

**Unimed**   
Serra Gaúcha

PLANO

UniFácil

PRÁTICO, ACESSÍVEL E UNIMED

UNIMED · PRÁTICO · ACESSÍVEL · UNIMED · PRÁTICO

**Manual do Beneficiário**  
Planos regulamentados

# CONHEÇA AS REDES DE ATENDIMENTO

Planos com atendimento em grupo de municípios (regional) ou municipal, em rede referenciada.

O tipo de rede contratada define os serviços que você poderá utilizar para a realização de exames, procedimentos ou internações. Por isso, é muito importante que você conheça o seu plano e o tipo de rede contratada, bem como as informações descritas em seu cartão. Identifique, a seguir, as características da sua rede.

A rede de atendimento consta no cartão do seu plano de saúde.

**Atenção: a utilização dos serviços se restringe à área de abrangência do seu plano. Ao realizar mudança de cidade de residência, verifique se o seu plano terá cobertura no novo local. Em caso de dúvida, entre em contato com o SAC Unimed pelo WhatsApp ou pelo telefone 0800 051 2100.**

## PLANOS COM ATENDIMENTO GRUPO DE MUNICÍPIOS (REGIONAL) – REDE REFERENCIADA

Planos com atendimento em grupo de municípios (regional) em rede básica referenciada.

### Tipos de rede de atendimento e segmentação assistencial:

#### PLANOS COM ATENDIMENTO REGIONAL

**RB 19-BÁSICO** – Rede Referenciada – nos municípios de Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha e São Marcos. Acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

**RB 29-BÁSICO** – Rede Referenciada – nos municípios de Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha e São Marcos. Acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

**RB 73-BÁSICO** – Rede Regional Referenciada – atendimento em rede restrita da Unimed Serra Gaúcha. Acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

**RB 74-BÁSICO** – Rede Regional Referenciada – atendimento em rede restrita da Unimed Serra Gaúcha, com segmentação ambulatorial.

## PLANOS COM ATENDIMENTO MUNICIPAL – REDE REFERENCIADA

Planos com atendimento municipal (na cidade de Caxias do Sul/RS), em rede básica referenciada.

**MU 18-BÁSICO** – Rede Referenciada – no município de Caxias do Sul/RS. Acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

**MU 28-BÁSICO** – Rede Referenciada – no município de Caxias do Sul/RS, com segmentação ambulatorial.

**Atendimento fora da rede contratada, somente para casos de urgência e emergência comprovada. Nesses casos, a cobrança das participações, se houver, ocorrerá em fatura posterior ao atendimento.**

# CARTÃO DO CLIENTE



## Saiba identificar seu cartão da Unimed

Para melhor utilizar o seu plano de saúde, é importante que você saiba identificar o seu cartão Unimed. Confira a seguir algumas informações importantes presentes nele.

### Frente e verso

**Unimed** Serra Gaúcha

**UniFácil**  
TIPO DE CONTRATAÇÃO PLANO

0 123 123456789012 1

MARIA DA SILVA A CARVALHO  
Nome do Beneficiário

02/03/1967 Data de Nascimento

COLETIVA Acomodação

NÃO HÁ Cobertura Parcial Temporária

9999 Atend.

LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT  
Contratante

REGIONAL Abrangência

01 Via

REGULAMENTADO Plano

01/09/2025 Vigência do Plano

RB73 BASICO Rede de Atendimento

31/08/2027 Validade

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Labels and Explanations:

- Unimed Serra Gaúcha:** Nome do contratante do plano.
- UniFácil TIPO DE CONTRATAÇÃO PLANO:** 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.
- 0 123 123456789012 1:** Código do cliente.
- MARIA DA SILVA A CARVALHO:** Nome do beneficiário.
- 02/03/1967:** Data de nascimento.
- COLETIVA:** Tipo de acomodação contratada.
- NÃO HÁ:** Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.
- 9999 Atend.:** Código da Unimed do local de atendimento do cliente.
- LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT:** Descrição do produto contratado.
- REGIONAL:** Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.
- 01 Via:** Código da via do cartão.
- REGULAMENTADO:** Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano.
- 01/09/2025:** Data de validade do cartão.
- RB73 BASICO:** 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.
- 31/08/2027:** Data de validade do cartão.
- AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:** Data de Término de Vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no [www.unimedxxx.coop.br](http://www.unimedxxx.coop.br) e no tel. XX-XXXX-XXXX. Urgência/emergência restrita à área de abrangência do produto.

Área de Abrangência do Produto: Lorem Ipsum Dolot Amet Consect

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

NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESTE LOCAL

SAC / Informações:  
☎ 0800 0512100  
ANS - nº 325571

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000  
CNS 000000000000000000

ESTE CARTÃO É INUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERÍVEL

Labels and Explanations:

- Área de Abrangência do Produto:** Local onde o cliente pode ter atendimento.
- 0800 0512100:** Site e telefone da operadora.
- ANS - nº 325571:** Código do produto AN na Unimed contratada número de registro da operadora na ANS.
- 0800 0512100:** Número de telefone do SAC, se a Unimed possuir o serviço.
- ANS - nº 325571:** Registro da Operadora na ANS conforme Resolução Normativa nº 16.
- Carências que o cliente possui:** Carências que o cliente possui. Porém, carências já cumpridas poderão ser omitidas e a frase "Sem carências a cumprir" constará neste local.

O cartão de identificação Unimed é um documento pessoal, intransferível e indispensável em qualquer tipo de atendimento. É importante para consultas e para realizar exames, procedimentos ou internações hospitalares.

Sua apresentação é indispensável, juntamente com documento de identificação oficialmente reconhecido. Por isso, mantenha-o sempre atualizado em seu poder.

- **Não empreste seu cartão a ninguém**, pois você pode ser responsabilizado por utilização incorreta: ele é exclusivo para seu atendimento.
- Ao receber seu cartão, confira todos os seus dados pessoais. **Em caso de erros, solicite imediatamente a correção por meio da sua empresa/associação. Se seu plano for individual/familiar, ligue para o SAC Unimed (WhatsApp/telefone: 0800 051 2100).**

## Cuide do seu cartão magnético

- Não o molhe.
- Mantenha-o longe de aparelhos eletrônicos.
- Não fixe seu cartão com fita adesiva sobre qualquer objeto.

## Em caso de roubo, perda ou extravio do seu cartão

• **Se seu plano for individual/familiar**, entre em contato imediatamente com a Unimed pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), pelo **WhatsApp ou telefone 0800 051 2100**.

• **Se seu plano for coletivo empresarial ou associativo**, comunique imediatamente a área de recursos humanos da sua empresa ou associação/entidade.

• O primeiro cartão de identificação Unimed que você recebe é gratuito. No caso de perda ou extravio, a emissão de uma segunda via será cobrada.



# ORIENTAÇÕES PARA USO DO PLANO



## Para marcar uma consulta médica

Para agendamento de consultas, o beneficiário deve contatar a Central de Atendimento Unifácil. O agendamento da consulta deve ser feito pelos seguintes canais:

- **Central telefônica de Agendamento Unifácil:** (54) 3289.9300 – opção 1

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, e nos sábados, das 8h às 12h.

- **Presencialmente no Núcleo Unifácil:** junto ao Espaço + Saúde em Caxias do Sul – Rua Sinimbu, 2590. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e nos sábados, das 8h às 12h.

Obs.: Espaço + Saúde tem estacionamento rotativo no subsolo.

- **WhatsApp corporativo:** (54) 9711.1666

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

- **App do Cliente Unimed Serra Gaúcha:** exclusivamente para os atendimentos realizados no Núcleo Unifácil em Caxias do Sul.

O plano Unifácil, diferente dos demais planos da Unimed, é um plano de rede fechada, isto é, o beneficiário não tem acesso direto ao especialista. É preciso passar por consulta no Núcleo Unifácil com clínico geral, ginecologista ou pediatra, de acordo com a sua necessidade. Havendo necessidade de encaminhamento ao especialista, este será feito pelo médico do Núcleo. O agendamento da consulta com o especialista é realizado pela equipe do pós-consulta Unifácil.

A guia de liberação de consulta com o especialista fica válida por 60 dias. Após esse período, o beneficiário precisa entrar em contato com o Núcleo para uma nova liberação ou, após 6 meses, precisa passar novamente pelo médico do Núcleo para nova avaliação.

Existem algumas exceções de liberações diretas, sem passar pelo médico. Após avaliação minuciosa das enfermeiras do Núcleo, são considerados casos como: continuação de tratamento prolongado após 6 meses, avaliações urológicas específicas, revisão de grau/avaliação de acuidade visual 1 vez por ano e encaminhamentos por escrito de outros médicos externos ou de pronto atendimentos. Nesses casos, será liberado agendamento direto com o especialista, porém sempre regulado e operacionalizado pelo Núcleo Pós-consulta do Unifácil.

Nas cidades que não possuem Núcleo físico, os atendimentos são liberados diretamente nos consultórios dos médicos credenciados, nas mesmas especialidades do Núcleo Unifácil de Caxias do Sul (clínico geral, ginecologia e pediatria) e, se acharem necessário, também fazem encaminhamento para as demais especialidades.



## Se o beneficiário Unifácil precisar de atendimento de urgência e emergência, ele deve se dirigir à rede credenciada:

### Em Caxias do Sul:

- Atendimento adulto: pronto atendimentos do Hospital Pompéia e Hospital Virvi Ramos.
- Atendimento obstétrico e ginecológico: Complexo Hospitalar Unimed.
- Atendimento pediátrico: Complexo Hospitalar Unimed.

### Nas demais cidades:

Os atendimentos são realizados nos hospitais credenciados. Em caso de dúvida, consulte o guia médico ou a central de atendimento.

Somente procure um pronto atendimento se o caso for de urgência ou emergência.

Consultas eletivas devem ser agendadas junto ao Núcleo Unifácil.

## Para marcar consultas com outros profissionais de saúde

Os planos Unifácil oferecem cobertura para consultas com psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional. Para realizar a consulta com esses profissionais, é necessário ter o encaminhamento de um médico da Unimed. O agendamento das consultas deverá ser realizado pelo telefone (54) 3289.9300 – opção 2.

Desejando obter outras informações sobre coberturas e encaminhamentos, consulte o Serviço de Atendimento ao Cliente Unimed (SAC), pelo WhatsApp ou telefone 0800.0512100.



# Para marcar um exame ou procedimento

Os exames ou procedimentos poderão ser solicitados pelo médico assistente do Núcleo e realizados na rede de serviços credenciada ao Unifácil. Em alguns casos, é necessária a autorização prévia da Unimed Serra Gaúcha.

A equipe do pós-consulta Unifácil auxilia o beneficiário na busca de prestadores credenciados ao serviço.

Se o médico optar por solicitar exames pela guia eletrônica, o processo de autorização será on-line. Quando o médico solicitar exames ou procedimentos em guia de papel, a autorização deve ser encaminhada com o máximo de antecedência e pode ser feita da seguinte forma:

- **App do Cliente Unimed Serra Gaúcha**, clicando em “solicitação de autorização”.
- **Presencialmente em Caxias do Sul**: na Sede Administrativa, localizada na Rua Moreira

César, 2400, bairro Pio X.

- **Presencialmente nas demais cidades**: no Espaço do Cliente Unimed.
- **Pelo WhatsApp**: 0800 051 2100.

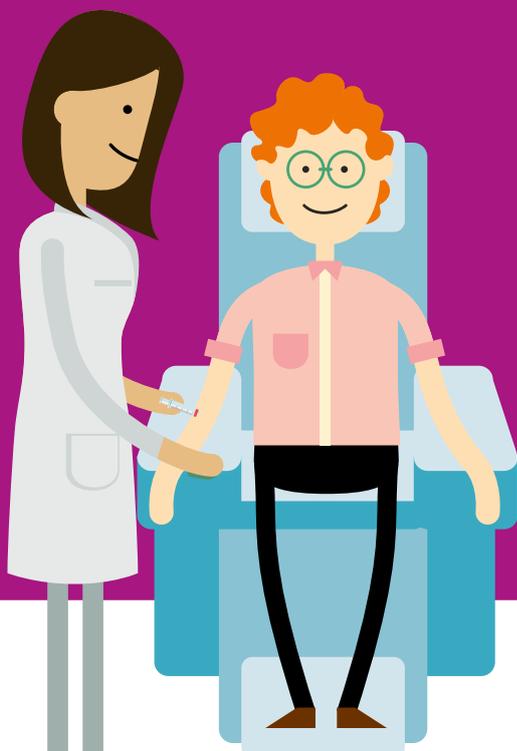
**Para baixar o Aplicativo do Cliente Unimed Serra Gaúcha**, acesse a loja de aplicativos do seu aparelho e faça o download. Nele o beneficiário poderá acompanhar o andamento da solicitação pelo Portal do Cliente, no site [www.unimed serragaucha.com.br](http://www.unimed serragaucha.com.br) ou no aplicativo, ao clicar no ícone Acompanhar Autorizações.

Em caso de dúvida, ligue para o **SAC Unimed (WhatsApp/telefone: 0800 051 2100)**.

A relação dos serviços credenciados está no Guia Médico, disponível no site [www.unimed serragaucha.com.br](http://www.unimed serragaucha.com.br) e no aplicativo do Cliente Unimed Serra Gaúcha.

## Atenção:

- Os exames realizados recentemente devem ser guardados. Sempre que for consultar, procure levá-los, pois eles podem favorecer um melhor diagnóstico.



- Leve o exame anterior quando for realizar exames complementares de diagnóstico e de imagem. Assim, o médico vai obter informações a respeito de sua evolução clínica e, conseqüentemente, poderá emitir laudo mais preciso.
- Caso você tenha marcado exame ou procedimento e não possa comparecer, avise o prestador do serviço com antecedência.
- Verifique diretamente com a Unimed o prazo para realização de exames ou procedimentos e a necessidade de autorização prévia de seu exame.
- Alguns exames precisam de preparo prévio ou jejum. Caso tenha alguma dúvida, ligue para o serviço ou prestador em que for realizar os procedimentos. Esclareça suas dúvidas e evite aborrecimentos.



**As orientações abaixo se aplicam apenas para o plano que oferece cobertura para internação.**

## Em internações hospitalares programadas

Em internações hospitalares programadas, ou seja, que não se caracterizam como urgência e emergência, o médico assistente fará a solicitação na guia de internação própria, que deverá ser autorizada pela Unimed, mediante a apresentação do documento de identidade e o cartão de identificação (físico ou virtual).

Caso desejar solicitar reanálise ou negativa por escrito, você poderá fazer a solicitação por escrito em nosso SAC Presencial ou pelo site

[www.unimed.serragaucha.com.br](http://www.unimed.serragaucha.com.br), no menu Ouvidoria. A Unimed deverá providenciar resposta à sua solicitação, respeitando o prazo estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Caso desejar reanálise como última instância da operadora, você deverá entrar em contato com a Ouvidoria em até 48 horas úteis, após o primeiro retorno da negativa, por meio dos seguintes canais de atendimento:

– **Site:** <https://www.unimed.serragaucha.com.br/pagina/ouvidoria>

– **App do Cliente Unimed Serra Gaúcha: Rede Própria/Ouvidoria/Enviar e-mail**

Informamos que você poderá requerer, por meio do telefone 0800 051 2100 ou no SAC Presencial, sem qualquer ônus, que as informações prestadas acerca da negativa de atendimento sejam formalizadas por escrito e encaminhadas por correspondência ou por meio eletrônico, no prazo de 24 horas.

### Atenção:

- Verifique a validade da guia de internação.
- Certifique-se de qual é a acomodação hospitalar a que o seu plano de saúde dá direito (quarto individual ou coletivo). Ao optar pela internação em acomodação superior à contratada, o beneficiário é responsável pelo pagamento de diferenças, taxas e demais valores, inclusive honorários médicos decorrentes do atendimento/internação, diretamente ao prestador ou ao médico assistente/cooperado/credenciado que realizar o procedimento/atendimento, sem qualquer interferência da Unimed.
- A maioria dos procedimentos necessita de prazos para liberação. Por isso, para evitar dificuldades e atrasos no seu atendimento, encaminhe a documentação com o máximo de antecedência.



# Em internações hospitalares urgentes ou de emergência

Nas internações de caráter de urgência ou emergência, o cliente poderá ser hospitalizado ao apresentar indicação médica, cartão de identificação Unimed (físico ou virtual) e documento de identidade, desde que não apresente nenhuma restrição contratual. O pedido médico será encaminhado para análise da auditoria posterior.

## Atenção:

- Nos casos de urgência/emergência, se você não puder ser atendido pelo seu médico, procure um dos hospitais, clínicas ou prontos-socorros credenciados para seu plano.
- O atendimento hospitalar só será autorizado pela Unimed quando os pagamentos de mensalidades estiverem quitados e os prazos de carências, cumpridos, ambos previstos nos contratos.
- Certifique-se de qual é a acomodação hospitalar a que o seu plano de saúde dá direito (quarto individual ou coletivo). Ao optar pela internação em acomodação superior à contratada, o beneficiário é responsável pelo pagamento de diferenças, taxas e demais valores, inclusive honorários médicos decorrentes do atendimento/internação, diretamente ao prestador ou médico assistente/cooperado/credenciado que realizar o procedimento/atendimento, sem qualquer interferência da Unimed.

# Em procedimentos/exames de urgência solicitados

Nos pedidos médicos de procedimentos/exames solicitados com urgência, o beneficiário deverá providenciar a autorização junto à Unimed. Não apresentando nenhuma restrição contratual, a liberação será imediata. O pedido médico será encaminhado para análise da auditoria posterior.



# Definição de urgência e emergência

Para facilitar seu entendimento, veja abaixo algumas definições importantes:

**Emergência:** são situações agudas que envolvem risco iminente de morte ou lesão irreversível de órgãos e necessita de atenção médica imediata. Exemplos: perda de consciência, acidentes graves, choques elétricos, intoxicações graves, afogamentos, fraturas com parte óssea aparente, perda de sangue em grande quantidade, etc.

**Urgência:** é uma ocorrência de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de morte, e que requer atendimento médico nas primeiras horas. Exemplos: fraturas sem hemorragias, vômitos repetidos, cortes profundos, tonturas intensas acompanhadas de perda de equilíbrio ou de sonolência, etc.

## Atendimento fora da área de abrangência geográfica da Unimed Serra Gaúcha

Beneficiários de planos de abrangência municipal ou grupo de municípios (regional) **somente poderão ser atendidos fora da área de abrangência geográfica da Unimed Serra Gaúcha em casos de urgência e emergência comprovada, exceto nos planos de segmentação ambulatorial.**

Para os procedimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed Serra Gaúcha,

não será necessário nenhum pagamento no momento do atendimento: os valores de participações, se houver, serão cobrados posteriormente em fatura.

Para sua conveniência, quando for utilizar os serviços médicos fora da área de abrangência geográfica da Unimed Serra Gaúcha, informe-se previamente com o SAC pelo WhatsApp/ telefone 0800 051 2100.

## Informações importantes

### Coparticipação

Com o propósito de manter a transparência e o bom relacionamento com seus beneficiários, a Unimed Serra Gaúcha vem orientá-lo sobre a melhor forma de utilização do seu plano

de saúde, lembrando que o seu contrato pode prever cobranças de coparticipação, nos procedimentos e eventos médicos utilizados por você e pelos seus dependentes.

Esclarecemos que essas coparticipações se limitam à cobrança de um valor ou percentual

sobre o custeio total do procedimento e/ou evento médico, respeitando sempre os valores e percentuais pactuados em contrato.

**Coparticipação:** é a participação na despesa assistencial do procedimento a ser paga pelo

contratante do plano diretamente à Unimed, após a sua realização, em fatura.

Lembramos, ainda, que as coparticipações são reajustadas anualmente, conforme consta em cláusula contratual do seu plano de saúde.

---

## TUREF – Tabela Unimed Serra Gaúcha de Referência

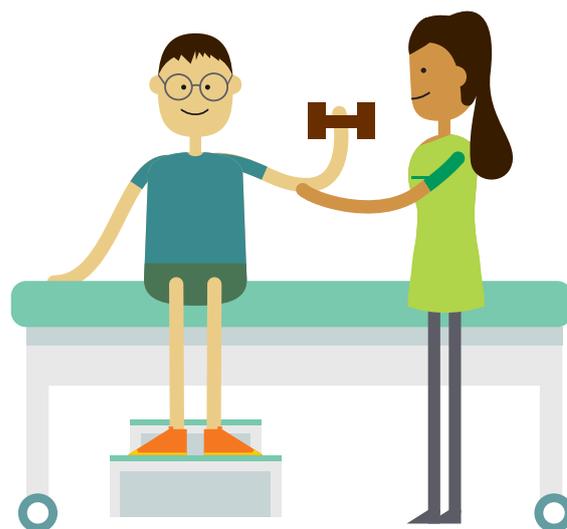
Os valores dos procedimentos estão disponíveis na Tabela Unimed Serra Gaúcha de Referência (Tabela TUREF). Nela constam os procedimentos devidamente codificados, com suas unidades de TUREF, que multiplicadas

pela moeda variável resultam na referência em R\$ para cálculo de coparticipações em exames e fisioterapias. A Tabela está disponível no Portal do Cliente, no App do Cliente Unimed Serra Gaúcha e demais canais de atendimento.

---

## Valor limitador

O Unifácil possui o benefício do valor limitador, por beneficiário/mês, para as cobranças de coparticipação em exames e fisioterapias. Com ele, você sabe até quanto vai gastar no mês, independente da necessidade de atendimento, trazendo mais segurança para o seu orçamento.



## Reembolso

Todos os procedimentos, consultas e internações deverão ser realizados dentro da rede de médicos e serviços credenciados pelo seu plano de saúde. Em casos de urgências e emergências em que comprovadamente não foi possível a utilização dos serviços

credenciados, o cliente poderá solicitar o reembolso da despesa, desde que no prazo máximo de um ano da ocorrência, dentro dos limites da tabela de preços praticados na rede contratada para tal procedimento.

Para encaminhamento do reembolso, o beneficiário deverá relatar brevemente o motivo da solicitação e encaminhar os seguintes documentos:

### Consulta Médica

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo conforme determinação da Receita Federal digital (contendo carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada; e nome do paciente atendido); relatório médico do atendimento; cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Materiais/Medicamentos

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo digital conforme determinação da Receita Federal (contendo a discriminação dos procedimentos realizados e o nome do paciente atendido); relatório médico da ocorrência; conta analítica (contendo a discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Exames e/ou Exames especializados

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo digital conforme determinação da Receita Federal (contendo a discriminação dos procedimentos realizados, com o indicativo das quantidades e valores individuais, e nome do paciente atendido); solicitação médica com indicação clínica para o procedimento; cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Transporte

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo digital conforme determinação da Receita Federal (contendo carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento, ou cupom fiscal, ou nota fiscal de abastecimento original com o nome do paciente atendido); do atendimento (nos casos de não constar liberação prévia de transporte); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Tratamentos seriados (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, etc.)

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo conforme determinação da Receita Federal Digital (contendo carimbo, registro, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; data de realização das sessões; e nome do paciente atendido); relatório médico e plano terapêutico com validade de 6 meses com indicação clínica, número de sessões, datas das sessões realizadas e valor de cada sessão);

cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Atendimento em pronto-socorro, clínicas e hospitais \*

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo digital conforme determinação da Receita Federal (contendo a discriminação dos procedimentos realizados e o nome do paciente atendido); relatório médico do atendimento; conta analítica (contendo a discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Atendimento cirúrgico e clínico\*

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo digital conforme determinação da Receita Federal contendo o nome do paciente atendido; relatório médico detalhado do atendimento (com o nome e o código do procedimento realizado); cópia do boletim anestésico; cópia do descritivo cirúrgico; solicitação médica dos exames realizados com a indicação clínica; conta analítica (contendo a discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

### Honorários médicos (cirurgião / auxiliar / anestesista / instrumentador)\*

**Documentos:** nota fiscal eletrônica ou recibo conforme determinação da Receita Federal Digital; relatório médico do atendimento (contendo os códigos dos procedimentos realizados); cópia do boletim anestésico; cópia do descritivo cirúrgico; cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

A documentação, a identificação do beneficiário, os dados bancários e os telefones para contato poderão ser enviados para o e-mail [sacreembolso@unimedsgaucha.com.br](mailto:sacreembolso@unimedsgaucha.com.br) ou entregues no SAC Presencial ou no Espaço do Cliente.

A solicitação será analisada e, caso autorizada, o reembolso ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa.

## Rede credenciada e redimensionamento de rede hospitalar

A rede credenciada do seu plano está disponível no Guia Médico On-line no endereço [www.unimederragaucha.com.br](http://www.unimederragaucha.com.br) e no Aplicativo do Cliente Unimed Serra Gaúcha.

As substituições e as alterações que ocorrem na rede assistencial do produto, bem como os redimensionamentos de rede hospitalar, ficarão disponíveis no Portal Corporativo da Unimed, no endereço [www.unimederragaucha.com.br](http://www.unimederragaucha.com.br) e na Central de Atendimento da Operadora, pelo WhatsApp ou telefone 0800 051 2100.

O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será realizado após autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## Mensalidade e reajuste

O valor da mensalidade do seu plano de saúde passa por reajuste anual na data e nas condições previstas em seu contrato. Para os planos de saúde individuais/familiares regulamentados e adaptados, o reajuste segue o índice estabelecido anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para os planos de saúde coletivos, o reajuste segue cláusulas previstas em contrato.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, nas condições

acordadas na contratação. Os planos de saúde não podem sofrer reajuste em período inferior a 12 meses.

Além do reajuste anual, os valores de mensalidades podem sofrer alterações devido à troca de idade do beneficiário. Para melhor entendimento, os valores de mensalidade seguem faixas etárias preestabelecidas, acordados pelas regras vigentes no período da contratação. Havendo alteração da faixa etária, a mensalidade do cliente será aumentada, conforme condições do contrato.

## Junta médica

A Unimed Serra Gaúcha poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião-dentista assistente, utilizando-se de junta médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempassador, escolhido pelos outros dois para dirimir o impasse.

Junta médica é o termo que designa o mecanismo de regulação que tem o objetivo de garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse. A junta médica será constituída pelo médico solicitante, por médico da cooperativa e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, aos moldes da RN 424/2017, legislação vigente.



# Regras para a suspensão ou rescisão

As regras de suspensão e rescisão do plano de saúde estão previstas no contrato e seguem as regulamentações vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

## Inclusão de novos beneficiários

O processo de inclusão no plano varia conforme o tipo de contratação:

**Planos individuais/familiares ou termos e opção:** o titular deve solicitar a inclusão pelo SAC Unimed (WhatsApp/telefone: 0800 051 2100) – atendimento disponível por telefone ou presencialmente.

**Planos coletivos empresariais e coletivos por adesão:** a solicitação deve ser feita diretamente na empresa ou associação/entidade do titular, no setor responsável.



**Inclusão de recém-nascidos:** bebês podem ser incluídos no plano como dependentes do pai ou da mãe dentro dos **primeiros 30 dias de vida**, garantindo a avaliação correta das carências. O tempo de carência será definido conforme os períodos já cumpridos pelo titular.

## Cobertura obrigatória

Para os planos regulamentados, contratados a partir de janeiro de 1999 (vigência da Lei nº 9.656/1998), a cobertura será a estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na lista da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde, chamada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A cobertura se dará conforme segmentação assistencial do plano contratado que poderá ser:

- Ambulatorial
- Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia
- Hospitalar com Obstetrícia

Os planos adaptados terão a mesma cobertura dos planos regulamentados, acrescida das coberturas previstas no contrato original que excedam a regulamentação.

Se o plano foi contratado antes de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei, a cobertura será a que estiver determinada no contrato. A qualquer momento, porém, ele poderá ser adaptado ou migrado e passar a ter a cobertura dos planos regulamentados.

Verifique a segmentação assistencial do seu plano no cartão.

## Mantenha seu cadastro atualizado

Manter seus dados sempre atualizados garante que você aproveite todos os benefícios do seu plano de saúde e receba informações importantes da Unimed de forma rápida e eficiente.

Como atualizar?

Você pode atualizar seu cadastro de forma simples e prática pelos seguintes canais:

- App do Cliente Unimed Serra Gaúcha
- SAC Unimed (WhatsApp/telefone: 0800 051 2100)
- E-mail: [sacunimed@unimedsgaucha.com.br](mailto:sacunimed@unimedsgaucha.com.br)

# Inativos – demitidos e aposentados

Em planos coletivos empresariais, o aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas, desde que o mesmo não seja admitido em novo emprego que possibilite ingresso em plano de saúde.

A decisão do aposentado ou do ex-empregado demitido/exonerado sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

**Para que seja mantido no plano, devem ser observadas as seguintes condições:**

**1.** Ter sido beneficiário com vínculo empregatício.

**2.** Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento da mensalidade do seu plano de saúde.

**3.** Assumir o pagamento integral do benefício.

**4.** Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

**5.** Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

## Dependentes do aposentado ou ex-empregado

O direito à permanência é extensivo ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa.

No caso de morte do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado, seus dependentes continuam no plano pelo restante do tempo a que o beneficiário titular tinha direito.



No caso do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer, os dependentes inscritos no plano terão direito de solicitar a continuidade do benefício.

# Quem paga o plano do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado a partir de seu desligamento, e por quanto tempo ele pode ser mantido no plano?

O aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado deve assumir o pagamento integral da mensalidade do plano, ou seja, a soma da contribuição da empresa e da contribuição paga pelo empregado durante a vigência do contrato de trabalho.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício aos seus empregados ativos, e desde que não seja admitido em novo emprego, que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por período inferior a 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer

esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego, que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano poderá permanecer pelo período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 meses.

O aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa tem o direito de contratar um plano individual/familiar com aproveitamento das carências já cumpridas, caso a operadora comercialize plano de contratação individual e familiar.

## Direitos do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa ou grupo empresarial

O aposentado que permanece trabalhando pode continuar a gozar do benefício no plano de ativos até que se desligue da empresa (pedido de demissão ou demissão com ou sem justa causa), quando deverá passar a gozar dos benefícios garantidos aos aposentados.



# Carências

A carência é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual o contratante paga as mensalidades do plano, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998.

## Carências básicas dos planos (conforme legislação):

- 300 dias para partos a termo.
- 180 dias para demais casos.
- 24 horas para cobertura dos casos de urgência e emergência.

## Carências dos planos conforme definição e prática da Unimed Serra Gaúcha:

- 300 dias para partos a termo.
- 180 dias para internações (clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e por dependência química).
- 180 dias para procedimentos cardíacos, hemodiálise e diálise, ressonância magnética, exames de genética, radioterapia, transplantes de rins, de córneas e de medula.
- Até 180 dias para terapias.
- 90 dias para exames e procedimentos ambulatoriais.
- 30 dias para exames (laboratoriais, raios-X, ecografias e tomografias).
- 30 dias para consultas médicas.
- 24 horas para cobertura dos casos de urgência decorrentes de acidentes pessoais.

Para maiores informações sobre os períodos de carência do seu contrato de plano de saúde, acesse o App do Cliente Unimed Serra Gaúcha (Informações do Plano – PIN – SS).

---

# Doenças ou lesões preexistentes

As doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

Ao declarar, o beneficiário ficará com Cobertura Parcial Temporária (CPT) que 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 às lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.



# TERMOS QUE FACILITAM O ENTENDIMENTO DO SEU PLANO

---



**ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

**APAPTAÇÃO:** aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrada até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9.656, de 1998.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar. Todas as operadoras de plano de saúde devem ser registradas pela ANS. O registro da Unimed Serra Gaúcha é 325571.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

**ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED SERRA GAÚCHA:** Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Farroupilha, Flores da Cunha, Garibaldi, Monte Belo do Sul, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Picada Café, Pinto Bandeira, Santa Tereza e São Marcos.

**ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou emergência.

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências.



**BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.



**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e para a definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

**CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

**CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes – DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

**CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.



**DEPENDENTE:** beneficiário de plano privado de assistência à saúde, cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.

**DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

**DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

**DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela que o cliente ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.



**EMERGÊNCIA:** é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

**EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.



**FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente aos prestadores da rede credenciada/referenciada ou à contratada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.



**INTERCÂMBIO:** é todo e qualquer atendimento ou uso do plano de saúde em cidades que não sejam da área de atuação da Unimed Serra Gaúcha.



**MATERIAL DE SÍNTESE:** é todo material usado em cirurgia para corrigir uma fratura.

**MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

**MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

**MIGRAÇÃO:** celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, no âmbito da mesma operadora, referentes a produtos com registro em situação “ativo”, concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato, anterior a 1º de janeiro de 1999.



**ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.



**PRIMEIROS SOCORROS:** são os primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência ou emergência.

**PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

**PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.



**ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE:** listagem divulgada e atualizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados conforme a Lei nº 9.656/1998.



**TITULAR:** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.



**URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.



     @unimederragaucha

[www.unimederragaucha.com.br](http://www.unimederragaucha.com.br)