

Valores por usuário:

Faixa Etária: 0 - 58 anos		Abrangência	
		Local	Nacional
Acomodação	Enfermaria	R\$ 307,63	R\$ 338,41
	Apartamento	R\$ 348,59	R\$ 423,02
Faixa Etária: Acima de 59 anos		Abrangência	
		Local	Nacional
Acomodação	Enfermaria	R\$ 615,33	R\$ 676,87
	Apartamento	R\$ 769,13	R\$ 846,04

Taxa de Inclusão por usuário: R\$ 29,36

Documentos necessários para ADESÃO DO PLANO:

- Cópia RG, CPF e Cartão do SUS de todos os usuários;
- Cópia do comprovante de endereço;
- Cópia da certidão de nascimento se o dependente for menor;
- Cópia da certidão de casamento ou escritura pública de união estável se o dependente for o cônjuge;
- Requerimento inicial de ressarcimento de plano de saúde - Saúde Suplementar (anexo);
- Carta de permanência se necessário.

CARÊNCIAS

30 dias	Consultas, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutricionista, Psicologia, Análises Clínicas - exceto PAC e exames de genética, Histocitopatologia - exceto PAC, Eletrocardiograma convencional, Tonometria, Teste do olhinho, Teste da orelhinha, colposcopia e coleta de material, Cerumen - remoção, Oximetria não invasiva, Inaloterapia.
60 dias	Eletroencefalograma convencional - exceto prolongado/mapeamento cerebral, endoscopia diagnóstica - exceto videohisteroscopia diagnóstica, Testes Otorrinolaringológicos, Prova de função pulmonar, Teste Ergométrico, Análises Clínicas - PAC, Histocitopatologia - PAC, Ex. radiológ. s/ contraste - exceto PAC mamografia - TC - RNM - interv. e densit., Exames da genética, Polipectomia, Mamografia inclusive a Mamografia Digital - PAC, Laringoscopia, Video-larino-estroboscopia, Fisioterapia, Curetagem, Eletrocoagulação e/ou Dermoabrasão Lesões de Pele e Mucosas.
90 dias	Exames e Testes Alergológicos, Exames e Testes Oftalmológicos, Ultra-sonografia, Ultrassonografia com doppler e Ecodoplercardiograma, Eletrocardiografia dinâmica (holter), Monitorização ambulatorial de pressão arterial (mapa), Exames radiológicos com contraste, exceto TC e RMN.
180 dias	Eletroencefalograma prolongado e mapeamento cerebral, Potencial evocado, Tomografia computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Densitometria óssea, Eletromiografia e Eletroneuromiografia, Acunputura, Arteriografia e angiografia - exceto de segmentação hospitalar, Radiologia intervencionista - exceto segmentação hospitalar, Videohisteroscopia diagnóstica, Tocardiografia, Hemodiálise, diálise peritonial e por cateter, Quimioterapia ambulatorial, Radioterapia (megavoltagem, cobalterapia, cesioterapia, eletroterapia, Cirurgia oftalmológica ambulatorial, Litotripsia mecânica de cálculos, Proced. Ambulat. diagnóst. e terapêuticos, exceto cir. oftalmo ambulat., Internações Clínicas, Procedimentos Cirúrgicos, Diagnósticos Therapeut., Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Laparoscópica, Diária e UTI.
300 dias	Obstetrícia, Pacote obstétrico e Taxas.

♦ Observações importantes:

Planos locais, só serão atendidos fora de Uberlândia, em casos de Urgência e Emergência.

Na alteração de plano - acomodação enfermaria para apartamento - haverá o cumprimento da carência de 180 dias para o uso da nova acomodação;



REQUERIMENTO INICIAL DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE
PARA ALTERAÇÃO DE DEPENDENTES
EXCLUSÃO () INCLUSÃO ()

1. Identificação do requerente

Servidor Ativo Servidor Aposentado Pensionista

Nome : _____ Siape : _____
Cargo : _____
Local de trabalho : _____ Setor : _____ Fone : _____

2. Endereço

End.: _____ Nº : _____
Bairro : _____ Cidade : _____ CEP : _____
Complemento : _____
E-mail : _____

3. Requerimento

Venho requerer a alteração do **cadastro do Plano de Saúde juntamente com o(s) beneficiário(s) do plano** para fins de ressarcimento do valor pago do titular e/ou dos dependentes, conforme Art. 230 da Lei 8.112 e suas alterações, Decreto 4.978 de 03/02/2004, Artigos 26, 27, 28 e 29 da Portaria Normativa nº 1 de 09/03/2017/SRH/MPOG.

OBSERVAÇÃO: No caso de inclusão de dependente deve ser apresentado o contrato e o boleto de pagamento da primeira mensalidade.

Plano de saúde contratado : _____

Valor do plano (Valores correspondente ao *DEPENDENTE*)
..... R\$ _____

Relação dos dependentes e valor (ES) pago(s) (somente (s) dependente(s) legal(is))	Vínculo (Filho, cônjuge, etc.)	Data Nascimento	
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$

VALOR TOTAL A SER PAGO	R\$
-------------------------------	------------

Declaro estar ciente de todo o teor da Portaria Normativa nº 1 de 09/03/2017/SRH/MPOG, e me comprometo a entregar o comprovante de despesas efetuadas até o último dia útil de abril.

4. Assinatura do requerente

Data: / / _____
Assinatura