



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE
PESSOAS**



**PLANO DE SAÚDE
FURG / UNIMED LITORAL SUL/RS**

MANUAL DO USUÁRIO

**RIO GRANDE
2017**

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DA FURG

Apresentação

A Universidade Federal do Rio Grande – FURG, por meio de licitação pública e atendendo às exigências contidas na Portaria Normativa nº 01/2007 da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, contratou a empresa UNIMED LITORAL SUL/RS para prestar serviços de assistência à saúde aos servidores e pensionistas a ela vinculados.

Com o propósito de oferecer aos servidores e pensionistas da Instituição um instrumento de consulta, a Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – PROGEP elaborou o presente Manual do Usuário, fazendo constar perguntas e respostas sobre o Plano de Saúde contratado e procedimentos para adesão.

A expectativa é de que o Manual possa responder a grande parte das dúvidas relacionadas ao Plano de Saúde.

O Manual do Usuário e legislações atinentes ao assunto se encontram também disponibilizados no sítio eletrônico www.progep.furg.br.

A PROGEP, por meio da Diretoria de Gestão de Pessoas, está à disposição dos servidores e pensionistas da FURG para prestar outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio Grande, 01 de julho de 2014.

Maria Rozana Rodrigues de Almeida
Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

MANUAL DO USUÁRIO PLANO DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DA FURG

1 – Quem a FURG contratou para oferecer Plano de Saúde aos seus servidores e pensionistas?

A FURG contratou a UNIMED Litoral Sul/RS para prestar assistência à saúde dos servidores a ela vinculados, nos termos do art. 3º da Portaria SRH/MPOG nº 1/2007.

2 – Quem é a UNIMED LITORAL SUL/RS?

A UNIMED Litoral Sul/RS é uma cooperativa de médicos que integra o sistema Unimed Nacional, o que assegura aos seus beneficiários, de acordo com a modalidade de plano escolhido, atendimento em todo o Brasil.

O Sistema Unimed está presente em 80% do território nacional, sendo composto por ampla rede de médicos cooperados e serviços credenciados, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecida.

3 – Como utilizar a UNIMED LITORAL SUL/RS?

Para atendimento de urgência/emergência, o beneficiário deve dirigir-se a um serviço próprio ou credenciado ao sistema Unimed.

Para consultas eletivas, o beneficiário poderá acessar o guia médico disponível na página da PROGEP, tendo acesso à rede de prestadores que o beneficiário tem direito e o tipo de prestador.

Para exames e procedimentos, quando houver necessidade

de autorização, o beneficiário deve antes obter a autorização na sede da Unimed local. Não havendo necessidade, o beneficiário deve dirigir-se diretamente ao serviço próprio ou credenciado ao sistema Unimed.

Em Rio Grande, a UNIMED está localizada à Rua Aquidaban, 692, Centro.

Obs.: Em qualquer situação é imprescindível que o beneficiário apresente no momento do atendimento o seu cartão de atendimento UNIMED, juntamente com o documento de identidade.

4 – Quais os serviços (coberturas) oferecidos pelo Plano de Saúde contratado?

O Plano de Saúde deve oferecer, obrigatoriamente, assistência médica:

- a) ambulatorial;
- b) hospitalar;
- c) consultas médicas;
- d) fisioterápica;
- e) psicológica, e
- f) farmacêutica (quando relacionada a atendimento ambulatorial e/ou hospitalar).

Os serviços compreendem:

- a) partos e tratamentos realizados exclusivamente no país;
- b) centro de terapia intensiva, ou similar;
- c) cirurgias
- d) internação hospitalar, e
- e) tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

5 - Quais as modalidades de Plano oferecidas?

Plano JR2 I – Plano de Saúde **Regional Completo**¹, coletivo², **sem co-participação**³, por faixa etária;

Plano JN2 I – Plano de Saúde **Nacional Completo**⁴, coletivo, **sem co-participação**, por faixa etária;

Plano JR1 I – Plano de Saúde **Regional Completo, individual, sem co-participação**, por faixa etária;

Plano JN1 I – Plano de Saúde **Nacional Completo, individual, sem co-participação**, por faixa etária;

Plano JR2 IV – Plano de Saúde **Regional Completo, coletivo, com co-participação**, por faixa etária;

Plano JN2 IV – Plano de Saúde **Nacional Completo, coletivo, com co-participação**, por faixa etária;

Plano JR1 IV – Plano de Saúde **Regional Completo, individual, com co-participação**, por faixa etária;

Plano JN1 IV – Plano de Saúde **Nacional Completo, individual, com co-participação**, por faixa etária.

Obs.: Independente do plano contratado pelo titular, este e seus beneficiários terão o direito ao atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

6 - Quem terá direito a aderir ao Plano de Saúde como titular?

a) os servidores ativos da FURG:

–ocupantes de cargo efetivo;

–ocupantes de cargo comissionado ou de natureza especial;

¹ Por Regional Completo entende-se a cobertura em todo o território do estado do Rio Grande do Sul, excluídos o Mãe de Deus e o Moinhos de Vento, ambos em Porto Alegre.

² Por coletivo entende-se quarto com no máximo três pessoas.

³ Por co-participação entende-se o pagamento de taxas relativas à realização dos procedimentos de acordo com tabelas previamente divulgadas (anexo).

⁴ Por Nacional Completo entende-se a cobertura em todo o território brasileiro.

- b) os servidores aposentados da FURG, e
- c) os pensionistas cadastrados na FURG até a data de início de vigência do contrato de Plano de Saúde.

7 - Os pensionistas de servidores falecidos após o início de vigência do contrato de Plano de Saúde poderão aderir ao Plano de Saúde?

Os novos pensionistas poderão **permanecer** no Plano de Saúde desde que façam opção junto à FURG por permanecer como beneficiários do plano. Fazendo a opção em 30 dias corridos a contar do óbito, o pensionista aproveitará o tempo que já tem do plano, caso contrário, deverá cumprir a tabela de carências em anexo.

8 - Quem poderá ser inscrito pelo titular como seu dependente/beneficiário?

- a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- b) o companheiro ou companheira de união homo-afetiva, desde que comprovada a união;
- c) a pessoa separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do

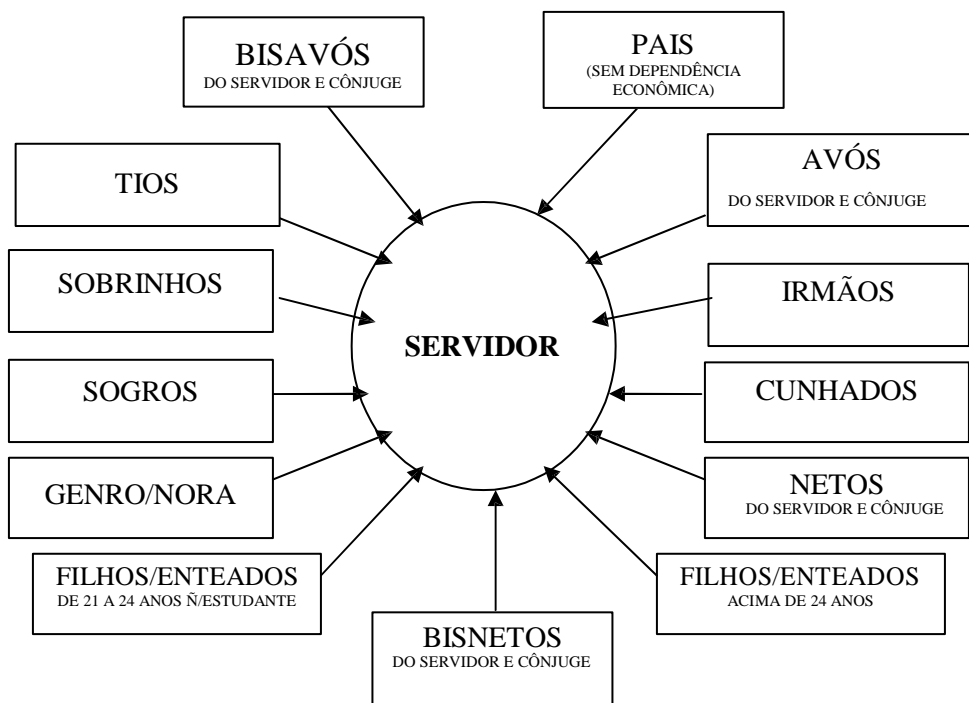
servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, e

- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".
- A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.
- A comprovação documental dos itens das letras "a" a "f" deverá estar devidamente atualizada na PROGEP.
- O titular e o dependente/beneficiário constante das letras "a" a "f" terão direito à parcela de custeio da FURG

Observações:

- Os pensionistas não poderão incluir dependentes no Plano de saúde.
- O pai ou padrasto e a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor e que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado, **sem a respectiva parcela de custeio da FURG.**
- O titular do Plano de Saúde, **exceto os pensionistas,** poderá inscrever **como agregados** no plano de saúde parentes, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, com o titular, desde que este assumo **integralmente** o valor do plano, além disso, também não haverá o custeio por parte da FURG.

9 - Quem são os agregados?



10 – Poderá o titular contratar para dependentes e agregados modalidade de Plano de Saúde diferente da contratada para si mesmo?

Não. A modalidade de Plano de Saúde a ser contratada para os seus dependentes e agregados deverá ser, necessariamente, a mesma do titular.

11 - Quais os valores dos Planos de Saúde oferecidos?

Os valores relativos a cada Plano e as taxas de co-participação encontram-se disponíveis no site da PROGEP: www.progep.furg.br.

12 - Qual o valor da parcela mensal que será custeada pela FURG?

O valor da parcela de custeio mensal da FURG por beneficiário (**titulares e dependentes**) encontra-se em anexo.

13 - O beneficiário do Plano de Saúde poderá se utilizar de quê?

O beneficiário do Plano poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da UNIMED LITORAL SUL/RS, de acordo com o plano subscrito por ele exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

14 - O beneficiário terá de realizar algum pagamento ao utilizar a rede contratada?

Não. Ao utilizar a rede contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à UNIMED efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

15 - O beneficiário poderá utilizar acomodação hospitalar superior à contratada?

Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação **DIRETA** com o médico ou hospital.

16 - O plano permite acompanhante em caso de internação?

Por regra, o plano não dá direito a acompanhante (caso o hospital permita o servidor ficará com o acompanhante, caso contrário não será permitido), salvo menores de 18 anos e maiores de 60 que tem direito a acompanhante.

17 - Como funcionam as modalidades de Plano de Saúde com co-participação?

- a) no caso de opção por modalidade de plano de saúde com co-participação, além da contribuição mensal devida pelo titular do benefício, serão cobrados os serviços utilizados, nos limites da tabela em anexo;
- b) não haverá nenhum pagamento adicional na modalidade de Plano de Saúde com co-participação para internações clínicas/cirúrgicas e para os procedimentos realizados quando o paciente estiver internado;
- c) a participação no custo dos serviços de plano de saúde com co-participação será cobrada por boleto;
- d) na modalidade de Plano de Saúde com co-participação, não deverá ser realizado nenhum pagamento ao

prestador dos serviços, uma vez que os valores serão cobrados posteriormente do servidor.

18 - Quais serão as carências do Plano de Saúde?

COBERTURAS/CARÊNCIAS

Cobertura hospitalar

Procedimento	Carência	Procedimento	Carência
Internação clínica	180 dias	Órteses e próteses cirúrgicas	180 dias
Internação cirúrgica	180 dias	Transplante de córnea e rim	180 dias
Internação psiquiátrica (com limitação)	180 dias	Transplante autólogo de medula óssea	180 dias
Cirurgia cardíaca	180 dias	Quimioterapia	180 dias
UTI	180 dias	Radioterapia Intervencionista	180 dias
Díalise peritoneal e hemodiálise	180 dias	Hemodinâmica	180 dias
Litotripsia	180 dias	Outros procedimentos	180 dias

Cobertura ambulatorial

Procedimentos	Carência	Exames e testes	Carência
Atendimento no Pronto Atendimento 24 horas Unimed Litoral Sul	24 horas	Análises clínicas de rotina	30 dias
		Análises clínicas especializadas	180 dias
Urgências e Emergências (Observado o limite para as primeiras 12 horas)	24 horas	Raio X de rotina	30 dias
		Raio X especializado	180 dias
Consultas médicas eletivas e ambulatoriais	30 dias	Ultrassonografia	180 dias

Consultas e sessões com nutricionista (limitadas a 12 por ano) Fonoaudiólogo (limitadas a 24 por ano) Terapeuta ocupacional (limitadas a 12 por ano)	180 dias	Eletrocardiograma, ecocardiograma, eletroencefalograma	180 dias
Sessões de psicoterapia (limitadas a 18 por ano)	180 dias	Oftalmológicos, otorrinolaringológicos e alergológicos	180 dias
Hemodiálise e diálise peritoneal	180 dias	Mamografia	180 dias
Hemoterapia ambulatorial	180 dias	Endoscopia	180 dias
Quimioterapia ambulatorial	180 dias	Provas de função pulmonar	180 dias
Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais	180 dias	Ressonância magnética	180 dias
Fisioterapia	180 dias	Tomografia computadorizada	180 dias
Radioterapia	180 dias	Mapeamento cerebral	180 dias
Demais procedimentos ambulatoriais	180 dias	Demais exames	180 dias

Cobertura obstétrica

Procedimentos	Carência
Consultas	30 dias
Exames ligados ao processo gestacional	180 dias
Parto normal ou cesárea e intervenções cirúrgicas	300 dias
Lesão pré-existente	24 meses

É isento de período de carência o servidor recém-empessoado ocupante de cargo efetivo ou em comissão, bem como seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de **60 (sessenta) dias contados da data do efetivo exercício.**

O titular de Plano de Saúde que, após se desligar, por interesse pessoal, desejar reingressar, terá que cumprir os prazos previstos de período de carência, salvo se o retorno se der em 30 dias, ficando neste caso, livre de carências.

20 – Os pensionistas que optarem por aderir ao Plano de Saúde terão que cumprir algum período de carência?

Os novos pensionistas (beneficiários do Plano de Saúde do servidor falecido) estarão desobrigados do cumprimento de novo período de carência, no mesmo plano, se optarem, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

21 – Será exigido algum período de carência para a inclusão de dependentes ou agregados, após a entrada em vigor do plano?

É assegurada ao Titular do Plano a inclusão sem qualquer período de carência:

- a) do recém-nascido, filho natural, neto ou filho adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento, e

- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor – ativo ou inativo – adotante, desde que a adesão seja realizada no prazo máximo de 30 (trinta) a partir da ocorrência.
- c) do cônjuge, companheiro ou companheira na união estável, o companheiro ou companheira na união homoafetiva, se a inclusão ocorrer dentro de 30 (trinta) dias contados da data da efetiva união.

Para as demais inclusões serão cumpridas as carências.

22 – Haverá exigência de período de carência quando o titular desejar trocar de modalidade de Plano de Saúde?

Sim. O titular/beneficiário que, após exercer sua adesão por uma determinada modalidade de Plano de Saúde, desejar trocar de modalidade, deverá cumprir o novo período de carência exigido para a modalidade pretendida, somente para as novas coberturas.

23 – A partir de quando o titular/beneficiários poderão utilizar a modalidade de Plano de Saúde escolhida?

Movimentações encaminhadas no dia 15 (quinze) de cada mês, para as vigências/carências começarem a ser contadas a partir do primeiro dia do mês seguinte.

24 – Qual será o procedimento para adesão ao Plano de Saúde?

Para aderir ao Plano de Saúde, o servidor deverá preencher o formulário de Termo de Adesão na PROGEP.

25 – Será fornecido algum documento de identificação para o beneficiário do Plano de Saúde?

A UNIMED LITORAL SUL/RS emitirá cartões de identificação individuais, para titulares, dependentes e agregados, com a respectiva adesão aprovada.

Os cartões de identificação deverão ser retirados pelos respectivos beneficiários na sala da UNIMED junto à PROGEP.

26 – Como se dará a assistência psicoterápica?

Estão cobertos todos os transtornos psiquiátricos, da seguinte forma:

I – No Plano Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças de suicídio e auto-agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, terá início imediatamente após o atendimento de emergência e é limitada a 18 (dezoito) sessões por ano de contrato;
- c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II – No Plano Hospitalar:

- a) o custeio integral de, no máximo, 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos, em situação de crise;
- b) o custeio integral de, no máximo, 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;
- d) o usuário poderá dispor de oito (08) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

27 – Quando e como ocorrerão exclusões de beneficiários do Plano de Saúde?

As exclusões de Plano de Saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente. Caso assuma o valor integral do plano o servidor não será excluído;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- d) licença sem remuneração;
- e) decisão administrativa ou judicial;
- f) por fraude ou inadimplência, e
- f) outras situações previstas em Lei.

Obs.: Os beneficiários excluídos do plano de saúde deverão entregar seus cartões de identificação à PROGEP/FURG, que os devolverá à operadora contratada.

28 – No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o servidor poderá continuar como beneficiário do Plano de Saúde?

Sim. No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

29 – Em que momento o titular poderá solicitar o cancelamento do seu Plano de Saúde?

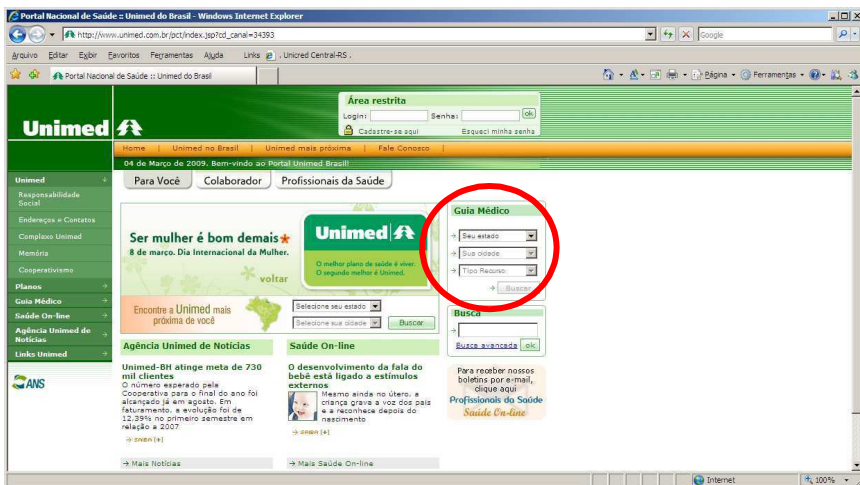
O titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no Plano de Saúde a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação.

O pedido de exclusão deverá ser entregue na PROGEP/DIGEP até o dia 15 de cada mês para efetivação a partir do primeiro dia do mês seguinte.

Obs.: *A exclusão do titular implicará a exclusão de todos os seus dependentes.*

30 - Quem está credenciado pela Unimed para atendimento?

A Unimed conta com ampla rede de médicos cooperados e serviços credenciados, incluindo hospitais, laboratórios e clínicas espalhados por todo o Brasil. A rede credenciada da Unimed pode ser consultada através do portal www.unimed.com.br



31 - Quais são os procedimentos e hospitais excluídos do Plano contratado junto à UNIMED LITORAL SUL/RS?

Estão expressamente excluídos do Plano de Saúde, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, os seguintes procedimentos:

- a) tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais;
- b) procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
- c) tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internação que não necessite de cuidados em ambiente hospitalar;
- d) inseminação artificial;
- e) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- f) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios quando não ligados ao ato cirúrgico;

- h) transplantes e as despesas deles decorrentes, com exceção de córnea e rim;
- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismo, guerras e remoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) todo e qualquer procedimento odontológico;
- l) toda e qualquer cobertura ligada à Medicina Ocupacional e ao Acidente de Trabalho;
- m) todo e qualquer atendimento domiciliar;
- n) aplicação de vacinas preventivas;
- o) aparelhos ortopédicos;
- p) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- q) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- r) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- s) especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- t) atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou cumprimento das carências.

Estão expressamente excluídos do Plano de Saúde, não gerando direito a qualquer tipo de cobertura, os seguintes hospitais:

<p><u>Em Porto Alegre:</u> Mãe de Deus Moinhos de Vento</p> <p>Obs.: Excluídos somente dos planos regionais.</p>	<p><u>Na Bahia:</u> Hospital Aliança Hospital Português Hospital Espanhol Hospital Santo Amaro Hospital São Raphael</p>	<p><u>Em Pernambuco:</u> Hospital Sta. Joana Hospital Albert Sabin Memorial São José Hope</p>
--	--	--

<p><u>Em São Paulo:</u> Hospital Alberto Einstein Hospital Sírio Libanês Hospital Nove de Julho Incor Hospital do Coração</p>	<p><u>No Rio de Janeiro:</u> Procardíaco PS Cardiológico Clínica Bambina Clínica Sorocaba Santa Lúcia Hospital Integrado da Gávea Clínica São Vicente Clínica Pediátrica da Barra Rio Mar Barra Amparo Feminino Israelita do Rio de Janeiro Prontocor</p>
---	--

32 - Como o beneficiário poderá utilizar melhor seu Plano de Saúde?

- Faça todas as consultas necessárias;
- Quando retornar ao médico, leve os exames que você já fez anteriormente;
- O Pronto Atendimento tem a função de prestar atendimento de urgência ou emergência. Vá ao Pronto Atendimento por motivos realmente emergenciais;
- Evite exposição a riscos de doenças típicas de ambientes hospitalares;
- Você tem à sua disposição especialistas para situações de rotina;
- Retorno de consulta: O prazo para configurar reconsultas deve ser acertado entre médico e paciente. Via de regra são 15 dias;
- Quando realizar exames médicos, busque-os no laboratório.

Pesquisa recente mostra que 30% dos pacientes que fazem exames não vão retirá-los para dar continuidade ao tratamento. Além de estar desperdiçando, você pode estar colocando a sua saúde em risco se não voltar ao médico com os resultados dos exames.

Através do controle de desperdícios, todos os usuários do Plano de Saúde podem usufruir dos serviços contratados e ainda colaborar para a manutenção de um plano de saúde de qualidade.

33 - Onde poderão ser obtidas maiores informações e esclarecimentos de dúvidas sobre o Plano de Saúde?

FURG:

PROGEP / Sala da UNIMED – (53) 3233-6894
Ramal 6894

PROGEP / COORDENAÇÃO DE CONCESSÕES E
REGISTROS (CCR) – (53) 3293-5316 Ramal 5316 /
(53) 3293-5322 Ramal 5322

UNIMED LITORAL SUL/RS:

Telefone exclusivo para o serviço de Relacionamento com o
cliente – (53) 3231-8786 Ramal 2035

Pré-agendamento UNIMED – 3036.9700

34 – Prazos para atendimento por parte da operadora

Os prazos para atendimento por parte da operadora refere-se a especialidade e não ao médico escolhido pelo servidor.

PROCEDIMENTO	PRAZO
Urgência e emergência	Imediato
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias úteis
Consulta básica	7 dias úteis
Pediatria	
Clínica médica	
Cirurgia geral	
Ginecologia	
Obstetrícia	
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 dias úteis
Consulta/sessão com Nutricionista	
Consulta/sessão com psicólogo	
Consulta/sessão com terapeuta Ocupacional	
Consulta/sessão com fisioterapeuta	
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	
Atendimento em regime de hospital-dia	

Consultas nas demais especialidades médicas	14 dias úteis
Procedimentos de alta complexidade	21 dias úteis
Atendimento em regime de internação eletiva	

35 – Contrato Unimed

Os prazos para atendimento por parte da operadora refere-se a especialidade e não ao médico escolhido pelo servidor.

ANEXO

TABELA DE VALORES DE CO-PARTICIPAÇÃO E CUSTEIO DA UNIÃO

TIPO	UNIDADE	VALOR
G1 - Atendimento no Pronto Atendimento 24h. Unimed	por consulta	R\$ 17,58
G1 - Consultas (consultório, Pronto-socorro, Clínicas, etc)	por consulta	R\$ 17,58
G1 - Atendimento ambulatorial de urgencia/emergencia	por atendimento	R\$ 17,58
G1 - Atendimento ambulatorial (pt anest. 0, I e II)	por atendimento	R\$ 52,76
G1 - Atendimento ambulatorial (pt anest. III em diante)	por atendimento	R\$ 87,94
G1 - Retinografia Fluorescente	por atendimento	R\$ 50,19
G2 - Laboratório Clínico	por exame	R\$ 5,00
G2 - Anátomo e citopatológico	por exame	R\$ 7,52
G2 - Radiológicos (RX) sem contraste	por exame	R\$ 5,00
G2 - Radiológicos (RX) contrastado	por exame	R\$ 10,02
G2 - Eletrocardiograma (em repouso)	por exame	R\$ 10,02
G2 - Eletrocardiograma de esforços	por exame	R\$ 12,53
G2 - Holter (24 horas)/Mapa	por exame	R\$ 20,06
G2 - Audiometria	por exame	R\$ 20,06
G2 - Exames oftalmológicos	por exame	R\$ 20,06
G2 - Eletroncefalografia	por exame	R\$ 20,06
G2 - Ultrassonografias	por exame	R\$ 25,10
G2 - Endoscopias	por exame	R\$ 25,10
G2 - Mamografias	por exame	R\$ 20,06
G3 - Ecocardiogramas	por exame	R\$ 50,19
G3 - Densitometria óssea	por exame	R\$ 50,19
G3 - Mielografia	por exame	R\$ 50,19
G3 - Eletroneuromiografia	por exame	R\$ 50,19
G3 - Tomografia computadorizada	por exame	R\$ 125,51
G3 - Mapeamento Cerebral	por exame	R\$ 50,19
G3 - Ecodopller	por exame	R\$ 50,19

G3 - Ressonâncias magnéticas sem sedação	por exame	R\$ 150,00
G3 - Ressonâncias magnéticas com sedação	por exame	R\$ 150,00
G3 - Angiografias sem uso de catéter	por exame	R\$ 125,51
G3 - Angiografias com uso do catéter	por exame	R\$ 25,51
G3 - Angiografia digital	por exame	R\$ 125,51
G3 - Polissonografia	por exame	R\$ 125,51
G4 - Fisioterapia ambulatorial	por sessão	R\$ 12,53
G4 - Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia	por sessão	R\$ 125,51
G4 - Diálise e Hemodiálise	por sessão	R\$ 62,76
G4 - Tratamento Psiquiátrico ambulatorial	por sessão	R\$ 35,18
G4- Litotripsia	por sessão	R\$ 125,51

Exceto os procedimentos excluídos, conforme item 31, todos os exames previstos na ANS estão agrupados na tabela acima.

PORTARIA CONJUNTA SRH/SOF/MP Nº 08/2016 - DOU (14/01/2016)
TABELA DOS VALORES DE PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO NO CUSTEIO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR DO SERVIDOR
VALORES A PARTIR DE JANEIRO DE 2016
TITULARES/BENEFICIÁRIOS

FAIXAS		VALOR PER CAPITA
POR REMUNERAÇÃO (R\$ 1,00)	POR IDADE	
0000 - 1499	0 - 18	149,52
	19 - 23	156,57
	24 - 28	158,69
	29 - 33	165,04
	34 - 38	169,97
	39 - 43	175,61
	44 - 48	190,03
	49 - 53	193,05
	54 - 58	156,06
	59 ou +	205,63
1500 - 1999	0 - 18	142,47
	19 - 23	149,52
	24 - 28	151,64
	29 - 33	156,57
	34 - 38	161,51
	39 - 43	167,15
	44 - 48	180,76
	49 - 53	186,63
	54 - 58	186,50
	59 ou +	196,06
2000 - 2499	0 - 18	135,42
	19 - 23	142,47
	24 - 28	144,59
	29 - 33	149,52
	34 - 38	154,46
	39 - 43	160,10
	44 - 48	171,49
	49 - 53	174,21
	54 - 58	176,94
	59 ou +	186,50

2500 - 2999	0 - 18	129,78
	19 - 23	135,42
	24 - 28	137,53
	29 - 33	142,47
	34 - 38	147,41
	39 - 43	153,05
	44 - 48	163,77
	49 - 53	166,37
	54 - 58	168,97
	59 ou +	176,94
3000 - 3999	0 - 18	122,71
	19 - 23	129,78
	24 - 28	131,89
	29 - 33	135,42
	34 - 38	140,35
	39 - 43	146,00
	44 - 48	156,04
	49 - 53	158,52
	54 - 58	161,00
	59 ou +	168,97
4000 - 5499	0 - 18	111,43
	19 - 23	114,25
	24 - 28	116,38
	29 - 33	117,07
	34 - 38	122,02
	39 - 43	127,66
	44 - 48	129,78
	49 - 53	131,84
	54 - 58	133,90
	59 ou +	137,09

5500 - 7.499	0 - 18	107,20
	19 - 23	108,61
	24 - 28	110,73
	29 - 33	111,43
	34 - 38	116,38
	39 - 43	122,02
	44 - 48	123,60
	49 - 53	125,56
	54 - 58	127,52
	59 ou +	130,71
7.500 ou +	0 - 18	101,56
	19 - 23	102,97
	24 - 28	105,08
	29 - 33	105,79
	34 - 38	110,73
	39 - 43	116,38
	44 - 48	117,42
	49 - 53	119,28
	54 - 58	121,14
	59 ou +	124,33