

MANUAL DOS BENEFÍCIOS EM SAÚDE
PLENAVENTURA INVESTIMENTOS



SUMÁRIO

1. Introdução	Página 2
2. Conceito do Modelo de Saúde PLENAVENTURA	Página 3
3. Benefícios Oferecidos	Página 3
4. Critérios de Elegibilidade	Página 3
5. Política de Custeio dos Benefícios	Página 6
6. Plano de Assistência Médica	Página 8
7. Plano de Assistência Odontológica	Página 10
8. Programa de Benefícios Medicamentos (PBM)	Página 10
9. Modelo de Atendimento dos Benefícios	Página 11
10. Conceito de Gestão por Orçamento	Página 13
11. Gestão de Saúde Inteligente	Página 14

1. INTRODUÇÃO

Prezado colaborador(a),

O Grupo Plenaventura Investimentos, incluindo as empresas Braslift, Novaflota e Piemonte, inova mais uma vez e oferece aos seus colaboradores um modelo de saúde eficaz, prático e moderno, proporcionando bem-estar e qualidade de vida.

Este modelo de saúde é o resultado de um trabalho que oferece uma política de saúde eficiente e que garante acesso aos melhores serviços de saúde de maneira inteligente e duradoura.

O cuidado com a saúde das pessoas é fundamental para nós e estamos trabalhando para sermos referência no cuidado com as pessoas, e um conceito de saúde com uma visão integral no cuidado das pessoas está no centro deste novo modelo. Você e sua família são cuidados de maneira integral, com benefícios mais abrangentes e integrados, proporcionando um cuidado mais completo e eficaz na busca da melhor condição de saúde.

Este modelo de gestão dos benefícios em saúde pertence a todos nós e o mais importante é que as pessoas estão no centro das nossas ações. O Grupo PLENAVENTURA sempre se associará a operadoras de saúde parceiras de alta qualidade para lhe oferecer o melhor sistema de benefícios em saúde do País.

Seja bem-vindo ao novo Sistema de Saúde do Grupo PLENAVENTURA!

2. CONCEITO DO SISTEMA DE SAÚDE PLENVENTURA

O sistema de saúde PLENVENTURA tem como principal objetivo **melhorar a saúde e a qualidade de vida de seus funcionários e dependentes**. Neste sentido, é fundamental que nossos benefícios estejam alinhados com este objetivo.

Este sistema de saúde está fundamentado no conceito de **Promoção de Saúde**, que vai além da prevenção das doenças. Neste modelo, todas as suas diretrizes são para favorecer a atenção primária em saúde, valorizar a relação profissional/paciente e principalmente **investir em educação para a saúde**. Sem investimento em educação para a saúde, não conseguiremos melhorar a qualidade de vida das pessoas.

É importante lembrar que ter um modelo de promoção de saúde não significa negligenciar a importância do tratamento e controle das doenças existentes, muito pelo contrário. As pessoas terão acesso a toda a tecnologia e conhecimento científico disponível na medicina para o tratamento das doenças.

O modelo é simples. **Nosso foco é na sua saúde e não na doença**. Se você ficar doente, vamos disponibilizar os melhores recursos para que seu tratamento seja o mais rápido e eficiente possível. Em seguida voltaremos a focar na sua saúde, para que os períodos sem doença sejam cada vez mais longos e duradouros.

Este conceito também nos ajuda a construir um sistema de saúde economicamente viável e sustentável ao longo dos anos. A viabilidade financeira dos sistemas de saúde é um desafio que depende da conscientização de todos, empresa e usuários.

3. QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

Coerente com a visão integral de saúde, o conjunto dos benefícios disponibilizados pela empresa será completo, incluindo os planos de **assistência médica, odontológica e um programa de benefício medicamentos (PBM)**. Cada benefício terá sua regra de utilização e política de custeio específica.

4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Esta política é aplicável a todos os colaboradores com vínculo empregatício com o Grupo PLENVENTURA em regime CLT e prestadores de serviço, bem como seus dependentes legais, **cônjuges, filhos, enteados e tutelados**, sempre de acordo com as regras específicas de cada operadora parceira.

Os benefícios de assistência médica e de medicamentos serão oferecidos a todos os funcionários do Grupo PLENVENTURA, após o término do período de experiência, de **modo compulsório** e com o **pagamento integral da mensalidade por parte da empresa**.

O plano odontológico será facultativo, com o pagamento do valor integral da mensalidade por parte do funcionário através de desconto em folha de pagamento.

Os beneficiários titulares poderão incluir seus dependentes em qualquer dos benefícios e de modo facultativo, mas **sempre na mesma opção de plano do titular**, conforme detalhado a seguir.

Inclusão e exclusão de dependentes

Os benefícios de assistência médica, odontológica e medicamentos permitem a inclusão de dependentes, de acordo com a regra de subsídio e pagamento de cada benefício, que serão descontadas na folha de pagamento do colaborador.

Inclusão

As inclusões de dependentes nos benefícios ocorrerão mediante **comprovação de vínculo** por documentos públicos (certidão de casamento, escritura pública de união estável, certidão de nascimento e documento comprobatório oficial de guarda/tutela) e devem ser realizadas na área de Administração de Pessoal **até o dia 15 de cada mês**, para utilização do plano a partir do dia 1º do mês seguinte.

Poderão ser incluídos somente os **dependentes legais diretos**, ou seja, cônjuge e filhos, enteados e tutelados, sendo estes solteiros com idade até 23 anos e 11 meses de idade. Dependentes incluídos no plano de assistência médica nas regras da política anterior, mesmo que não estejam contemplados nesta, serão mantidos. Havendo exclusão desses dependentes, uma nova inclusão deverá seguir as regras desta nova política.

a) Critérios

- Adesão **sem carência**: a solicitação deve ser feita somente no mês de aniversário do contrato, que é julho, sempre até o dia 15/07 de cada ano, para os colaboradores que desejarem incluir os dependentes elegíveis ao plano durante o período de implantação.
- Adesão **com carência**: todas as solicitações feitas após o dia 15/07 ou após 30 dias da admissão terão a incidência de carência contratual.

b) Procedimentos

Para incluir dependentes, é necessário:

- Entregar cópia dos seguintes documentos:
 - Filhos – Certidão de Nascimento, RG e CPF.
 - Menores sob guarda e filhos adotivos ou tutelados – documento comprobatório oficial de guarda/tutela, Certidão de Nascimento, RG e CPF.
 - Cônjugue – Certidão de Casamento ou Certidão Pública de União Estável, RG e CPF.
- Seguir o prazo de **até 30 dias** após o casamento ou nascimento de filhos ou decisão judicial, contados da data registrada nas certidões de nascimento ou casamento ou documento comprobatório oficial de guarda/tutela.
- Preencher o formulário FO-008 UNIMED INCLUSÃO E ALTERAÇÃO, disponível no portal plena&ventura.viasaudegi.com.br.
- Enviar para a área de Administração de Pessoal o formulário FO-008 assinado e a cópia dos documentos solicitados, seguindo o prazo definido.

Exclusão

a) Critérios

A exclusão de dependentes do plano poderá ser realizada a qualquer momento, com possibilidade de nova inclusão sem carência no período de 30 dias, respeitando o período de movimentação da Instituição. Passado esse período, uma nova requisição de inclusão só poderá ser feita mediante o cumprimento de carência.

b) Procedimentos

- Preencher o formulário específico, FO-009 UNIMED EXCLUSÃO, disponível no portal plena&ventura.viasaudegi.com.br.
- Enviar para a área de Administração de Pessoal o formulário FO-009 assinado.

Cancelamento do benefício em virtude de desligamento

Em caso de desligamento por iniciativa da Instituição, é possível dar continuidade somente ao benefício odontológico conforme procedimento estipulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), na Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, Capítulo II, Seção I, Subseção I:

"Art. 4º: É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa...o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições da cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

Parágrafo único: O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos...com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses..."

Os dependentes do colaborador também terão direito a dar continuidade no plano odontológico se o motivo do desligamento atender à Resolução Normativa 279, conforme mencionada acima, seguindo as condições estipuladas na tabela de inativos informada no ato do desligamento do colaborador.

Após a rescisão, em um prazo máximo de 30 dias corridos, o ex-colaborador deve assinar formulário manifestando interesse ou não em dar continuidade ao plano de assistência odontológica.

Como o **plano médico não é contributário**, ou seja, a empresa custeia integralmente a mensalidade do benefício, os funcionários aposentados ou desligados sem justa causa não terão direito a continuidade. Vale lembrar que o desconto das coparticipações não torna o benefício contributário.

5. POLÍTICA DE CUSTEIO DOS BENEFÍCIOS

Benefício de Assistência Médica

O Grupo PLENAVENTURA **custeará integralmente** o valor das mensalidades do benefício de assistência médica para **todos os seus funcionários**, que participarão apenas do pagamento das mensalidades para o plano médico de seus dependentes.

Os funcionários deverão pagar também o valor das coparticipações em consultas, exames e procedimentos de acordo com as regras específicas do sistema de saúde PLENAVENTURA.

Além de custear integralmente o plano dos funcionários, o Grupo PLENAVENTURA irá contribuir com o pagamento parcial do benefício de assistência médica dos dependentes diretos. A contribuição será crescente de acordo com o tempo de casa do colaborador, **quanto mais tempo na empresa menos você pagará para garantir os benefícios de seus dependentes**.

Como o funcionário deverá custear parte do plano de seus dependentes diretos, a **inclusão é facultativa e deve ser solicitada junto à área de gestão de pessoas**, sempre de acordo com as regras específicas descritas no item 4.

IMPORTANTE: A partir de 01/07/2020, todos os descontos da mensalidade dos dependentes serão de acordo com as novas regras de subsídio descritas na Tabela 1 deste Manual.

Benefício de Assistência Odontológica

Coerente com a proposta de saúde e com a visão integral das pessoas, a PLENAVENTURA também disponibilizará o plano de assistência odontológica para os seus funcionários e dependentes, **porém com o pagamento integral do benefício pelo funcionário**. Não haverá neste momento o pagamento da mensalidade do plano odontológico pela empresa.

No plano odontológico não haverá o pagamento de coparticipação.

Programa de Benefício Medicamentos

O direito ao Programa de Benefício Medicamentos, que facilita o acesso e gestão dos medicamentos, será **custeado integralmente para titulares e seus dependentes diretos**. O Grupo PLENAVENTURA disponibilizará o benefício para compra de medicamentos através de uma operadora de plano de medicamentos que possui ampla rede de farmácias conveniadas. O benefício facilita a compra, mas os **beneficiários irão pagar integralmente pelos remédios comprados**, via desconto em folha de pagamento, com **limite máximo de R\$ 200,00 mensais por titular**.

Política de Subsídio das Mensalidades dos Dependentes

O percentual de contribuição do Grupo PLENAVENTURA para os **benefícios dos dependentes** será conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 1: Tabela de subsídio da mensalidade dos dependentes

TEMPO/BENEFÍCIO	MÉDICO	ODONTOLÓGICO	PBM
de 3 a 11 meses	20%	0%	100%
de 01 ano a 02 anos e 11 meses	30%	0%	100%
de 03 anos a 04 anos e 11 meses	40%	0%	100%
de 05 anos a 06 anos e 11 meses	50%	0%	100%
de 07 anos a 09 anos e 11 meses	60%	0%	100%
Acima de 10 anos	70%	0%	100%

IMPORTANTE: O subsídio da empresa descrito acima é **válido apenas** para os dependentes incluídos nos benefícios no **momento da inclusão do titular** ou após **de 12 meses de contribuição integral do benefício**.

OBS: O Plano Odontológico não terá subsídio da mensalidade para funcionários e dependentes.

Política para Funcionários Afastados

Em caso de afastamento do funcionário por qualquer motivo, o funcionário afastado deverá contribuir com a sua parte no pagamento das mensalidades dos planos médico e odontológico do titular e seus dependentes, incluindo os valores de coparticipação, quando houver. Os pagamentos deverão ser realizados por depósito bancário na conta corrente da empresa. Os dados bancários para a realização dos depósitos deverão ser fornecidos pela equipe de RH de cada empresa. Atrasos após 3(três) mensalidades poderá ensejar o cancelamento do benefício.

6. CONHEÇA O BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

A operadora médica será a **Unimed Curitiba**, com os Planos Flex e Amigo, e o benefício de assistência médica disponibilizado pela empresa, terá as seguintes características:

- **Acomodação em apartamento ou enfermaria**
- **Coparticipação para consultas, exames e procedimentos**
- **Abrangência nacional ou regional**
- **Atendimento exclusivamente em rede credenciada**
- **Cobertura para obstetrícia**

a) Acomodação:

A acomodação em **apartamento** será disponível para diretores e gerentes. O plano base do benefício médico para coordenadores e funcionários sem chefia é com acomodação em **enfermaria**. A possibilidade de **upgrade** para acomodação em **apartamento** será possível **somente no mês de aniversário do contrato (julho)**, desde que o funcionário pague a diferença dos valores.

A acomodação **será a mesma** para todo o grupo familiar, titulares e dependentes.

b) Coparticipação:

Conceito fundamental na estratégia de gestão da maioria dos sistemas de saúde pelo mundo, a **coparticipação básica é de 30%** e será aplicada em consultas, exames e procedimentos. Os percentuais serão variáveis de acordo com critérios de utilização, sempre valorizando os conceitos e premissas do modelo de saúde. A PLENAVENTURA irá lhe ajudar a custear a coparticipação.

A política de coparticipação é estratégica e será aplicada em todos os planos de assistência médica, mas poderá variar de acordo com as suas regras específicas, que serão detalhadas no item 9.

O valor máximo de coparticipação para exames e procedimentos é de **R\$90,00**, por evento, no plano regional (Flex) e de **R\$120,00** no plano nacional (Amigo). Os valores são reajustados anualmente.

c) Abrangência

O plano médico terá abrangência **nacional** para Diretores, Gerentes e funcionários que residam ou trabalhem permanentemente fora de Curitiba. Para os demais funcionários a abrangência de cobertura do benefício médico será **regional**. Casos especiais poderão ser avaliados de acordo com a atividade, mas sempre com a definição da área de Gestão de Pessoas.

IMPORTANTE: As migrações de planos com abrangência regional para nacional serão realizadas apenas por necessidade de função e aprovadas pela equipe de RH das empresas, seguindo critérios estabelecidos para a concessão do benefício.

OBS: Os atendimentos necessários em casos comprovados de urgência e emergência tem abrangência de cobertura nacional.

d) Atendimento em Rede Credenciada

O benefício médico tem atendimento exclusivo em rede credenciada, não havendo a previsão de reembolso em caso de atendimento em serviços não pertencentes à rede credenciada da operadora parceira contratada.

e) Cobertura para Obstetrícia

O benefício médico base sempre terá cobertura de obstetrícia (parto) para beneficiárias titulares e dependentes.

f) Valores

Os valores dos planos da **Unimed Curitiba** são fixos por beneficiário independente da faixa etária. Estes valores são reajustados anualmente, sempre em julho, mês de aniversário do contrato.

Planos com abrangência Regional

Plano Flex Enfermaria: R\$ 186,56

Plano Flex Apartamento: R\$ 226,31

Planos com abrangência Nacional

Plano Amigo Enfermaria: R\$ 232,14

Plano Amigo Apartamento: R\$ 306,34

7. CONHEÇA SEU BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A **cobertura odontológica** é fundamental para o cuidado integral das pessoas e por isso faz parte da grade dos benefícios em saúde. A comprovada relação entre algumas doenças importantes como diabetes e hipertensão com a doença periodontal (inflamação da gengiva), faz do benefício odontológico parte importante no modelo de Promoção de Saúde.

A operadora escolhida é a **OdontoPrev**, empresa líder no segmento odontológico, e o plano definido é o **Integral Lard**, com a cobertura do Rol da ANS ampliada. A descrição completa da cobertura do plano está disponível no portal plenaventura.viasaudegi.com.br.

No plano odontológico não haverá coparticipação nos procedimentos.

O valor do plano Integral Lard é de **R\$ 14,57** por beneficiário, independente da faixa etária.

8. CONHEÇA SEU PROGRAMA DE BENEFÍCIO MEDICAMENTOS (PBM)

Outro benefício importante é o **Programa de Benefício Medicamentos (PBM)**. O acesso ao remédio para o correto tratamento das doenças é fundamental para a saúde das pessoas e também para a gestão do sistema. As PBM's são empresas especializadas na gestão de medicamentos, sendo mais completas do que convênios farmácia.

Além de oferecer **descontos de 20%*** na compra dos remédios presentes em sua listagem de medicamentos, a PBM é importante aliada na gestão dos cuidados médicos assistenciais e no tratamento das doenças.

Todos os funcionários terão um **crédito de R\$ 200,00** (duzentos reais), exclusivo para a compra de medicamentos, que serão descontados em folha de pagamento. Após esgotado o crédito para desconto em folha, os remédios deverão ser pagos diretamente na farmácia.

A PBM escolhida pela PLENAVENTURA é a **Vidalink**, uma das maiores empresas na gestão de medicamentos no mundo. O plano é o **Vidalink Fácil**, que oferece uma ampla lista de medicamentos com descontos. É importante saber que o programa é **exclusivo para a compra de remédios**, não sendo possível comprar cosméticos, perfumarias ou outros itens vendidos em farmácias.

O cartão de identificação da **Vidalink** estará disponível à todos os beneficiários, titulares e dependentes diretos, no App **VIC** da Via Saúde. Informações sobre o aplicativo poderão ser obtidas no portal plenaventura.viasaudegi.com.br.

* Os descontos dependem da política de preços de cada farmácia, podendo variar entre as farmácias.

9. FUNDAMENTOS DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Importância do Acesso ao Sistema

Um dos grandes problemas dos sistemas de saúde é a falta de organização no acesso ao mesmo. As pessoas buscam atendimento de acordo com percepções próprias de necessidade, resultando em várias consultas com diferentes especialistas na busca de um diagnóstico. A cada consulta nova bateria de exames, consumindo recursos do sistema sem gerar resultado em saúde.

A rede credenciada de uma operadora de saúde pode oferecer uma quantidade de prestadores ampla demais para fazermos as nossas escolhas. Como buscar os melhores profissionais para cada necessidade de tratamento? Qual a melhor maneira de utilizar os serviços que estão a minha disposição?

Responder de maneira correta a estas perguntas é o melhor começo para termos um sistema de saúde eficiente.

O acesso ao Sistema de Saúde PLENAVENTURA **será hierarquizado**, onde cada beneficiário deverá ter um médico generalista, um **clínico geral** escolhido por ele entre as opções da rede credenciada da operadora, para ser o seu médico de referência. É a este médico que você irá recorrer sempre que precisar.

Além do seu clínico geral, de acordo com a necessidade de cada beneficiário recomendamos escolher também ter uma referência médica nas especialidades de **ginecologia, endocrinologia e cardiologia**. Ao escolher os seus médicos de referência, isto fará bem à sua saúde e ao seu bolso.

A hierarquização de atendimento **não significa restrição de acesso**, muito pelo contrário. Existe uma organização dos atendimentos e principalmente um maior cuidado com as pessoas.

Política de Coparticipação

O sistema de saúde PLENAVENTURA prevê a cobrança de coparticipação exclusivamente para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais. A **coparticipação é estratégica** e serve como fator de incentivo para o engajamento ao modelo de saúde.

O percentual definido como base para a coparticipação é de **30%** do valor dos procedimentos elegíveis. Porém, de acordo com a utilização de cada beneficiário, a coparticipação **poderá variar para menos ou para mais**.

Visando estimular a adesão dos beneficiários ao modelo de promoção de saúde e favorecer a relação profissional/paciente, a PLENVENTURA poderá subsidiar parte do valor da coparticipação em consultas dentro dos seguintes critérios:

- Caso o beneficiário determine o seu médico referência, a PLENVENTURA pagará 50% do valor da coparticipação (ou seja, 15%) em todas as consultas realizadas nas quatro especialidades definidas, clínica geral, ginecologia, cardiologia e endocrinologia.
- Para todas as consultas realizadas em especialidades não definidas como médicos de referência, como dermatologia ou oftalmologia por exemplo, terão o subsídio da coparticipação dentro dos limites de consultas definidos no quadro a seguir.
- Após a nona consulta em um período de 12 meses, o beneficiário pagará 50% de coparticipação. Confira na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2: Política de coparticipação

PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO		
CONSULTAS/ANO	PLENAVENTURA	BENEFICIÁRIO
de 1 a 4 consultas	15%	15%
de 5 a 8 consultas	0%	30%
acima de 9 consultas	0%	50%

- Para efeito da política de subsídio de coparticipação contam todas as consultas realizadas, independente da especialidade, sendo médicos de referência ou não, dentro dos limites de consultas definidos acima.
- A PLENVENTURA subsidiará 50% do valor da coparticipação das consultas desde que realizadas nos médicos definidos e cadastrados no App **VIC**.
- É importante lembrar que a contagem das consultas é individual, por cada beneficiário, seja titular ou dependente, e não por titular ou família.

Política de Franquias

O sistema de saúde terá uma rede preferencial para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos. A rede preferencial tem critérios de qualidade e resolutividade médica, visando orientar as pessoas dos serviços que são referência na execução de determinados procedimentos e será estabelecida de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado e as especialidades médicas.

Dependendo do procedimento, poderá haver a **avaliação médica complementar** além da autorização prévia da operadora para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos.

Os procedimentos de **cirurgia bariátrica** obedecerão a um protocolo clínico, onde os pacientes sempre serão avaliados previamente. Haverá a **franquia de R\$ 500,00** para os beneficiários **que não seguirem** o protocolo clínico definido pela equipe médica de referência.

O modelo de gestão inclui um programa específico para acompanhamento das gestantes onde os procedimentos de **parto** deverão ser realizados preferencialmente no **Hospital N. S das Graças ou na Maternidade Santa Brígida**. Caso a gestante faça a opção de realizar o parto em outro Hospital pagará **franquia de R\$400,00**, por parto. Participando do programa as gestantes ainda poderão ter acesso a uma equipe de obstetras referenciados que não realizam a cobrança de qualquer taxa extra na realização do parto.

Os valores eventualmente cobrados como franquia para os procedimentos eletivos serão descontados em folha de pagamento.

IMPORTANTE: NÃO será cobrada franquia para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados na **rede preferencial**, bem como para **qualquer procedimento cirúrgico de urgência ou emergência**.

10. CONCEITO DE GESTÃO POR ORÇAMENTO

Os custos em saúde são crescentes e sempre aumentam acima da inflação média de mercado e acima dos reajustes dos salários das pessoas. Para que possamos equilibrar esta conta e manter os preços dos planos médicos em patamares compatíveis com o poder de compra das pessoas e da empresa, é que foi implantado o Modelo de Saúde da PLENAVENTURA.

Com o Modelo de Saúde PLENAVENTURA, ampliamos a política de subsídios e oferecemos benefícios financeiramente mais atrativos, com preços mais barato facilitando a inclusão de funcionários e dependentes.

Entretanto, para que esta política seja viável ao longo dos anos, é importante a conscientização de que os recursos são finitos e compartilhados por todos. A gestão destes recursos passa a ser mais importante do que nunca, onde deveremos utilizar com consciência, priorizando em que mais precisa e reduzindo ao máximo o desperdício. Os benefícios do Modelo de Saúde da PLENAVENTURA dever ser utilizados por todos, sempre que precisar, mas de forma organizada e consciente. É isso que faremos.

Um conceito de orçamento foi implantado para que todos possam utilizar os recursos disponíveis de modo racional, sem prejuízo ao tratamento das pessoas. Para isso, foram definidas algumas regras que precisam ser seguidas:

- Teremos hospitais e equipes de referência para alguns procedimentos nas principais capitais do País. Consulte sempre antes de marcar algum procedimento cirúrgico;

-
- Procedimentos como partos, cirurgias bariátricas e tratamentos oncológicos, por exemplo, possuem centros de referência definidos, em conjunto com a equipe médica da PLENAVENTURA, para os quais os beneficiários serão indicados, sempre que possível;
 - As cirurgias eletivas devem ser informadas previamente ao departamento médico da PLENAVENTURA ou a área técnica da Via Saúde;
 - Estes procedimentos serão avaliados e programados de acordo com critérios técnicos e de orçamento.

Além disso, você terá acesso a um consistente programa de educação em saúde para ajudar as pessoas a ter uma vida mais saudável.

11. GESTÃO DE SAÚDE INTELIGENTE

Para que o sistema de saúde PLENAVENTURA possa existir, é preciso o apoio de uma complexa plataforma com sistemas integrados específicos especialmente desenvolvidos para a gestão em saúde.

A **Via Saúde** fará toda a gestão do sistema de saúde e disponibilizará suas plataformas tecnológicas para o acesso de todos os beneficiários.

A comunicação da política dos benefícios, o modelo de saúde entre outras informações importantes para você e sua família estarão disponíveis no portal exclusivo plenaventura.viasaudegi.com.br. O relacionamento com os beneficiários, os programas de educação para a saúde serão realizados pelo App **VIC** e pelo blog.viasaudegi.com.br especializado em informações em saúde.

Além destes serviços, os beneficiários terão acesso ao cartão de identificação do Programa de Benefício Medicamento exclusivamente no App **VIC**.

Agora você faz parte do mais completo sistema de saúde corporativo do país.

Participe, tenha mais saúde, melhor qualidade de vida e conte com a gente sempre que precisar.