



INTELIGÊNCIA EM SAÚDE CORPORATIVA

SISTEMA DE SAÚDE
MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Festval



POLÍTICA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE MANUAL DO BENEFICIÁRIO

SUMÁRIO

1. Introdução	Página 2
2. Conceito do Sistema de Saúde Festval	Página 3
3. Benefícios Oferecidos	Página 3
4. Política de Custeio dos Benefícios	Página 4
5. Regras de Transição da política de benefícios	Página 6
6. Critérios de Elegibilidade	Página 7
7. Plano de Assistência Médica	Página 10
8. Plano de Assistência Odontológica	Página 12
9. Programa de Benefícios Medicamentos (PBM)	Página 13
10. Modelo de Atendimento dos Benefícios	Página 14
11. Conceito de Gestão por Orçamento	Página 17
12. Gestão de Saúde Inteligente	Página 19

1. INTRODUÇÃO

Prezado(a) colaborador(a),

O Festval inova mais uma vez e está oferecendo aos seus colaboradores um modelo de saúde eficaz, prático e moderno, proporcionando bem-estar e melhor qualidade de vida.

Este é o resultado de um trabalho que busca oferecer uma política de saúde eficiente e que garanta acesso aos melhores serviços de saúde de maneira inteligente e duradoura.

O cuidado com a saúde das pessoas é fundamental para nós, e estamos dando um passo importante para sermos referência no cuidado com as pessoas. Um conceito de saúde com uma visão integral no cuidado das pessoas está no centro deste modelo. Você e sua família serão 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 e o mais importante é que as pessoas estão no centro das nossas ações. O Festval sempre se associará a operadoras de saúde parceiras de alta qualidade para lhe oferecer o melhor sistema de benefícios em saúde.

Seja bem-vindo(a) ao **Sistema de Saúde Festval!**

A Diretoria.

2. CONCEITO DO SISTEMA DE SAÚDE FESTVAL

O Sistema de Saúde Festval tem como principal objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida de seus colaboradores 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 manutenção de 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 do **Sistema de Saúde Festval** é um desafio que depende da conscientização de todos, empresa e beneficiários. Por esta razão, contamos ainda com um modelo de gestão por orçamento, garantindo a capacidade de pagamento das pessoas e da empresa de maneira consistente e duradoura.

3. QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

Coerente com a visão integral no cuidado das pessoas, o Sistema de Saúde Festval é completo, com isso, os benefícios disponibilizados pela empresa incluem além dos planos de assistência **médica, odontológica** e um programa de **benefício medicamentos (PBM)**.

Cada benefício tem sua regra de utilização e política de custeio específica.

4. POLÍTICA DE CUSTEIO DOS BENEFÍCIOS

Benefício de Assistência Médica

Visando favorecer ao máximo a inclusão das pessoas no Sistema de Saúde, o Festval contratará planos das operadoras de saúde com os preços subsidiados, com isso, os valores pagos pelos colaboradores não refletem, necessariamente, o custo real do benefício. Entretanto, para garantir a viabilidade do benefício, o Festval irá aportar parte do custo médico excedente para reduzir ao máximo o impacto do reajuste no valor das mensalidades.

Além disso, o Festval ampliou a sua participação no custeio dos benefícios, agora com contribuição parcial do valor da mensalidade do benefício de assistência médica para todos os colaboradores e seus dependentes. A participação da empresa no custeio do benefício é crescente de acordo com o tempo de plano do colaborador, ou seja, quanto mais tempo de contribuição no plano menos você pagará para garantir o seu benefício e de sua família, conforme descrito nas tabelas 1 e 2 deste manual.

Os beneficiários deverão pagar também o valor das coparticipações em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, de acordo com as regras específicas do Sistema de Saúde Festval.

Como o colaborador deverá custear parte do valor da mensalidade do plano, a inclusão é facultativa e deve ser solicitada junto à área de recursos humanos, sempre de acordo com as regras específicas descritas no item 5.

Benefício de Assistência Odontológica

Coerente com a proposta de saúde e visão integral das pessoas, o Festval disponibiliza também o plano de assistência odontológica, de forma compulsória para os colaboradores que optarem pelo plano médico da empresa, e permite a inclusão dos dependentes diretos com o pagamento por parte do colaborador.

O **colaborador que não estiver** sob a cobertura do plano médico do Sistema de Saúde Festval, poderá solicitar a inclusão no benefício, com o pagamento integral do benefício pelo colaborador, conforme descrito nas tabelas 1 e 2 deste manual.

No plano odontológico **não haverá** o pagamento de coparticipação.

Programa de Benefício Medicamentos

O acesso ao Programa de Benefício Medicamentos, que facilita a aquisição dos medicamentos, é custeado integralmente pela empresa, para todos os colaboradores e dependentes diretos incluídos no plano médico disponível no Sistema de Saúde Festival. O benefício facilita a compra e garante descontos no valor do medicamento.

IMPORTANTE: O Festival pagará pelo custo mensal para o acesso ao benefício, porém o valor do medicamento será custeado **INTEGRALMENTE** pelo colaborador, através de desconto em folha de pagamento de acordo, com os limites de crédito estabelecido pela empresa.

Tabelas de Subsídio das Mensalidades

O percentual de contribuição do Festival no valor das mensalidades para os benefícios dos TITULARES e seus DEPENDENTES DIRETOS serão conforme está descrito nas tabelas 1 e 2 respectivamente.

Entretanto, é importante salientar que o subsídio da empresa vai além da contribuição no valor das mensalidades. O Festival irá contribuir semestralmente com a amortização dos eventuais custos médicos excedentes para reduzir o impacto dos reajustes e garantir a viabilidade do benefício ao longo dos anos.

Tabela 1: Tabela de subsídio da mensalidade dos titulares

TABELA DE SUBSÍDIO | MENSALIDADE DOS TITULARES

TEMPO DE PLANO	MÉDICO	ODONTOLOÓGICO	MEDICAMENTO
1 A 11 MESES	40%	100%	100%
12 A 35 MESES	50%	100%	100%
36 A 59 MESES	60%	100%	100%
ACIMA DE 60 MESES	70%	100%	100%

Tabela 2: Tabela de subsídio da mensalidade dos dependentes diretos

TABELA DE SUBSÍDIO | MENSALIDADE DOS DEPENDENTES

TEMPO DE PLANO	MÉDICO	ODONTOLOÓGICO	MEDICAMENTO
1 A 11 MESES	0%	0%	100%
12 A 35 MESES	10%	10%	100%
36 A 59 MESES	20%	20%	100%
ACIMA DE 60 MESES	40%	40%	100%

IMPORTANTE 1: Os subsídios da empresa descritos nas tabelas 1 e 2 serão válidos a partir de **01 de fevereiro de 2023**.

IMPORTANTE 2: O subsídio de 100% do medicamento **NÃO** se refere ao valor do medicamento, que **será custeado integralmente pelo colaborador**, através de desconto em folha de pagamento, e sim ao custo da taxa mensal para ter acesso ao benefício.

5. REGRAS DE TRANSIÇÃO DA POLÍTICA DE BENEFÍCIOS

Visando facilitar ainda mais a adesão das pessoas ao Sistema de Saúde Festival e valorizar os colaboradores que já participavam dos planos oferecidos pela empresa, o Festival estabeleceu regras de transição das políticas de subsídio do plano médico.

REGRAS DE TRANSIÇÃO | SUBSÍDIO DOS COLABORADORES

Os beneficiários do plano anterior da **GNDI (Clinipam)** que foram incluídos até **31 de novembro de 2022**, receberão o subsídio considerando a última faixa de contribuição, com o **subsídio de 70%** no valor da mensalidade.

Para os beneficiários no contrato anterior da **UNIMED** passarão a ter o subsídio conforme a tabela 1, começando a contar o tempo de plano novamente. Isto se deve ao fato da alteração de precificação do plano da Unimed de faixa etária para preço médio, já garantir a redução dos valores atualmente pagos para todos os beneficiários com a nova política de subsídio.

REGRAS DE TRANSIÇÃO | SUBSÍDIO DOS DEPENDENTES

Para os colaboradores inscritos em qualquer dos planos médicos do Festval até o dia **30 de novembro de 2022**, e que tenham seus dependentes diretos incluídos no plano até a mesma data, estes serão considerados já com um ano de plano e entrarão na segunda faixa de contribuição, ou seja, com **10% de subsídio** do plano, conforme descrito na tabela 2 e farão jus ao subsídio do plano dos dependentes já a partir de **01 de fevereiro de 2023**.

Os dependentes diretos que foram incluídos nos planos médicos da empresa até o dia **30 de novembro de 2022** poderão permanecer no plano até a idade de 39 anos e 11 meses. Entretanto, ao completarem 24 anos, estes dependentes perderão o subsídio do Festval na mensalidade do plano.

REGRAS DE TRANSIÇÃO | INCLUSÃO DE DEPENDENTES AGREGADOS

Os dependentes agregados que foram incluídos em qualquer dos planos médico ou odontológico do Festval antes de **30 de novembro de 2022** poderão continuar com o benefício da empresa até a data de **31 de janeiro de 2024**, porém com o pagamento integral da mensalidade por parte do colaborador.

Esta medida visa proporcionar a continuidade dos eventuais tratamentos em curso e uma transição destes beneficiários aos seus planos individuais com tranquilidade. Após esta data, **TODOS** os dependentes agregados, ou seja, pai, mãe, sogro, sogra, sobrinhos e netos, que eventualmente ainda estejam nos planos da empresa **serão excluídos**.

OBSERVAÇÃO: Para contribuir com o processo de migração do benefício, a empresa disponibilizará a Rossi Corretora de Seguros, corretora do Festval especialista em seguros saúde, para avaliar a melhor solução possível para a aquisição do novo plano, com a contratação direta por parte do dependente agregado.

6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Esta política é aplicável a todos os colaboradores com vínculo empregatício com o Festval em regime CLT, bem como seus dependentes legais, cônjuges, filhos, enteados e tutelados, independente da política de subsídio do plano e sempre de acordo com as regras específicas de cada operadora parceira.

Inclusão de Titulares

Como o benefício de assistência médica é facultativo, **para a inclusão nos planos sem carência**, o colaborador deverá solicitar a sua inclusão e de seus dependentes em até 30 dias após a data da admissão no Festval. Após este período, quem optar pelo plano médico cumprirá carência contratual. Os prazos de carência podem ser consultados no portal festval.jummp.com.br.

O cadastro no plano odontológico e no benefício de medicamentos será automático para os colaboradores que solicitarem a inclusão no plano médico da empresa, com o pagamento integral das mensalidades por parte da empresa.

Inclusão de dependentes diretos

Os benefícios de assistência médica, odontológica e medicamentos permitem a inclusão de dependentes diretos, de modo facultativo, e sempre na mesma opção de plano do titular, de acordo com as regras de cada benefício, com os valores mensais descontados em folha de pagamento.

As inclusões de dependentes diretos 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 solicitadas, por escrito, na área de benefícios **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**.

Inclusão de Dependentes:

a) Critérios

- **Adesão sem carência:** para ter a isenção de carência dos dependentes, a solicitação deve ser feita **até 30 dias da data do fato que der elegibilidade**, como nascimento ou casamento.
- **Adesão com carência:** todas as solicitações feitas **após 30 dias** da data do fato que der elegibilidade terão a incidência de carência contratual.

b) Procedimentos

Para incluir dependentes diretos, 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.
 - Cônjuge – 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 de INCLUSÃO E ALTERAÇÃO padrão da empresa.
- Enviar para a área de benefícios o formulário assinado e a cópia dos documentos solicitados, seguindo o prazo definido.

Exclusão dos Dependentes

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 de EXCLUSÃO E ALTERAÇÃO padrão da empresa.
- Enviar para a área de Benefícios o formulário assinado.

Cancelamento do benefício em virtude de desligamento

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

IMPORTANTE: O período de manutenção será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os planos, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Os dependentes do colaborador desligado também terão direito a dar continuidade nos planos médico e/ou 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, no prazo **máximo de 30 dias corridos**, o ex-colaborador deve assinar formulário manifestando interesse ou não em dar continuidade ao plano médico.

No caso da opção pela continuidade do(s) benefício(s), os valores do plano médico serão **pagos integralmente pelo ex-colaborador**, ou seja, sem o subsídio oferecido pelo Festval.

7. CONHEÇA O BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

A operadora médica selecionada pelo Festval é a **Unimed Curitiba** para todos os colaboradores e seus dependentes diretos. Foram contratados os planos **Pleno** e **Flex**, com abrangência Regional para os colaboradores lotados em Curitiba e Região Metropolitana e o Plano **Amigo** com abrangência Nacional, para os colaboradores lotados em Cascavel.

Os planos serão disponibilizados de acordo com a política estabelecida para cada cargo e lotação, conforme descrito neste manual, com as seguintes características:

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



a) Acomodação

Para cargos operacionais e administrativos lotados em Curitiba e Região Metropolitana o plano será o Pleno e o FLEX, com acomodação em **enfermaria**. O plano FLEX na acomodação em **apartamento** será a referência para Gerentes. Para todos os colaboradores nas demais localidades o plano será o AMIGO, na acomodação em **enfermaria**, e em **apartamento** para os Gerentes e Diretores.

A acomodação é a mesma para todo o grupo familiar e não haverá a possibilidade de upgrade para os beneficiários com a acomodação definida em enfermaria.

OBS: Os colaboradores cadastrados em planos em apartamento até o dia 30 de novembro de 2022, poderão solicitar a continuidade de acomodação pagando a diferença dos valores.

b) Coparticipação

Conceito fundamental na política de benefícios corporativos da maioria dos sistemas de saúde pelo mundo, a coparticipação também faz parte do Sistema de Saúde Festival.

A coparticipação é aplicada em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, sendo **30% o percentual referência**, que poderá variar, para mais ou para menos, de acordo com critérios de utilização e premissas de subsídio estabelecidas e descritas no item 9 deste manual.

OBS: NÃO EXISTE COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÕES.

c) Abrangência

Para os todos os colaboradores lotados em Curitiba e Região Metropolitana a abrangência de cobertura do benefício médico é REGIONAL. Para os colaboradores com cargos de diretoria e os lotados em Cascavel, o plano médico terá abrangência NACIONAL.

Na ocasião de transferências, a abrangência será adequada de acordo com a nova lotação.

IMPORTANTE: No plano com abrangência Regional, os atendimentos necessários em casos comprovados de urgência e emergência terão abrangência de cobertura Nacional, sempre na rede de prestadores definidos pela operadora médica contratada.

d) Atendimento em Rede Credenciada

O benefício médico tem atendimento **exclusivo em rede credenciada**, não havendo cobertura em caso de atendimento fora da rede credenciada da operadora.

Caso não exista rede credenciada em alguma localidade, a operadora deverá providenciar o atendimento na especialidade desejada sem a necessidade de pagamento por parte do colaborador.

OBS: O PLANO NÃO POSSUI REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS FORA DA REDE CREDENCIADA DO SISTEMA UNIMED.

e) Cobertura para Obstetrícia

O benefício médico sempre terá a cobertura de obstetrícia (parto) para todas as beneficiárias, titulares e dependentes.

f) Valores

Os valores dos planos médicos seguem a tabela abaixo e podem ser consultados, a qualquer tempo, junto à área de benefícios do Festival.

Valor dos Planos para Curitiba

ABRANGÊNCIA	PLANOS E VALORES
REGIONAL	PLENO 30 QC
	R\$ 100,00
	FLEX 30 QC
REGIONAL	R\$ 158,00
	FLEX 30 QP
	R\$ 205,00

8. CONHEÇA O BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A cobertura odontológica é fundamental para o cuidado integral das pessoas e por isso está presente no Sistema de Saúde Festival. 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 cuidado das pessoas.

A operadora escolhida é a **Dental UNI**, com o plano Avançado DOC, elegível para **todos os colaboradores e dependentes diretos**. Para os colaboradores que possuam o plano médico da empresa o plano será compulsório com o pagamento integral da mensalidade pelo Festival e o pagamento da mensalidade do dependente será conforme definido na política de subsídio descrita no item 4 deste manual.

Caso o colaborador **não possua o plano médico** da política de benefícios da empresa, será permitida a sua inclusão, e de seus dependentes diretos, no benefício odontológico do Festival, entretanto, o colaborador deverá realizar o pagamento integral de sua mensalidade e de seus

dependentes, através de desconto em folha de pagamento, **não sendo**, portanto, habilitado ao subsídio descrito no item 2 deste manual.



A saúde bucal é fundamental para uma vida saudável e feliz, com papel relevante na autoestima, na interação social e profissional, com impacto direto na qualidade de vida das pessoas.

No plano odontológico **não haverá coparticipação** nos procedimentos e a descrição completa da cobertura dos planos está disponível no portal festval.jummp.com.br.

O valor do plano odontológico é de **R\$13,00 por beneficiário**.

9. CONHEÇA O 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 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 da listagem de medicamentos, a PBM é importante na gestão dos cuidados médicos assistenciais e no tratamento das doenças.

A PBM escolhida pelo Festval 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, tendo o limite de **R\$250,00** (duzentos e cinquenta reais) de crédito para desconto em folha de pagamento. É importante saber que o benefício é exclusivo para a compra de remédios, não sendo possível comprar cosméticos ou outros itens vendidos em farmácias.

O cartão de identificação da Vidalink estará disponível a todos os beneficiários, titulares e dependentes diretos, no aplicativo VIC da **Jummp®**. Utilizem o cartão da Vidalink sempre que for necessário comprar remédios. Informações sobre o aplicativo poderão ser obtidas no portal festval.jummp.com.br.

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



10. 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 aos serviços médicos. 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 à 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 Festval será **hierarquizado**, onde cada beneficiário deverá ter um médico generalista, um **clínico geral** ou médico de família, escolhido entre as opções da rede credenciada da operadora, ou a partir da indicação da área de gestão de saúde da **Jummp®**, para ser o seu médico de referência. É a este médico que você irá recorrer sempre que precisar.

A escolha do médico clínico geral é necessária para os beneficiários cadastrados em qualquer dos planos médicos do Sistema de Saúde Festval, o PLENO, FLEX ou AMIGO.

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.

Além do seu clínico geral, de acordo com a necessidade de cada beneficiário, recomendamos que todas as mulheres também tenham uma referência médica na especialidade de **ginecologia**. Pessoas com diabetes devem ter um **endocrinologista** e os **cardiologistas** devem ser consultados por pessoas com hipertensão arterial e/ou problemas cardíacos. Ao escolher os seus médicos de referência, nas especialidades de clínico geral ou médico da família, ginecologia, cardiologia e endocrinologia, cadastre no App VIC da **Jummp®** pois isto fará bem à sua saúde e ao seu bolso.

As Características Exclusivas do Plano PLENO

Os beneficiários do plano PLENO contam com uma característica específica em relação ao acesso das pessoas aos prestadores da Unimed Curitiba. Existem centros médicos exclusivos, totalmente dedicados ao acolhimento e atendimento na atenção primária, ou seja, atendimentos realizados pelos médicos da família.

Estas unidades, chamadas de **APS, Atenção Primária à Saúde**, são a referência médica obrigatória para todos os beneficiários do plano PLENO.

Endereços das unidades de Atenção Primária à Saúde | APS

APS IGUAÇU

Av. Iguaçu, 2180 |  3021-6250

APS PINHEIRINHO


Av. Winston Churchill, 1824 |  3021-6251

APS PINHAIS

Av. Jacob Macanhan, 736 |  3021-6252

Horário de Funcionamento

Sempre de segunda à sexta, das 08:00h às 20:00h e aos sábados das 08:00h às 12:00h.

*Telefone do plantão fora dos horários:  (41) 99286-9360

Procedimentos Realizados nas APS

Consultas
Fisioterapia
Calosidade
Sutura
Exérese
Cantoplastia
Implante de DIU
Curativos
Punção de tumores de pele

Biópsia
Infiltração de corticoides
Desbridamento
Drenagem de hematoma
Remoção de cerúmen
Retirada de corpo estranho
Tamponamento de epistaxe
Imobilização temporária
ECG (urgência)

Diferenciais do Plano PLENO

Médico de família: O especialista que cuida de todas as fases da vida, sem restrição de idade, gênero ou doenças, podendo tratar do bebê ao idoso;

Prontuário eletrônico: Totalmente confidencial, todas as informações relacionadas à sua saúde são registradas em um único lugar.

Canal aberto: Acesso via telefone, WhatsApp e e-mail, para agendamento de consultas, em até 48 horas, com a equipe de família, disponibilidade de serviços e dúvidas.

Liberações: As consultas com médicos especialistas deverão ser submetidas à Unidade APS. As especialidades ginecologia/obstetrícia, pediatria e oftalmologia, após o acolhimento (1ª consulta), poderá solicitar liberação para ir diretamente, demais especialidades necessário encaminhamento do médico da família.

Política de Coparticipação

O Sistema de Saúde Festival prevê a cobrança de coparticipação exclusivamente para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais. Importante esclarecer que **NÃO** existe coparticipação para internações, clínicas ou cirúrgicas. A coparticipação tem função estratégica e serve como fator de incentivo para o engajamento ao modelo de saúde.

O percentual referência da **coparticipação é de 30%** do valor dos procedimentos elegíveis. Porém, de acordo com a utilização de cada beneficiário, 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, o Festival irá subsidiar parte do valor da coparticipação em consultas, dentro de alguns critérios e conforme definido na tabela 3:

Tabela 3: Tabela de Subsídio da Coparticipação

TABELA DE SUBSÍDIO | COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS

CONSULTAS/ANO	EMPRESA	BENEFICIÁRIO
DE 1 A 4 CONSULTAS	15%	15%
DE 5 A 8 CONSULTAS	0%	30%
ACIMA DE 9 CONSULTAS	0%	50%

IMPORTANTE: Todas as consultas ou procedimentos realizados nas APS, unidades de Atenção Primária à Saúde do plano PLENO, **são isentas de coparticipação.**

OBSERVAÇÕES:

- Caso o beneficiário cadastre o seu médico referência, o Festval **contribuirá com 50% do valor da coparticipação** (ou seja, 15%) em todas as consultas realizadas nas especialidades de **clínica geral, ginecologia, cardiologia e endocrinologia**, no período de 12 meses.
- 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 na tabela 3 acima.
- Após a nona consulta em um período de 12 meses, o beneficiário pagará 50% de coparticipação.
- Para efeito da política de subsídio de coparticipação contam todas as consultas realizadas, independente da especialidade, sendo em médicos de referência ou não, dentro dos limites de consultas definidos na tabela 3.
- O desconto do valor das coparticipações em folha de pagamento do colaborador está limitado a **R\$300,00 por mês**, por família. O eventual saldo pendente será descontado nos meses seguintes, sempre respeitando o limite mensal de desconto.

OBSERVAÇÃO: O Festval subsidiará parte do valor da coparticipação das consultas desde que realizadas nos médicos definidos e devidamente cadastrados no App VIC da [Jummp®](#).

IMPORTANTE: A contagem das consultas é individual, por beneficiário, e não por família.

11. 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 estabelecemos as premissas e conceitos do Sistema de Saúde Festval.

Com o objetivo de disponibilizar os benefícios a um número maior de colaboradores, ampliamos a política de subsídios e oferecemos benefícios financeiramente mais atrativos, com preços acessíveis facilitando a inclusão de colaboradores 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 devem ser utilizados por todos, sempre que precisar, mas de forma organizada e consciente.

O Sistema de Saúde Festval estabelece uma relação clara de direitos e deveres com seus beneficiários, onde **todos são responsáveis por suas atitudes individuais e conscientes do impacto coletivo que elas produzem.**

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 os serviços recomendados 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 da empresa, para os quais os beneficiários serão encaminhados, sempre que possível;
- As cirurgias eletivas **devem ser informadas previamente** ao departamento médico ou RH do Festval ou a área de gestão médica da **Jummp®**;
- Estes procedimentos serão avaliados e programados de acordo com critérios técnicos e de orçamento, podendo a realização do procedimento cirúrgico ser prorrogada em até 90 dias, sem gerar qualquer prejuízo no tratamento ou na condição de saúde das pessoas.

O mais importante é que todos terão acesso a um consistente programa de educação para a saúde, contribuindo para que as pessoas possam ter uma vida mais saudável.

12. GESTÃO DE SAÚDE INTELIGENTE

Para que o Sistema de Saúde Festval possa existir, é preciso o apoio de uma complexa plataforma com sistemas integrados específicos especialmente desenvolvidos para a gestão em saúde. A Jummp® fará toda a gestão do sistema de saúde e disponibilizará suas plataformas tecnológicas para o acesso de todos os beneficiários.

A extrema complexidade da indústria da área da saúde, impede qualquer possibilidade de gestão sem o suporte da tecnologia. Por este motivo, a Jummp® investe de maneira importante no desenvolvimento de suas exclusivas ferramentas de gestão e promoção de saúde.

É importante esclarecer que a Jummp® possui equipe de TI que desenvolve todas as ferramentas com a mais moderna tecnologia disponível e seguimos os protocolos de segurança e proteção de dados conforme estabelece a **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**.

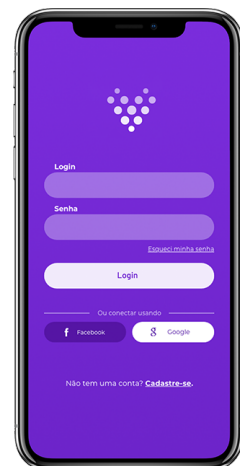
O usuário do Sistema de Saúde Festval tem acesso aos seguintes serviços:

Portal Corporativo

A força da comunicação

A comunicação da política dos benefícios, regras do modelo de saúde entre outras informações importantes estão disponíveis no portal exclusivo festval.jummp.com.br, onde estão as informações pertinentes aos benefícios oferecidos pelo Festval, os detalhes dos contratos, programas de saúde, entre outros serviços.

O relacionamento com os beneficiários, o cadastro dos médicos de referência e os programas de educação para a saúde serão realizados pelo **App VIC**. É uma prestação de serviços personalizada a todos os beneficiários, titulares e dependentes, independente de onde estejam, além de garantir exclusivamente o acesso ao cartão de identificação do Programa de Benefício Medicamento da **Vidalink**.



Blog Educativo

A educação para a saúde é um grande pilar em nosso modelo de gestão e para isso desenvolvemos um blog para educação e promoção de saúde, com conteúdo exclusivo (blog.jummp.com.br), onde disponibilizamos aos nossos clientes uma variedade de informações em saúde, com linguagem simples sobre vários temas relacionados a saúde e qualidade de vida das pessoas.

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