



Os serviços contratados serão prestados em todo o território nacional, por médicos e hospitais cooperados.

Não são autorizadas internações nos hospitais considerados de alto custo por não fazerem parte da rede de prestadores da Unimed Florianópolis.

1) Somente serão considerados dependentes:

- o cônjuge
- os filhos e netos solteiros até 24 anos incompletos
- o enteado, a criança ou adolescente sob guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial
- a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge
- os filhos inválidos
- os filhos adotivos, solteiros até 24 anos incompletos

2) Relação de algumas carências dos procedimentos mais solicitados:

- Consultas – 30 dias
- Internação clínica – 180 dias
- Internação cirúrgica – 180 dias
- Cirurgia cardíaca – 180 dias
- Órtese e Próteses Cirúrgicas – nos casos de intoxicação exógena aguda e insuficiência renal aguda) – 180 dias
- Consultas e exames ligados ao processo gestacional – 60 dias
- Parto (normal ou cesárea) e intervenções cirúrgicas – 300 dias

Para liberação de carência, o associado ou dependente do mesmo que possua plano oriundo de outras Unimed's ou outras operadoras de plano de assistência médica, deverá apresentar fotocópia (legível) da carteira do plano de origem e uma declaração da Unimed de origem contendo as seguintes informações:

- nome completo do usuário,
- código do usuário,
- data de nascimento,
- data de inclusão,
- data de exclusão,
- descrição do plano (coberturas),
- abrangência (Nacional/Estadual/Regional),
- Modalidade (Pré-pagamento ou custo operacional),
- Natureza do contrato (pessoa física ou Jurídica),

- Comprovantes de pagamento dos dois últimos meses (somente para os contratos de pessoa física).

Ressalta-se que as carências podem variar de contrato para contrato quando houver inclusões de usuários vindos de outras Unimed's.

OBS.: antes de a criança completar 30 dias de vida, ela poderá ser incluída sem carência, desde que a mãe seja conveniada através da AMC; novos associados poderão ser incluídos também sem carência desde que solicitem a inclusão antes de completar um mês da data da posse

O valor referente à mensalidade individual está fixado em R\$ 346,37 (trezentos e quarenta e seis reais e trinta e sete centavos), a inscrição e a 2ª via em R\$ 21,68 (vinte e um reais e sessenta e oito centavos).

3) Dados necessários para a inclusão:

Documentos:

Titular (preencher e assinar a ficha cadastral da Unimed. Esta ficha deverá ser remetida para o titular do plano e devolvida com a assinatura);

Cópia do RG;

Cópia do CPF;

Comprovante de residência e

Comprovante de Vínculo (declaração que é associado da AMC)

Dependente

(preencher e assinar a ficha cadastral da Unimed. Esta ficha deverá ser remetida para o titular do plano e devolvida com a assinatura);

Cópia do RG

Cópia do CPF

Cópia da certidão de nascimento para os filhos e netos dependentes até 24 anos

Cópia da certidão de casamento ou de união estável (este documento deve ser feito em cartório)

4) Coberturas: — Hospitalar Apartamento

A Cobertura Hospitalar implica na aquisição do direito à internação em apartamento standard com banheiro privativo e com direito a acompanhante, incluindo, durante o período de internação: assistência médica através de médicos cooperados, medicamentos prescritos pelo médico assistente, alimentação, enfermagem, diárias e taxas de internação, material de sala cirúrgica, anestesia, oxigênio e exames complementares durante a internação, para controle e evolução da doença que tenha motivado a internação.

Inclui-se na Cobertura Hospitalar, os seguintes procedimentos e respectivas carências:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Internação Clínica	180 dias
Internação Cirúrgica	180 dias
Internação Psiquiátrica	180 dias
Cirurgia Cardíaca	180 dias
Urgência e Emergência	24 horas
UTI	180 dias
Diálise Peritoneal e Hemodiálise (nos casos de intoxicação exógena aguda) e insuficiência renal aguda	180 dias
Litotripsia	180 dias

Órteses e Próteses Cirúrgicas (Quando necessárias durante o ato cirúrgico)	180 dias
AIDS	180 dias
Transplantes de Córnea e Rim	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias

As órteses e próteses cirúrgicas terão cobertura desde que fornecidas pela CONTRATADA ou por quem esta indicar.

Estão abrangidas nesta cláusula as internações advindas de complicações próprias da evolução da AIDS, incluindo as medicações solicitadas pelo médico assistente durante a internação, com exceção de todos aqueles distribuídos pelo Governo, como por exemplo: AZT e INIBIDORES DA PROTEASE, que são obtidas através da inscrição no Programa Nacional do Combate a AIDS.

Nos atendimentos de urgência e emergência, quando o usuário ainda estiver cumprindo carências, e nos casos de complicações do processo gestacional, quando não possuir a Cobertura Obstétrica o atendimento se limitará as primeiras 12 horas, nas condições expressas na Cobertura Ambulatorial, salvo quando necessitar de procedimentos exclusivos da Cobertura Hospitalar, quando a Cobertura cessará, passando o ônus a ser responsabilidade do CONTRATANTE.

Nos casos de cirurgia plástica reparadora, somente terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato e que estejam causando problemas funcionais. a.7) Estão cobertos os transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários á realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

Terão cobertura contratual as cirurgias buco-maxilo que necessitem de regime de internação.

Inclui-se na cobertura, os procedimentos considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complementares ao tratamento.

- Hemodiálise e Diálise Peritoneal (CAPD);
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;

- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia.

Com a exceção dos usuários portadores de dependência química, todos os demais usuários portadores de transtornos mentais segundo CID 10, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de tratamento hospitalar, deverão ser tratados ou em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, pelo período máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o prazo de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação. Após esse prazo, as internações deverão ser submetidas a controle mediante co-participação, equivalente a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por diária efetivamente realizada. a.12) Os usuários portadores de dependência química somente deverão ser internados na eventualidade de complicações agudas decorrentes da intoxicação ou da abstinência de drogas de abuso lícitos ou ilícitos incluindo aqui o álcool. Estas internações, circunscritas ao tratamento de “desintoxicação”, quando este requer hospitalização, não deverão ultrapassar o período máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, durante o prazo de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação e deverão ser realizadas em unidades clínicas de hospitais gerais. Após esse prazo, tais internações para a desintoxicação desses usuários, deverão ser submetidas a controle mediante a mesma co-participação prevista no item anterior.

As lesões autoinfligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

A partir de 01 de janeiro de 2.000, além da cobertura especificada no item a.11, o usuário poderá dispor de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de Hospital-Dia, e nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, (F 00 a F 09 do CID 10), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29), retardo mental (F70 a F79), transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98), a cobertura prevista no item a.11 será estendida a até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

COBERTURA OBSTÉTRICA

Procedimentos relativos à obstetrícia:

a) Cerclagem do colo uterino; b) cesariana; c) cesariana com histerectomia; d) curetagem pós parto; e) deslocamento manual de placenta; t) Histerectomia puerperal; g) Inversão uterina aguda pós parto — redução manual; h) inversão uterina aguda pós parto — cura cirúrgica; i) parto com ou sem episiotomia; j) parto gemelar (cada um subsequente ao parto); k) parto a fórceps; l) parto com vácuo extrator m) parto pélvico com manobras; n) parto com versão; o) parto com eclampsia; q) perenais ectópica — cirurgia da; q) sutura de lacerações de trajeto pélvico; r) ultra-sonografia obstétrica; 5) Doppler fetal; t) abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 123 do Código Penal, devidamente justificado pelo médico assistente; u) despesas decorrentes de curetagem e laqueadura de trompas, desde que determinadas exclusivamente em razão de risco de vida, mediante justificativa do médico assistente; v) anestesia de parto, com indicação médica.

Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Somente terão direito aos procedimentos obstétricos aqui descritos após cumprirem as seguintes carências, contadas a partir da data da contratação desta cobertura:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Consultas e exames (ligados ao processo gestacional)	60 dias
Parto (normal ou cesárea) e intervenções cirúrgicas	300 dias

Demais carências

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
CONSULTAS	
Consultórios	30 dias
PROCEDIMENTOS	
Pronto-Socorro	30 dias
Pronto-Socorro para Urgências e Emergência (limite primeiras 12 horas)	24 horas
EXAMES	
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsias)	30 dias
Raio – x Simples e Contrastados	30 dias
Fisioterapias	90 dias
Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultra-sonografia	30 dias
Endoscopia, Mamografia	180 dias
Exames e Testes de Diagnose: Oftalmológicos, Otorrinolaringológicos, Alergológicos	180 dias
Espirometria	180 dias
Medicina Nuclear	180 dias
Ecocardiograma + Holter + Doppler Fluxometria	180 dias
Neuro Fisiologia Clínica	180 dias
Holter/Eletrocardiograma Transesofágico	180 dias
Teste ergométrico	180 dias
Prova Função Pulmonar	180 dias
Densitometria Óssea	180 dias
Ressonância Magnética	180 dias
Tomografia Computadorizada	180 dias
Angiografias	180 dias
Retinografias/Mapeamento Retina	180 dias
Laparoscopia Diagnóstica	180 dias
Videolaparoscopia Diagnóstica	180 dias
Mapa – Monitoração Ambulatorial de Pressão Arterial	180 dias
Radiologia Intervencionista Dianóstica	180 dias
Mapeamento Cerebral	180 dias
Eletromiografia	180 dias
Outros exames	180 dias
AMBULATORIAIS	
Suturas e Imobilização	24 horas
Procedimentos médicos ambulatoriais	180 dias
ESPECIAIS	
Homodiálise e diálise peritonial – CAPD	180 dias
Quimioterapia ambulatorial	180 dias
Radioterapia (Megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia,	180 dias

eletronterapia, etc.)	
Hemoterapia ambulatorial	180 dias
Cirurgias Oftalmológicas ambulatoriais	180 dias