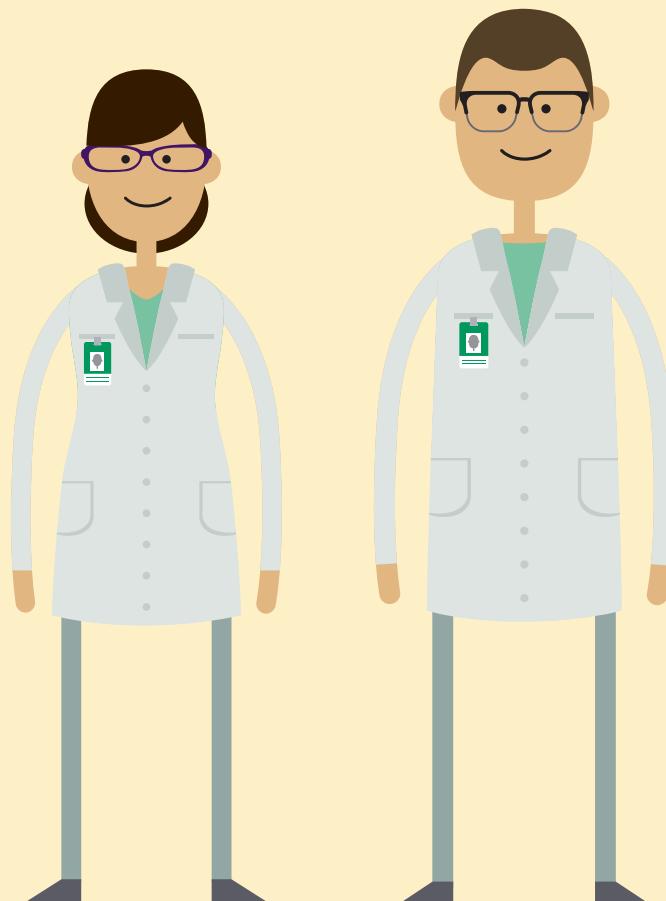
Se você é cliente, digite seu cpf  
ou o número da carteirinha e  
clique em pesquisar.  
Mas caso não seja,  
basta clicar em pesquisar.

# Prazo máximo para o atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos ao lado mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

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

Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.



**Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.**

Serviços	Prazo máximo para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (quatorze)
Consulta / sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta / sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: site da ANS

# Qual é o plano que você adquiriu?

## Quanto ao tipo de contratação

- a) Individual ou Familiar** - Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar
- b) Coletivo Empresarial** - Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres)
- c) Coletivo por Adesão** - Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações

## Quanto à abrangência geográfica

- a) Estadual - MG**
- b) Regional - Itabirito, Mariana e Ouro Preto**

## Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento** (pré-estabelecido) - Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada
- b) Pós-pagamento em custo operacional** (pós-estabelecido em custo operacional) - Quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuada pela contratante depois da utilização das coberturas contratadas.

### Quanto ao fator moderador

**Coparticipação** - Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

**Sem fator moderador** - Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado.

### Quanto à época da contratação

**a) Regulamentados** (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98)

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

**c) Adaptados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS - Agência Nacional de de Saúde)

### Quanto ao padrão de acomodação

**a) Enfermaria** (Acomodação coletiva)

**b) Apartamento** (Acomodação individual)

# Cobertura do seu plano

## Fique por dentro das coberturas do seu plano.

As coberturas da Unimed estão de acordo com o Rol de Procedimentos – listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida – editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está disponível no endereço eletrônico:

**[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)** .

### **Cobertura ambulatorial**

São os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, incluindo realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- consultas
- serviços de apoio diagnóstico
- consulta e procedimentos em consultório, pronto-socorro e pronto atendimento

Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que demandem atenção continuada, **pelo período máximo de 12 horas**, em leitos ambulatoriais.

### **Cobertura hospitalar**

São os atendimentos realizados em ambientes hospitalares por exigirem uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- internações clínicas e cirúrgicas
- procedimentos obstétricos e partos, quando contratados.

Segue abaixo alguns procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD
- quimioterapia
- radioterapia
- nutrição parenteral ou enteral
- hemoterapia
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica
- embolização e radiologia intervencionista.

### **Outras coberturas**

1 - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro;

- Entre hospitais, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, e quando o médico assistente identificar necessidade de internação;
- Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente;

2 - Transplante de córnea ou rins\*.

3 - Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos na vigência do contrato para o respectivo beneficiário e que estejam causando problemas funcionais.4 - Cirurgia buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.\*

*\*Conforme condições contratuais e de acordo com a legislação vigente.*

## **Cobertura com limitações**

- Os portadores de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação terão direito ao custeio, no máximo 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativo, em hospital ou unidade especializada. Caso seja necessário a continuidade do tratamento, haverá a cobrança de coparticipação conforme estabelecido em contrato.
- Estarão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

## **Condições de permanência no plano empresarial**

### **Demitido**

O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano, sendo, no mínimo, 6 meses e, máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e as participações integralmente e não seja admitido em outra empresa.

### **Aposentado**

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e participações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

**Obs.:**As condições de demitido e aposentado são exclusivamente para planos empresariais, observando a legislação vigente, para o funcionário que contribuiu com a mensalidade ou parte dela enquanto ativo. A coparticipação não é considerada como contribuição para gozo de direito.

## **Exclusões**

### **Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano:**

- Procedimentos odontológicos.
- Procedimentos realizados fora da rede de atendimento Unimed.
- Escleroterapia de varizes.
- Procedimentos cirúrgicos, pré ou pós-operatórios, inclusive os relacionados a doador, relativos a transplantes, exceto os de rins e de córneas.
- Produtos de toalete e higiene pessoal.
- Serviços telefônicos e qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura contratual.
- Exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais.
- Cirurgia para mudança de sexo.
- Inseminação artificial.
- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações de ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, quando declarada pela autoridade competente;
- Medicamentos importados não nacionalizados.
- Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar.

- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais.
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de sensibilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, ganho de peso e emagrecimento.
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.
- Vacinas, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros.
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo.
- Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos, bem como o fornecimento de órtese, prótese e materiais, mesmo que ligados ao ato cirúrgico, mas que sejam de procedência estrangeira.
- Aparelho ortopédico.
- Aluguel e fornecimento de equipamentos hospitalares e similares.
- Consultas e atendimento domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência.
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.
- Exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho.
- Laudo para sanidade mental e atividades físicas.
- Atestado de saúde para banho de piscina e ginástica.
- Exame de DNA para confirmação de paternidade.
- Remoção domiciliar.
- Home Care.
- Atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria.

# Sobre o Reajuste

## Reajustes

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.
- Houver mudança de faixa etária. Lembrando que as faixas e os percentuais a serem aplicados estão detalhados em seu contrato, de acordo com as características do seu plano.



# Dicas de utilização do plano

**Quando não puder** comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.

**Guarde sempre** as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

**Escreva tudo** o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

**Para agilizar qualquer atendimento**, apresente sempre o cartão de identificação e a carteira de identidade.

**Em caso de perda** do cartão de identificação, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa, ou na sede da Unimed, evitando, assim, que um desconhecido utilize seu cartão.

**Nunca empreste o seu cartão** de identificação a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo a sua exclusão.

**Evite o uso** do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

## **Urgência e emergência**

São consideradas situações de urgência e emergência aquelas que dependem da ação imediata do médico e, portanto, não podem aguardar o agendamento de uma consulta em consultório.

### **São casos de urgência e emergência:**

**Emergência** - é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Urgência** - é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

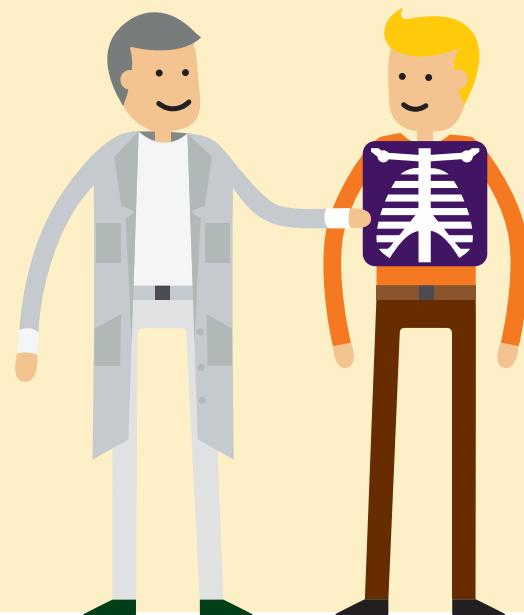
## Quando procurar um pronto atendimento

- corte profundo
- quebra de algum membro
- luxação intensa
- acidente de origem elétrica
- picada ou mordida de animais peçonhentos
- queimaduras
- afogamento
- hemorragias (forte sangramento)
- infarto do miocárdio (forte dor no peito)
- dificuldade respiratória
- derrames, perda de função e/ou dormência nos braços e pernas
- perda de visão ou audição
- inconsciência ou desmaio
- intoxicação por alimento ou medicamento
- sangue no vômito, urina, fezes ou tosse
- grave reação alérgica
- febre alta permanente
- convulsões, dores intensas no peito, abdômem, cabeça e outros
- agressões físicas
- acidente de carro, moto, atropelamento e quedas.

DICA  
UNIMED

### Você precisa mesmo de pronto-socorro?

Os pronto-socorros dos hospitais precisam estar livres para os casos de emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem o seu histórico. E você vai ajudar alguém que realmente precisa de um pronto-socorro.



# Carências



## Carência

É o prazo ininterrupto, contado a partir da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não tem direito à utilização dos procedimentos contratados, conforme tabela a seguir:

Procedimentos	Carências
Urgências e emergências	24 horas
Consultas	60 dias
Exames Básicos	60 dias
Exames Especiais	180 dias
Internações Clínicas ou cirúrgicas	180 dias
Procedimentos obstétricos	300 dias

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos acima descritos. Confira as carências em seu contrato.

**Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

# Tenho Direito ao Reembolso?

Sim, porém será assegurado o reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, devidamente comprovados:

1.Reembolso em caso de atendimento de urgência e emergência:

a) Quando não for possível a utilização de prestadores da Unimed Inconfidentes que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano.

b) O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, segmentação e rol de procedimentos vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela Unimed Inconfidentes junto à rede de prestadores do respectivo plano.

2.Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:

a) Atendimento de urgência e emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário desde que:

- O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a Unimed Inconfidentes, através de um dos canais indicados no verso do cartão de plano de saúde, quanto à necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
- A Unimed inconfidentes não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde em normativos vigentes;

### Quanto ao Prazo e Documentações Necessárias:

O reembolso será efetuado no prazo de 30 dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do contrato, mediante apresentação dos seguintes documentos:

- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos utilizados, com preço por unidade, acompanhado de recibos, notas fiscais do hospital;
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento que se referem, com assinatura, carimbo legível do médico e o número do CRM;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico, inclusive o número do CRM;
- Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e justificativa dos procedimentos realizados,
- Data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar.
- Para clientes de plano empresarial é necessário que a nota fiscal esteja no CNPJ da empresa, o valor será ressarcido para a mesma e repassado ao cliente.
- Para clientes plano individual é necessário que a nota fiscal seja em nome do próprio paciente, o valor será ressarcido em conta.

**Os formulários de solicitação do reembolso:** estão disponíveis na sede da Unimed Inconfidentes - Praça Barão de Saramenha, nº 01 - Saramenha em Ouro Preto - MG

# Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento, etc.)

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência, desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

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

Nos **Planos Individuais Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

# Portal de serviços

## Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão do boleto bancário atualizado
- No Portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line (rede local e estadual). Se precisar e não tiver a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com sua Unimed

Se necessário, busque o fale conosco, acesse:

**[www.unimedinconidentes.coop.br](http://www.unimedinconidentes.coop.br)**



# Portabilidade

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 438, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2018**

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares, para os planos coletivos por adesão e coletivo empresarial contratados a partir de 02/01/1999.

### **RN Nº 438**

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências.

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

- I - o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;
- II - o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- III - o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV - o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

V - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

VI - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 1º O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas "a" e "b" do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 2º Em contratos firmados anteriormente à 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9656, de 1998, o prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo será contado a partir da data da adaptação.

§ 3º O beneficiário que aderir a um novo contrato de uma operadora via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá cumprir o prazo de permanência de um ano neste plano para exercício da portabilidade de carências, não se aplicando o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo.

§ 4º As faixas de preço previstas no inciso V do caput deste artigo estão definidas em Instrução Normativa editada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 5º Para os planos com formação de preço pós-estabelecido, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 6º Quando o plano de origem e o plano de destino forem do tipo de contratação coletivo empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 7º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput deste artigo, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

§ 8º Para fins de contagem do prazo de permanência previsto no inciso III do caput, nos casos em que tenha havido mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.

Art. 4º A portabilidade de carências deverá ser exercida individualmente pelo beneficiário.

Parágrafo único. Na hipótese de plano de contratação individual ou familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo familiar, será assegurado aos beneficiários já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

Art. 5º A portabilidade de carências poderá ser requerida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo de permanência previsto no inciso III do caput do artigo 3º desta Resolução.

**34** Parágrafo único. Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, ressalvadas as hipóteses de portabilidade previstas nos artigos 8º, 12 e 13 desta Resolução.

# Portabilidade especial e Extraordinária de Carências

Art. 12. No curso de processo administrativo referente ao cancelamento do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando o prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora em saída do mercado exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora, na forma prevista nesta Resolução e com as especificidades descritas neste artigo.

§ 1º O termo inicial do prazo para exercício da portabilidade especial de carências é a data da publicação da Resolução Operacional, mencionada no caput deste artigo.

§ 2º Não se aplicam à portabilidade especial de carências os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço, previstos, respectivamente, nos incisos III e V do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º A portabilidade especial de carências poderá ser exercida por todos os beneficiários da operadora em saída do mercado, inclusive os beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 4º A portabilidade especial de carências poderá ser exercida pelos beneficiários cujo vínculo tenha sido extinto em até 60 (sessenta) dias antes da data inicial do prazo para a portabilidade especial de carências da operadora em saída do mercado, não se aplicando, neste caso, o requisito de vínculo ativo previsto no inciso I do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 5º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.

§ 6º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem pode

exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 7º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Art. 13. No curso de processo administrativo referente ao cancelamento do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições desta Resolução ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público, a Diretoria Colegiada, motivadamente, poderá, por meio de Resolução Operacional, decretar a portabilidade extraordinária de carências, definindo as regras que deverão ser observadas para o exercício da portabilidade pelos beneficiários dessas operadoras.

# Remoção Terrestre e Aérea

A Unimed disponibiliza aos seus clientes a remoção terrestre e aérea.

**Remoção terrestre** é uma cobertura para pacientes internados, que precisam de transferência nos limites da abrangência geográfica contratada.

**Remoção aérea** é um produto que possibilita, de acordo com a modalidade de contratação do plano, atendimento em território nacional, para pacientes internados que necessitem transferência para unidade hospitalar com melhores recursos de atendimento, desde que solicitados e justificados pelo médico assistente.



# Serviços Disponíveis

**Programa de Intervenção Específica** desenvolvido para atender pacientes portadores de doenças crônicas (sem limitação funcional) o programa envolve ações de promoção da saúde, prevenção e redução de fatores de risco, além de tratamento e controle das doenças. Conta com uma série de atividades para ajudar o beneficiário nas escolhas saudáveis, buscando seu bem-estar e qualidade de vida.

**Programa: Gerenciamento de Casos Especiais:** criado para beneficiários que apresentam dificuldades de acessibilidade devido a limitações funcionais, que apresentam doenças crônicas e/ou degenerativas, que, em sua maioria, necessitam de cuidados em suas casas. O programa conta com ações de promoção à saúde, prevenção e/ou tratamento de doenças e reabilitação no âmbito domiciliar, além de orientação ao cuidador. Têm por objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e a manutenção de um quadro estável.

**Programa: Saúde do Idoso** visa desenvolver ações mais assertivas às necessidades dos beneficiários idosos no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção e gerenciamento de fatores de risco e doenças crônicas, além da manutenção da capacidade funcional e da autonomia. O objetivo do Programa é oferecer ações que estimulem o autocuidado e a interdisciplinaridade, com o intuito de promover o bem-estar e a qualidade de vida do idoso.

**Ações de Educação em Saúde** a equipe multiprofissional do setor de Atenção Integral à Saúde fornece palestras e ações de educação em saúde, junto com os demais setores da Unimed Inconfidentes. Tem como objetivo expandir conceitos em saúde e melhorar a qualidade de vida da comunidade inserida.

**Curso para Gestantes:** o curso tem por objetivo fornecer informações, treinamento e suporte para que a mãe tenha uma gravidez tranquila e bem orientada sobre os cuidados com sua saúde e a do bebê, além de discutirem e refletirem, em grupo, sobre a maternidade. É um curso anual, aberto a comunidade, visando a preocupação com a responsabilidade social.

**Centro de Atendimento:** realiza atendimentos de urgência e emergência: Com atendimento clínico todos os dias da semana de 08h às 20h e pediátrico de segunda a sexta-feira das 08h às 20h.

**Centro de Imagens:** realiza exames de diagnóstico por imagens: mamografia, tomografia computadorizada, ultrassom e raios x digital.

**Exames Especiais:** a Unimed Inconfidentes oferece aos seus clientes exames especiais, tais como: eletrocardiograma, ecocardiograma com doppler, teste ergométrico, espirometria simples, audiometria simples, campimetria computadorizada e monitoração residencial da pressão arterial (MRPA)

**Centro de Especialidades:** consultas pré-agendadas com diversas especialidades médicas, tais como: clínico geral, neurologista, pediatra, entre outras.

# Direitos e Deveres dos Beneficiários

## Direito

- Ser bem atendido
- Receber o produto que contratou
- Ser ouvido

## Deveres

- Ler o seu contrato e tirar dúvidas antes de assinar
- Pagar a mensalidade ou boleto em dia
- Procurar a rede cooperada e credenciada para atendimento
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário

DICA  
UNIMED

### **A sua consulta é um momento importante.**

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Marque a consulta ou exame com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você nem os outros vão ficar esperando à toa.

# Fale com a Unimed

## Canais de atendimento

**Telefone**  
**0800 283 0682**

### **Fale Conosco**

Acesse [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br) acesse a aba **Fale Conosco** e entre em contato direto com a Unimed.

### **Relacionamento com o Cliente**

O contato com o setor de **Relacionamento com o Cliente** acontece da seguinte forma:

1. O beneficiário pode acionar um dos canais de atendimento da cooperativa: telefone, fale conosco ou o e-mail: [relacionamento@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:relacionamento@unimedinconfidentes.coop.br).
2. Caso ainda permaneça algum tipo de questionamento quanto ao atendimento recebido, o beneficiário poderá entrar em contato com a Unimed Inconfidentes por correspondência ou presencialmente, pelo endereço:  
**Praça Barão de Saramenha, Saramenha - Ouro Preto - MG / 35400-000.**

# NOSSOS ENDEREÇOS

## Locais de atendimento

### • *Itabirito*

#### **Unidade**

Rua Getúlio Vargas, 250  
Centro - Itabirito - MG  
Telefone: (31) 3561-1510

### • *Ouro Preto*

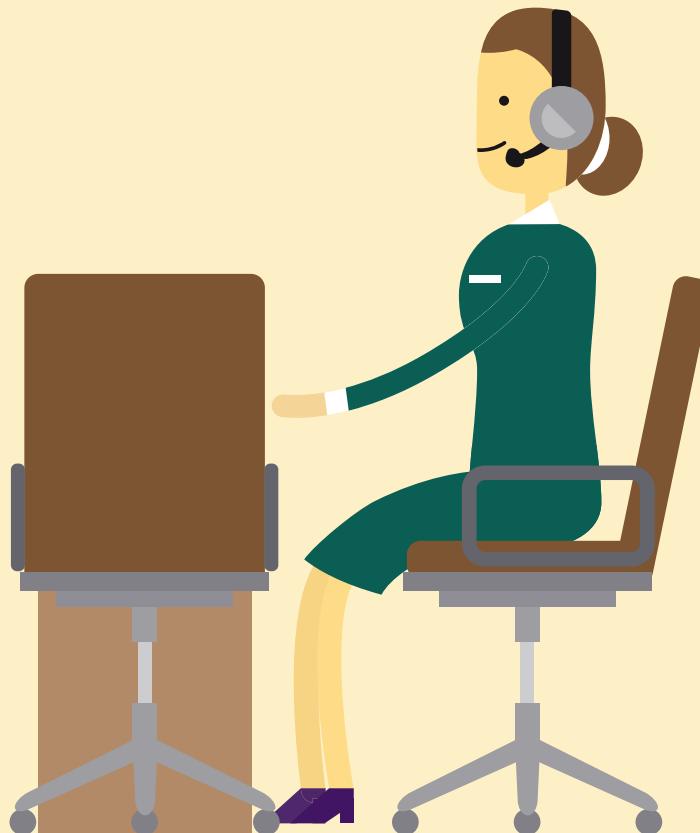
#### **Sede**

Praça Barão de Saramenha, 01  
Saramenha - Ouro Preto - MG  
Telefone: (31) 3559-7200

### • *Mariana*

#### **Unidade**

Rua André Corsino, 39  
Centro - Mariana - MG  
Telefone: (31) 3557-1357



# Guia Médico **Nacional Unimed**

► Poderia ser assim.



Guia Médico

## Nacional Unimed

Tenha acesso à maior rede nacional de hospitais, médicos, clínicas e profissionais de saúde. Faça o download do Guia Médico Nacional Unimed em seu smartphone.

Você também pode acessar a versão online do Guia Médico Nacional Unimed pelo site <https://www.unimed.coop.br/guia-medico>



## App – Unimed Com Você

▶ Mas é assim



**Unimed** | 





CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

**Unimed**   
Inconfidentes