



REGRAS BÁSICAS PARA ADESÃO AO PLANSÁUDE (imprimir somente a via do titular no ato da adesão)

O presente documento tem por objetivo orientar você, assistido, a respeito das normas que regem o PLANSÁUDE.

O Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins - PLANSÁUDE, foi instituído pela Lei nº 1.424/2003, alterada pela Lei nº 2.296/2010 e regulamentado pelo Decreto nº 4.051, de 11 de maio de 2010, implantado com o compromisso de ser um Plano Público (portanto, com regras diferentes das regras dos planos de saúde particulares), de Assistência à Saúde, com o compromisso de atender com qualidade os servidores e seus dependentes, inclusive aposentados e pensionistas pelo IGEPREV. (no caso do pensionista, não pode incluir dependente).

ATENÇÃO: UNIMED E SECAD NÃO SE CONFUNDEM.
A SECAD É O ÓRGÃO GESTOR DO PLANSÁUDE E A UNIMED CENTRO-OESTE E TOCANTINS É A OPERADORA DO PLANSÁUDE

O PLANSÁUDE destina-se a garantir aos seus assistidos a assistência à saúde, por meio dos serviços de medicina preventiva, curativa e suplementar, e do tratamento odontológico.

O Plano se enquadra na modalidade de comparticipação, onde o servidor e o Estado, juntos, custeiam as despesas do Plano, por isso o seu caráter assistencial.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

O PLANSÁUDE tem abrangência **REGIONAL** com atendimento nos Estados do Tocantins, de Goiás e do Maranhão, e no Distrito Federal para os servidores que estejam lotados em unidade do Estado do Tocantins, regularmente constituída e instalada.

Nos Estados de Goiás e Maranhão não abrange assistência odontológica.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Consultas médicas, ambulatoriais e hospitalares em caráter eletivo e/ou emergenciais, obedecendo às exigências legais.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Atendimento de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias, assegurando as seguintes coberturas: cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; dentística restauradora; endodontia; odontopediatria; periodontia e radiologia.

ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR

Sessões nas especialidades de nutrição, psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, inserção de dispositivo intrauterino - DIU, vasectomia e ligadura tubária e transplantes de rim, córnea e autólogos de medula óssea.

QUEM É ASSISTIDO DO PLANSÁUDE:

I - Segurados:

- Ativos (efetivos e/ou comissionados); Inativos (aposentados pelo IGEPREV); Militares ativos e inativos; Detentores de mandato eletivo; Agentes políticos; Membro do Poder



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSÁUDE

Legislativo, do Poder Judiciário, do Tribunal de Contas e do Ministério Público Estadual;
Afastados e/ou Licenciados e Pensionistas;

II - Dependentes diretos:

- Cônjuge, companheiro ou companheira.
- O filho menor de 18 anos, não-emancipado, inclusive no curso do processo de adoção;
- O filho curatelado, desde que a incapacidade tenha ocorrido durante a menoridade;
- O filho inválido solteiro, maior de 18 anos, desde que a invalidez tenha ocorrido durante a menoridade;
- O enteado menor de 18 anos;
- Menor sob tutela ou guarda judicialmente decretada.

III - Dependentes indiretos:

- O filho maior de 18 anos e menor de 21 anos;
- Os pais;
- O irmão não-emancipado menor de 18 anos;
- Irmão solteiro, inválido ou incapaz, maior de 18 anos, desde que a invalidez ou incapacidade tenha ocorrido durante a menoridade;
- O enteado maior de 18 anos e menor de 21 anos.

OBS:

Não poderá ser inscrito...

- Como dependente aquele que perceba remuneração ou subsídio em valor superior ao do titular, ainda que não seja servidor público dos Poderes do Estado, sob pena de restituição ao Plano;
- O pensionista que não se encontra inscrito como dependente do titular do Plano que veio a falecer.

QUANTO CUSTARÁ O PLANSÁUDE AO TITULAR?

- 4% - Segurado **sem** Dependentes;
- 6% - Segurado **com** Dependentes.

A menor mensalidade do Plano será 6% do menor salário do Estado.

Ex: R\$ 520,51 x 6% = 31,24

A maior mensalidade do Plano será 10 (dez) vezes o valor da menor mensalidade.

Ex: 31,24 x 10 = 312,40

Sempre que o assistido utilizar o Plano terá uma participação nas despesas; caso não utilize, pagará apenas a contribuição de (4 ou 6%) sobre o valor bruto total do subsídio ou remuneração.

A base de cálculo para o pagamento da comparticipação é o valor do subsídio ou proventos do mês da fatura.

A comparticipação trata-se de um percentual sobre o valor de cada procedimento realizado, fixada de acordo com o subsídio, conforme a seguinte tabela:

Faixa Salarial	Faixa	Teto	% Máxima Parcela	Valor Parcela
Até R\$ 1.020,00	15%	R\$ 300,00	25%	R\$ 75,00
De R\$ 1.020,01 Até R\$ 3.000,00	20%	R\$ 500,00	25%	R\$ 125,00
De R\$ 3.000,01 até R\$ 5.100,00	25%	R\$ 700,00	25%	R\$ 175,00
Acima de R\$ 5.100,00	27%	R\$ 780,00	25%	R\$ 195,00

O pagamento da comparticipação ocorrerá em parcelas mensais e iguais correspondentes a 25% dos respectivos limites (Teto).

CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES INDIRETOS



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSÁUDE

Para incluir dependente indireto, o servidor titular deverá pagar uma contribuição mensal fixada por dependente e faixa etária.

TABELA DE PREÇOS DO DEPENDENTE INDIRETO	
De 0 a 18 anos	R\$ 52,93
De 19 a 28 anos	R\$ 53,75
De 29 a 38 anos	R\$ 67,01
De 39 a 43 anos	R\$ 78,59
De 44 a 48 anos	R\$ 79,13
De 49 a 53 anos	R\$ 104,22
De 54 a 58 anos	R\$ 108,89
Igual ou acima de 59 anos	R\$ 168,67

1- A inclusão de dependente deverá ser acompanhada dos documentos comprobatórios da dependência, sob pena de indeferimento.

2- Para incluir o dependente na condição de **Menor sob Tutela ou Guarda Judicialmente Decretada**, a sentença de Guarda, ainda que provisória ou Tutela, deverá estar em nome do servidor titular.

3- O dependente DIRETO do servidor titular, ao completar 18 anos, passa à condição de dependente INDIRETO, automaticamente, por atingir a maioridade, e, portanto, a correspondente manutenção no PLANSÁUDE implica acréscimo no valor da contribuição mensal, paga por pessoa e idade.

4- O Representante legal do pensionista incapaz não é assistido do PLANSÁUDE.

5- O Pensionista **não** poderá incluir dependente no Plano.

CARÊNCIAS

Inicia-se a contagem dos prazos de carência a partir da 1ª contribuição ao PLANSÁUDE, sendo esta descontada em folha de pagamento, conforme indica o quadro abaixo:

PROCEDIMENTO	PRAZOS PARA UTILIZAÇÃO
Consultas, exames laboratoriais e radiologia simples	60 dias (após a 1ª contribuição)
Procedimentos ambulatoriais, hospitalares, na área médica	90 dias (após a 1ª contribuição)
Exames especiais ou de alta complexidade	120 dias (após a 1ª contribuição)
Procedimentos odontológicos e terapias	180 dias (após a 1ª contribuição)
Parto	270 dias (após a 1ª contribuição)
Cobertura de doenças ou lesões congênicas ou preexistentes declaradas ou não	730 dias (após a 1ª contribuição)

1- Ao recém-nascido e ao cônjuge, inscritos até 30 (trinta) dias após o nascimento e casamento, respectivamente, aplicam-se as carências do servidor titular.

Os demais dependentes obedecerão aos prazos de fruição de acordo com a tabela acima.

ADESÃO

A adesão do assistido é facultativa e efetua-se com a assinatura de termo de adesão, após o ato:



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSAÚDE**

- do exercício, para ocupante de cargo público;
- da posse, para o ocupante de cargo eletivo, no âmbito dos Poderes do Estado;
- da inclusão, para o militar do Estado; e
- da vigência do ato de concessão de aposentadoria ou pensão, para o inativo ou pensionista.

O servidor ativo, inativo e pensionista preencherá o formulário, na sede do PLANSAÚDE, nos postos descentralizados do “É PRA JÁ”, ou, ainda, encaminhará, devidamente preenchido, anexando cópias autenticadas da documentação exigida para cada tipo de dependência, via correio, para sede do PLANSAÚDE, no endereço: 104 Sul, Conj. 01, Lote 30, Centro, CEP: 77.020.022, Palmas – TO, sendo que os servidores ativos têm opção de preencher nos Setoriais de Recursos Humanos do seu órgão de lotação.

Com adesão, o titular autoriza o desconto na folha de pagamento da: contribuição, taxa de inscrição, contribuição do dependente indireto e comparticipação, ficando vinculadas as regras estabelecidas no que se dispõem as leis e normas que regem o PLANSAÚDE.

Após a adesão, o assistido ficará vinculado ao Plano por, no mínimo, 12 (doze) meses e, em havendo desligamento, sob qualquer forma, antes desse prazo, proceder-se-á verificação dos débitos e efetiva negociação ou quitação.

Independente da data colocada no requerimento de adesão, exclusão e alteração de dados no PLANSAÚDE, para efeito de cadastro e consignação na folha de pagamento, vale a data em que o documento for protocolado no PLANSAÚDE.

É cancelada a inscrição do Titular do Plano: Pelo falecimento; pela perda do *status* ou a requerimento do próprio.

EXCLUSÃO A REQUERIMENTO

A Exclusão é realizada por meio de formulário próprio, devendo ser acompanhada do cartão de identificação, e caso não esteja de posse do mesmo, deverá assinar e anexar um Termo de Responsabilidade, disponibilizado no site da Secretaria da Administração, (www.secad.to.gov.br).

A exclusão a pedido gera ao titular a obrigação de ressarcir as despesas realizadas com ele e seus dependentes, nos últimos 12 meses, compensadas as contribuições do período, devendo procurar o Setor Financeiro do PLANSAÚDE para as providências necessárias quanto às verificações dos débitos.

O cancelamento da inscrição não gera o direito de haver as importâncias pagas.

A cobertura dos benefícios do PLANSAÚDE estará disponível até o dia 07 do mês subsequente ao pagamento da última mensalidade.

Qualquer tipo de procedimento realizado, posterior à exclusão, será de inteira responsabilidade do titular, que deverá restituir integralmente os valores devidos ao PLANSAÚDE.

O débito do ex-assistido que continua com vínculo no Estado continuará incidindo em folha de pagamento até a efetiva quitação.

O débito do titular que foi excluído do Plano, quando não quitado, será inscrito na dívida ativa do Estado.

Caso o titular deseje aderir ao Plano posteriormente obedecerá aos prazos previstos no art. 32, da Lei nº 2.296/2010.



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSÁUDE

SUSPENSÃO DOS BENEFÍCIOS

Suspende a fruição dos benefícios do Plansaúde o abandono injustificado de tratamento odontológico e a falta de pagamento da contribuição mensal ou de qualquer outro débito devido ao Plansaúde, decorridos 30 dias após a data do vencimento.

SERVIÇOS OFERECIDOS, OBEDECENDO SEMPRE O PRAZO DE CARÊNCIA.

Atendimentos médicos, clínicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos ou de emergências, exames complementares e de alta complexidade, internações eletivas e emergenciais clínicas, cirúrgicas e obstétricas, além de tratamento odontológico.

SERVIÇOS MÉDICOS E CLÍNICOS COM COBERTURA PELO PLANSÁUDE, OBEDECENDO SEMPRE O PRAZO DE CARÊNCIA.

Alergologia e imunologia; anestesiologia; angiologia; cardiologia; cirurgias gastroenterológica, pediátrica, torácica, vascular periférica, cardíaca, da cabeça e pescoço, da mão e cirurgias em geral; dermatologia; endocrinologia; fisioterapia; gastroenterologia; ginecologia e obstetrícia; hematologia; nefrologia, neurologia, neurocirurgia; oftalmologia, incluindo cirurgias; oncologia; ortopedia; pediatria; otorrinolaringologia, traumatologia; pneumologia; proctologia; reumatologia; urologia; psiquiatria; fisioterapia; homeopatia, videocirurgias diagnóstica e terapêutica; cirurgias de obesidade mórbida, independente da técnica, desde que o índice da massa corporal – IMC, seja superior a 40; plástica reparadora e Terapia por ondas de choque.

EXAMES E PROCEDIMENTOS COM COBERTURA PELO PLANSÁUDE, OBEDECENDO SEMPRE O PRAZO DE CARÊNCIA.

Análise clínica, anatomopatológica e citopatológica, exceto necropsia; exame radiológico; analgesia de parto; procedimentos endoscópicos diagnósticos e terapêuticos, inclusive os realizados em vídeo; ultra-sonografia; cintilografia; densitometria óssea; ecocardiograma uni e bidimensional com doppler convencional ou colorido; eletrocardiograma, eletroencefalograma e eletromiografia; litotripsia; espirometria; fisioterapia; holter; diálise, hemodiálise e diálise peritoneal; potencial evocado; quimioterapia; radioterapia; tocardiografia, inclusive quando não realizada em trabalho de parto; tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES A SEREM OBSERVADAS:

- 1- Quando o servidor titular possuir mais de um cargo em qualquer dos Poderes do Estado, a mensalidade incidirá sobre a de maior remuneração;
- 2- Para efeito de nova inscrição, o ex-servidor que tiver seu ato de **exoneração anulado**, só será inscrito estando regular com as despesas relativas ao PLANSÁUDE, aproveitando a carência cumprida na adesão anterior, desde que acolha a cobrança dos débitos relacionados à mensalidade e participação;
- 3- O servidor que **reingressar no serviço público do Estado no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir de sua exoneração**, e que aderir ao PLANSÁUDE no prazo máximo de 30 dias após a nova investidura, aproveita a carência cumprida na adesão anterior, desde que acolha a cobrança dos débitos relacionados à mensalidade e participação, nos termos da Lei 1.784, de 03 de maio de 2007;
- 4- O servidor remanescente de outros Planos de assistência médica aproveitará carência somente para os procedimentos de consultas e exames complementares, e o direito à utilização dos benefícios do PLANSÁUDE se dará a partir do pagamento da primeira mensalidade, sendo de responsabilidade do assistido a administração dos prazos de exclusão



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSAÚDE

do Plano de origem e inclusão no PLANSAÚDE, a fim de que não fique sem cobertura ou promova pagamento em duplicidade;

5- O servidor público licenciado ou afastado que aderir ao PLANSAÚDE, sendo a licença ou afastamento **com ônus para o Estado**, terá sua contribuição e a do Estado recolhida na mesma forma do servidor em exercício;

6- No caso de licença ou afastamento **sem ônus para o Estado**, o servidor público pagará a sua contribuição normal mais a contribuição do Estado, bem como a participação e taxa de dependente indireto, se for o caso, devendo ser recolhidas diretamente ao Fundo de Assistência à Saúde - FUNSAÚDE, até o dia 15 (quinze) de cada mês;

7- Para o servidor público à disposição da União, do Distrito Federal ou de outro Estado ou Município, **sem ônus para o Estado**, o recolhimento da contribuição será feito da mesma forma do item anterior;

8- Para o servidor **afastado por auxílio-doença - INSS**, a sua contribuição se restringe ao percentual devido pelo servidor, devendo manter as mensalidades em dia;

9- Nos casos de **afastamentos sem ônus para o Estado e por auxílio-doença - INSS**, o servidor titular deverá ser orientado pelo Setor Financeiro, na sede do PLANSAÚDE ou por meio dos telefones (63) 3218-4242, 3218-7325, 3218-7326, 3218-1593 e fax (63) 3218-7225, visando à realização do pagamento avulso.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES:

1-As internações deverão ser autorizadas previamente pelo PLANSAÚDE/UNIMED, através da apresentação da solicitação de internação feita pelo médico;

2- Em casos de urgência e emergência será permitida a internação sem a prévia autorização do PLANSAÚDE/UNIMED, devendo ser a mesma providenciada no prazo de 48 horas;

3- O assistido do PLANSAÚDE tem direito à internação em **acomodação coletiva, ou seja, em enfermaria**;

4- Quando por opção do assistido ocorrer a internação em acomodação superior àquela estipulada na Lei 2.296, de 12 de março de 2010, e suas alterações, as diferenças de preços das diárias e honorários médicos serão de sua inteira responsabilidade, devendo ser pagas diretamente ao hospital e médico, respectivamente;

5- Cabe ao assistido a escolha do profissional, clínica, laboratório ou hospital dentre aqueles credenciados pela Operadora do PLANSAÚDE;

6- **Em hipótese alguma haverá reembolso de qualquer quantia que o titular venha a pagar diretamente ao prestador de serviço, filiado ou não.**

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

1- Para o **servidor ativo**, o cartão de identificação estará disponível no Posto de Atendimento do PLANSAÚDE/UNIMED, na sua regional de lotação, após ter cumprido o prazo da carência exigida para utilização dos benefícios.

2-Para o **servidor aposentado e pensionista**, o cartão de identificação será encaminhado via correio para o endereço constante no cadastro do PLANSAÚDE, após ter cumprido o prazo da carência exigido para utilização dos benefícios.

ATENDIMENTOS ELETIVOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

1- São considerados atendimentos eletivos os procedimentos de rotina e agendados previamente, com hora e local predeterminado, obedecendo à carência contratual para realização do procedimento.



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSÁUDE**

2- São considerados atendimentos de urgência os procedimentos que não podem esperar o agendamento prévio, mas que não existe o risco iminente à vida, não exigindo carência contratual e área de abrangência.

3- São considerados atendimentos de emergência os procedimentos que, além de não poderem esperar o agendamento prévio, existe o risco iminente à vida, não exigindo carência contratual e área de abrangência.

4- Somente, em caso de urgência ou emergência, os assistidos serão atendidos em qualquer lugar do País, obedecendo aos critérios legalmente exigidos pela auditoria médica da Operadora do Plano.

CONSULTAS FORA DO ESTADO DE TOCANTINS/INTERCÂMBIO:

São atendimentos realizados em Rede Credenciada UNIMED, nos Estados de Goiás ou Maranhão.

O Assistido deverá procurar clínicas, hospitais e laboratórios da rede credenciada UNIMED da cidade em que pretende realizar o atendimento, apresentando o cartão magnético e documento de identificação.

REMOÇÃO AÉREA/ TERRESTRE:

São remoções feitas em aeronaves/veículos equipados e profissionais especializados (UTI AÉREA/MÓVEL).

As remoções ocorrem somente em casos de internações, onde o assistido necessite de tratamento que não exista no local onde ele se encontra.

A solicitação da remoção deverá ser encaminhada à CENTRAL DE ATENDIMENTO DO PLANSÁUDE, em forma de relatório médico que justifique a necessidade da mesma, bem como a localidade para onde se pretende remover o paciente.

Caberá à AUDITORIA MÉDICA DO PLANSÁUDE analisar a solicitação médica de remoção, autorizando ou negando a remoção.

PROCEDIMENTOS DE FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, NUTRIÇÃO E PSICOLOGIA

Para estes serviços, são necessários os encaminhamentos médicos que justifiquem a necessidade do tratamento. Tais encaminhamentos são analisados pela Auditoria Médica do PLANSÁUDE, autorizando, ou não, o serviço.

LIGADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA:

Procedimento para esterilização cirúrgica voluntária feminina e masculina respectivamente, ambos seguem as diretrizes da Lei Federal 9263/96, que trata do planejamento familiar.

TRANSPLANTES AUTÓLOGOS DE MEDULA ÓSSEA:

Trata-se da retirada de parte da medula óssea do próprio paciente para tratamento de leucemia, associado às altas doses de quimioterapia.

INSERÇÃO DE D.I.U.:

Trata-se de procedimento ambulatorial com inserção de dispositivo intrauterino para anticoncepção. Não há cobertura para o tratamento hormonal, portanto, o PLANSÁUDE fornece apenas o dispositivo intrauterino de cobre. A beneficiária deverá encaminhar-se à Central de Atendimento do PLANSÁUDE, com a solicitação médica a ser analisada pela auditoria médica. O material (D.I.U.) será cotado e fornecido pela Operadora (UNIMED).

CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA:

Patologia considerada eletiva e pré-existente, portanto, obrigatório o cumprimento de carência. O principal critério para realização deste procedimento cirúrgico é o assistido



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSAÚDE

possuir o ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) superior a 40. O processo deverá ser montado pelo assistido, com orientação do médico solicitante, de acordo com as normativas (laudos de profissionais especialistas). O processo deverá ser encaminhado à Central de atendimento do PLANSAÚDE, para análise da auditoria médica.

CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA:

Não haverá cobertura quando se tratar de ESTÉTICA. Portanto, restringe-se à: decorrente de acidente em serviço, reconstrutiva de mama no tratamento de mutilação decorrente de doença cancerígena, deformidade resultante de queimadura, dermolipectomia abdominal decorrente de cirurgia de obesidade mórbida, observada a indicação médica (abdômen em avental), não sendo coberto para cirurgia de obesidade mórbida realizada anterior à adesão ao PLANSAÚDE. O assistido deverá encaminhar a solicitação médica à Central de Atendimento do PLANSAÚDE, para análise da auditoria médica.

CIRURGIA DE MIOPIA:

Patologia considerada eletiva e pré-existente, portanto, obrigatório o cumprimento de carência. Restringe-se a assistidos que possuem desvio igual ou superior a sete graus. O assistido deverá encaminhar a solicitação médica à Central de Atendimento do PLANSAÚDE, para análise da auditoria médica.

POSTOS DE ATENDIMENTO DO PLANSAÚDE:

Existem 15 postos de atendimento do PLANSAÚDE nas cidades de: Palmas, Araguaína, Gurupi, Alvorada, Araguatins, Colinas, Dianópolis, Formoso do Araguaia, Guaraí, Miracema, Paraíso, Pedro Afonso, Porto Nacional e Tocantinópolis.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Nas cidades de Palmas, Araguaína, Gurupi, Paraíso e Porto Nacional - Das 08h às 18h. Nas demais cidades: das 08h às 12h / das 13h15min às 18h.

SIMPLES REGRAS AUXILIAM O ASSISTIDO UTILIZAR BEM O PLANO DE SAÚDE

Alguns assistidos encontram dificuldades em utilizar seu Plano de Saúde. Para que você esteja sempre satisfeito, siga alguns critérios importantes:

Dê preferência para marcar a consulta com antecedência para optar pela data mais conveniente;

Evite ir a vários médicos pelo mesmo motivo. Escolha aquele que é de sua confiança. Só procure outro profissional se for indicado pelo seu médico.

Não é indicado pedir a seu médico a realização de exames. Se for realmente necessário, ele mesmo irá solicitar, até porque você pagará uma participação por cada procedimento realizado.

Caso não possa comparecer na consulta, comunique com pelo menos 24 horas de antecedência. Com isso, você estará disponibilizando a vaga a um outro paciente.

Todo assistido do PLANSAÚDE tem o retorno garantido no prazo de 15 dias. Nesse período, o retorno não será contado como consulta, mas marque o retorno logo após sair da consulta.

As unidades do Pronto Atendimento atendem apenas urgências e emergências. É mais vantajoso ser atendido pelo médico especialista no consultório. O acúmulo de casos não apropriados ao **Pronto Atendimento** cria filas de espera e dificulta o atendimento.

Guarde e apresente ao médico os últimos exames que fez. Isso ajuda o médico a identificar mais rápido seu problema e evita que você tenha que se submeter aos mesmos exames várias vezes.

Ao chegar para ser consultado, apresente o cartão do PLANSAÚDE e a Carteira de Identidade. Essa atitude colabora para a eliminação de fraudes e morosidade no atendimento.



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSAÚDE

Nunca empreste seu cartão do PLANSAÚDE à outra pessoa. O cartão é pessoal e intransferível. O assistido pode sofrer penas que vão desde a suspensão do atendimento até a exclusão do contrato.

No caso da perda do cartão do assistido, procure o Posto de Atendimento do PLANSAÚDE, localizado nos 14 municípios do Estado para registrar o ocorrido, evitando que um desconhecido utilize seu benefício.