

MANUAL DO BENEFICIÁRIO

PLADISA
PLANOS DE SAÚDE

Introdução

Seja bem-vindo(a) à Pladisa Planos de Saúde S.A.!

Nossos planos obedecem às normativas, resoluções e instruções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este manual foi elaborado com objetivo de elucidar todos os aspectos relativos à utilização do plano de saúde contratado. Aqui você encontrará informações acerca de seus direitos, coberturas e formas de acesso ao que você poderá necessitar junto à Operadora.

A saúde suplementar é orientada pela Lei 9.656/98, que regulamenta o setor e a Lei 9.961/00, que criou a ANS e regulamentou o seu funcionamento. Por sua vez, a ANS emite diversas Resoluções Normativas (RN) que norteiam as atividades das Operadoras e o relacionamento destas com seus beneficiários.

Carteirinha Digital e APP

Através de nosso aplicativo (APP) você pode ter acesso à sua carteirinha digital. Esta é uma forma rápida de você ter em mãos seu código de beneficiário para quando precisar usar o plano.

Do mesmo modo, através do APP, você terá acesso a diversas funcionalidades que lhe serão muito úteis:

- **Carteirinha virtual** (pode ser usada em substituição à carteirinha física).
- **Guia médico** (rede credenciada) (encaminha para o site onde fica disponível a relação de serviços credenciados da Operadora).
- **Financeiro e 2ª via do boleto** (pode ter acesso à segunda via do boleto).
- **Carências** (acompanhar as vigências das carências e quando iniciam as coberturas previstas).
- **Extrato de utilização** (relação de atendimentos que realizou e em quais serviços).
- **Downloads** (relatório de utilização).
- **Notícias** (informações disponibilizadas pela Operadora).
- **Fale conosco** (canal de comunicação para com a Operadora).
- **Alterar senha** (pode alterar a senha substituindo a que foi enviada pela Operadora na sua inclusão).

Como baixar o APP

Segue um passo a passo de como fazer o Download:



1º passo:

Instale agora o APP Pladisa.
Clique para instalar:



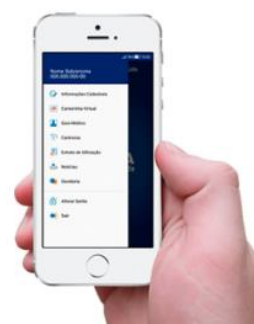
2º passo:

Digite os seus dados e cadastre a sua senha. Guarde essa senha para acessar o app.



3º passo:

Acesse o menu no canto superior esquerdo. Ali você poderá encontrar: carteirinha virtual, extratos financeiros e de utilização, 2ª via de boletos e mais.



Após baixar o aplicativo, acesse o mesmo usando o login e senha que foram enviados por e-mail pela Operadora no momento da inclusão (poderá trocar a senha depois).

Carteirinha

A Operadora fornece uma carteirinha. Ela será enviada pelos Correios em torno de 90 dias após a contratação ou então entregue em mãos pela nossa equipe. Por isso, a carteirinha virtual será sempre muito utilizada.

Mesmo com a apresentação da carteirinha física ou virtual, será necessário apresentar um documento com foto na utilização dos serviços credenciados, pois a carteirinha é de uso pessoal e não pode ser utilizada por familiares ou terceiros.

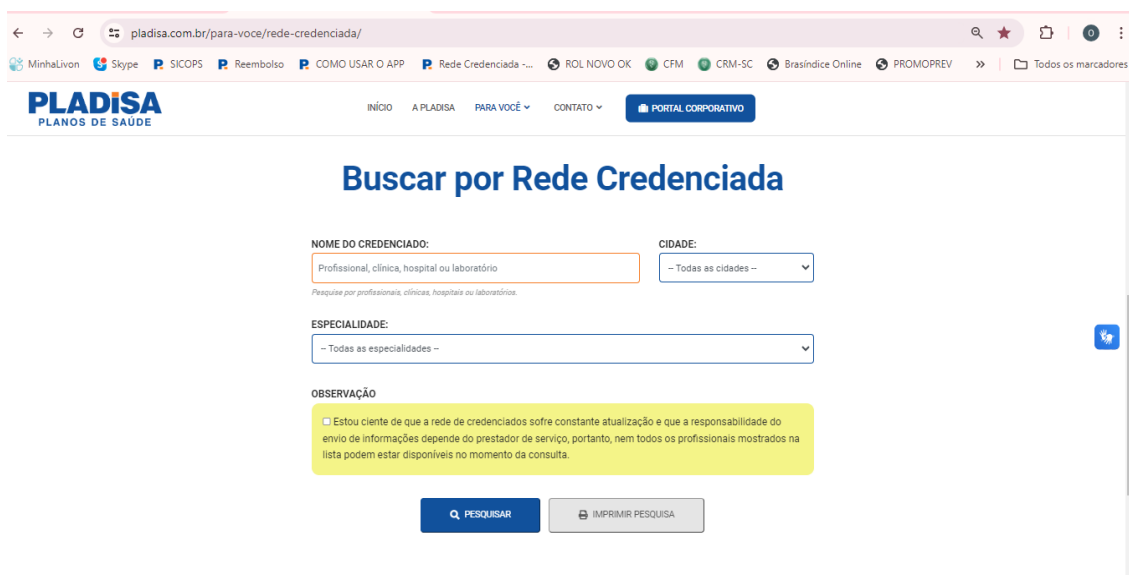
Abrangência geográfica (cobertura) dos planos

A abrangência geográfica de nossos planos é de GRUPO DE MUNICÍPIOS. Sendo assim, é dito em seu contrato quais municípios o seu plano tem cobertura para a utilização. Nessas regiões indicadas no documento, a Operadora se compromete a garantir aos seus beneficiários todas as coberturas e assistências previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde definidos pela ANS.

Quem não reside na área de abrangência também pode contratar planos junto a Operadora. Nesse caso, contudo, a utilização se dará na rede prevista em contrato, sendo que em muitos casos não haverá rede credenciada na cidade de residência do beneficiário.

Consultando a rede credenciada

Disponibilizamos a nossa rede no site da Operadora. Você pode buscar por especialidade ou por cidade. Caso não localize a especialidade ou os serviços que necessita, entre em contato com a OCR (Organização do Cuidado e Regulação) da Operadora para que nossa equipe possa auxiliá-lo(a) na demanda.



The screenshot shows a web browser window with the URL pladisa.com.br/para-voce/rede-credenciada/. The page header includes the PLADISA logo and navigation links: INÍCIO, A PLADISA, PARA VOCÊ, and CONTATO. A 'PORTAL CORPORATIVO' button is also visible. The main heading is 'Buscar por Rede Credenciada'. Below this, there are search fields: 'NOME DO CREDENCIADO:' with a text input containing 'Profissional, clínica, hospital ou laboratório', 'CIDADE:' with a dropdown menu set to '-- Todas as cidades --', and 'ESPECIALIDADE:' with a dropdown menu set to '-- Todas as especialidades --'. A note under 'OBSERVAÇÃO' states: 'Estou cliente de que a rede de credenciados sofre constante atualização e que a responsabilidade do envio de informações depende do prestador de serviço, portanto, nem todos os profissionais mostrados na lista podem estar disponíveis no momento da consulta.' At the bottom, there are two buttons: 'PESQUISAR' and 'IMPRIMIR PESQUISA'.

Link: <https://pladisa.com.br/para-voce/rede-credenciada/>

Carências e CPT (Cobertura Parcial Temporária)

Carência é o período de tempo em que o beneficiário, mesmo após a contratação do plano, não tem direito ao atendimento a algumas coberturas. Os períodos de carência são contados a partir do início da vigência do contrato. Após cumpridos os prazos de carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação de saúde suplementar.

Quando houver a inclusão do beneficiário que seja portador de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) – aquelas em que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador à época da contratação do plano de saúde – a cobertura de procedimentos e leitos PAC (Procedimentos de Alta Complexidade), bem como de procedimentos cirúrgicos que sejam relacionados a estas condições, ficará estendida em 24 (vinte e quatro) meses.

No momento da contratação, quando solicitado, o consumidor **deve informar à operadora sobre as doenças e lesões de seu conhecimento**, para que lhe possam ser oferecidas opções de acordo com as regras legais. É importante ressaltar que a omissão de informações pode levar ao cancelamento do contrato por parte da operadora.

Seguem nossos prazos de carência:

Descrição da Carência	Dias
Urgência e Emergência	1
Consultas e Exames Básicos	30
Ultrassonografias	120
Internação Clínica	150
Remoções Inter-hospitalares	180
Atendimento Ambulatorial	180
Exame de Alta Complexidade	180
Internação Cirúrgica	180
Eventos Obstétricos	300
Cobertura Parcial Temporária (CPT)	720

Atendimento de Urgência e Emergência

A legislação de saúde suplementar determina que é obrigatório o atendimento nos casos de urgência e emergência a partir de 24 horas da vigência do contrato, devendo ser observadas as regras de cobertura para cada tipo de plano contratado.

Em situações urgentes, o beneficiário deve procurar um serviço credenciado de Pronto-Socorro ou Pronto Atendimento para realizar seu atendimento.

Urgência e Emergência: São os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Acidentes Pessoais: São eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, além de súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde.

Complicações no Processo Gestacional: São as alterações patológicas durante a gestação como, por exemplo, gravidez tubária, abortamento, eclampsia e sofrimento fetal.

Eletivo: São os procedimentos agendados, ou seja, não urgentes.

Todos os casos de urgência e emergência devem ser declarados por médico-assistente e têm de ser indicados no relatório do mesmo as condições que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis.

Tipo de segmentação contratada e modalidade dos planos

Nossos planos podem ser nas seguintes segmentações:

- **A+H** (ambulatorial + hospitalar).
- **A+H+OB** (ambulatorial + hospitalar com obstetrícia).
- NÃO oferecemos cobertura odontológica.

Também podem ser das seguintes modalidades:

- **Planos Coletivos Empresariais:** Os planos de contratos coletivos são destinados a grupos determinados, através de pessoas jurídicas (empresas, associações e sindicatos) e têm algumas regras diferenciadas dos planos de contratos individuais, como por exemplo, o aumento de mensalidade e a rescisão contratual.
- **Planos Coletivos por Adesão:** São os contratos oferecidos por pessoas jurídicas grupos predeterminados de beneficiários. A adesão ao plano é opcional e espontânea, podendo haver, ou não, a opção de inclusão de dependentes.
- **Planos Individuais e Familiares:** São aqueles oferecidos para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Caracteriza-se o plano como familiar quando abrange dependentes ou grupo familiar.

Ainda temos dentro dos tipos de plano a classificação de planos antigos e novos, também chamados de regulamentados e não regulamentados.

- **Planos Antigos:** São aqueles contratados antes de 02/01/1999. Como são anteriores às regras da Lei 9.656/98, os prazos de carência, as coberturas em situações de urgência e emergência e as regras para doenças ou lesões preexistentes que constam no contrato, seguem as limitações nele expressamente relacionadas.
- **Planos Novos:** São os planos de saúde contratados a partir de 02/01/1999, já comercializados de acordo com as regras da Lei 9.656/98 e que, portanto, devem seguir expressamente as determinações legais para prazos de carência, coberturas em situações de urgência e emergência e regras para doenças ou lesões preexistentes.

Prazos de autorização de atendimentos, validades das guias e revalidação de guias vencidas

As guias emitidas pela Operadora valem por 30 (trinta) dias. Se após este prazo o atendimento não for realizado, você poderá solicitar a revalidação da guia.

Para revalidação de guias, as regras para sua solicitação são as seguintes:

- O atendimento não ocorreu no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data em que a guia foi emitida/autorizada.
- A solicitação de revalidação foi feita em até 7 (sete) dias após o vencimento da guia.

A revalidação pode ser solicitada uma única vez. Caso não tenha cumprido o estabelecido acima, o processo será reaberto e os prazos de autorização serão reiniciados.

A Pladisa segue os prazos de atendimento previstos pela ANS, conforme tabela abaixo:

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta Básica – pediátrica, clínica médica, cirurgia geral, ginecologista e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (quatorze)
Consulta/Sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/Sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/Sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/Sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/Sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e Emergência	Imediato

Vigência do contrato

O início da vigência do contrato será a partir da data da adesão, ou da assinatura do contrato, ou ainda da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer em primeiro lugar.

O reajuste das mensalidades ocorre na data de vigência, anualmente. Para os planos individuais e familiares o percentual de reajuste será o definido pela ANS. Para os planos empresariais será considerada a regra de reajuste prevista em contrato, que considera o volume de utilização do plano por parte dos beneficiários daquele grupo no último ano. Também há o reajuste por troca de faixa etária que ocorre no mês de aniversário do beneficiário que está mudando de faixa.

Cobertura assistencial

A cobertura assistencial segue alguns aspectos, primeiramente, a segmentação prevista em contrato que pode ser ambulatorial, ambulatorial e hospitalar, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. Neste sentido, por exemplo, um beneficiário que tenha um plano ambulatorial não terá cobertura para uma internação. Do mesmo modo, se o plano não tiver segmentação obstétrica, a beneficiária não terá cobertura para o parto/nascimento.

Ainda, a cobertura assistencial será aplicada na área de abrangência prevista em contrato. Sempre que o beneficiário precisar de um atendimento, a Operadora o direcionará para um serviço credenciado, mesmo que este não seja em sua cidade de residência.

Além disso, a cobertura prevista é para os procedimentos e eventos em saúde que são relacionados pela ANS no rol de procedimentos e eventos vigentes na data de verificação.

Neste sentido, se o beneficiário solicitar um procedimento que não conste no rol, fora de sua segmentação ou área de abrangência, ou ainda que esteja listado em contrato como excluído de cobertura (cláusula das exclusões), o mesmo será negado. No caso de negativa por não cobertura, também não haverá cobertura de reembolso.

Em casos de negativas, a Operadora envia uma Carta de Negativa de Cobertura que é assinada por um dos membros da equipe de auditoria. Neste sentido, esclarecemos que nossa equipe é composta por equipe técnica administrativa, de enfermagem e de medicina. Além das cartas de negativa também poderão ser enviadas Cartas de Orientação ao Beneficiário.

Custos de atendimento e Relatório de Utilização

Os custos relativos à utilização serão enviados junto do boleto para fins de conhecimento do beneficiário do que está sendo cobrado. Este relatório se chama Relatório de Utilização.

No Relatório de Utilização são listados os procedimentos realizados e o valor de coparticipação ou franquia que o mesmo gerou para o beneficiário. Os valores de coparticipação e franquia são cobrados no boleto e somados ao valor da mensalidade.

Após realizar o atendimento em um serviço, esse mesmo serviço emitirá a cobrança para a operadora referente ao serviço prestado, e é neste momento que a Operadora gera o custo devido ao beneficiário. Este processo leva em média 60 (sessenta) dias, por isso, a cobrança dos serviços usados será adicionada na fatura nos meses seguintes ao atendimento.

A Operadora possui diversos serviços credenciados e que pode haver variação de valores entre um serviço e outro. Cada contrato tem um tipo de regra previsto, não sendo um padrão igual para todos os contratantes/beneficiários.

No caso dos contratos que tem limitador de valor de coparticipação, registramos que este limitador é aplicado sobre cada procedimento/código realizado, e não sobre o evento.

Remoções de ambulância

Nossos planos têm cobertura para remoção de ambulância apenas em casos de necessidade de transferências entre serviços para fins de continuidade do atendimento, ou quando o cliente está internado em um serviço e precisa realizar um exame fora do mesmo.

As remoções têm um custo previsto em contrato conforme a distância percorrida e que é cobrado além dos valores relativos à internação.

A solicitação de remoção deve ser feita pelo serviço onde o beneficiário se encontra para a OCR, na Operadora.

Internações psiquiátricas

Os planos com segmentação hospitalar têm cobertura para internação psiquiátrica. Essas podem ocorrer em hospitais gerais ou serviços especializados. Sempre que há um pedido deste tipo de atendimento, a operadora direciona o beneficiário para um de seus serviços credenciados que atendem à demanda.

A internação psiquiátrica tem uma regra diferente das demais internações para fins de cobrança do beneficiário. As regras são as seguintes:

- Em **hospitais gerais**, o beneficiário tem direito a 15 (quinze) dias sem custos. Após este período será cobrada coparticipação sobre o valor total da internação no mesmo percentual previsto em contrato, por exemplo, 50%.
- Em **hospitais especializados**, o beneficiário tem direito a 30 (trinta) dias sem custos. Após este período será cobrada coparticipação sobre o valor total da internação no mesmo percentual previsto em contrato, por exemplo, 50%.

Acomodações

Nossos planos são comercializados com as seguintes acomodações:

- Apartamento simples.
- Quarto coletivo de 02 leitos.

Em ambas as modalidades pode ser prevista a modalidade de alojamento conjunto no caso dos nascimentos/eventos obstétricos. Do mesmo modo, se houver prescrição de isolamento haverá a cobertura.

As internações em UTI ocorrem em ambiente distinto e não seguem as variações acima.

Direito a acompanhante

O direito a acompanhantes e refeição para os acompanhantes se dará conforme os seguintes casos:

- Menores de 18 (dezoito) anos.
- Maiores de 60 (sessenta) anos de idade.
- Gestantes em trabalho de parto;
- Beneficiários com acomodação privativa definida.
- Pessoas Portadores de Necessidades Especiais, independentemente da idade.
- Mulheres – de acordo com a LEI Nº 14.737, de 27 de novembro de 2023, que amplia o direito à mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Em consultas, exames e procedimentos, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade durante todo o período do atendimento.

Sugere-se que se preserve o direito da pessoa escolher seu acompanhante, desde que seja pessoa capaz, maior de idade e capaz de auxiliar o paciente se for preciso.

Se um beneficiário optar por acomodação superior pagando a diferença em caráter particular ao hospital, também assume a despesa relacionada ao acompanhante e a acréscimos que possam vir a ser cobrados pelos profissionais envolvidos no atendimento.

Reembolsos

- Prazo de 1 (um) ano a partir da data do atendimento para solicitar reembolso.
- Abrir protocolo no site da Operadora, neste link: <https://pladisa.com.br/reembolso/>
- Anexar todos os documentos exigidos e informar os dados necessários conforme os campos no documento e conforme as orientações abaixo.
- O retorno será dado em até 30 (trinta) dias por e-mail.
- O reembolso ocorre quando a Operadora não dispuser do serviço necessário dentro da área de abrangência do plano contratado, mesmo que o serviço não seja na cidade de residência do cliente.
- O reembolso de atendimento de urgência só ocorre em atendimentos dentro da área de abrangência quando não houver rede disponível, ou seja, nossos planos não têm cobertura de atendimento fora da área de abrangência prevista em contrato para nenhum tipo de atendimento.

Também fica disponível no site a tabela de valores de referência para reembolsos pelo link:

<https://pladisa.com.br/tabela-de-reembolso/>

Inclusão de dependentes

Para planos empresariais, as inclusões devem ser solicitadas através do setor de RH (Recursos Humanos) da empresa. Quanto aos planos individuais, devem realizar o pedido diretamente à Operadora.

O canal de inclusão passa pela nossa equipe de consultores de vendas, neste sentido, se você já tem um consultor que lhe atende, pode acionar o mesmo. Se não tiver, efetue contato com o setor de atendimento da Operadora para ser direcionado à nossa equipe.

Ficam dispensados de cumprimento de carências os seguintes casos:

- Quando uma empresa efetua a inclusão de colaboradores em até 30 (trinta) dias da assinatura de contrato.
- Recém-nascidos em que a mãe ou o pai possuam plano com segmentação obstétrica, se a inclusão for em até 30 (trinta) dias após o nascimento.

Cumprem as carências normalmente:

- Inclusões realizadas após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato.

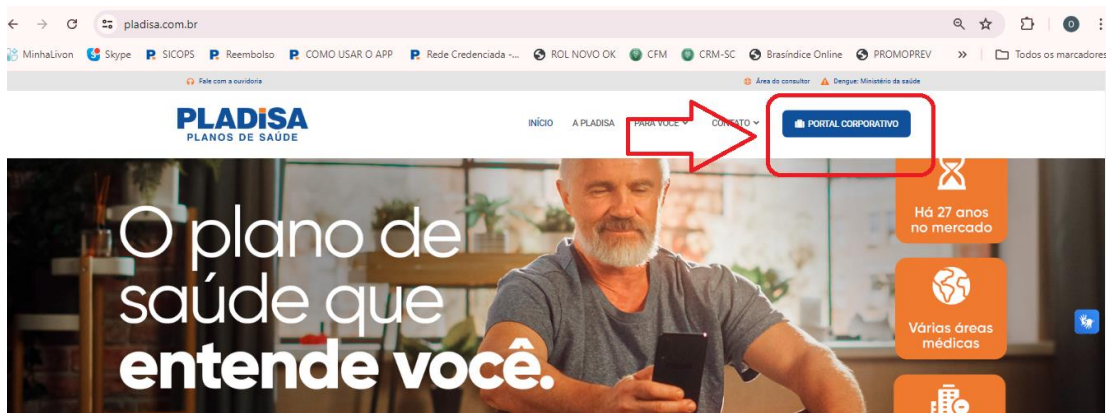
Cancelamento de planos

Quando ocorre o pedido de cancelamento do plano, a exclusão do beneficiário é imediata. Se, ao solicitar a exclusão, já tiver sido feito o pagamento do boleto, será efetuada a devolução (PRO RATA) proporcionalmente com relação ao beneficiário excluído.

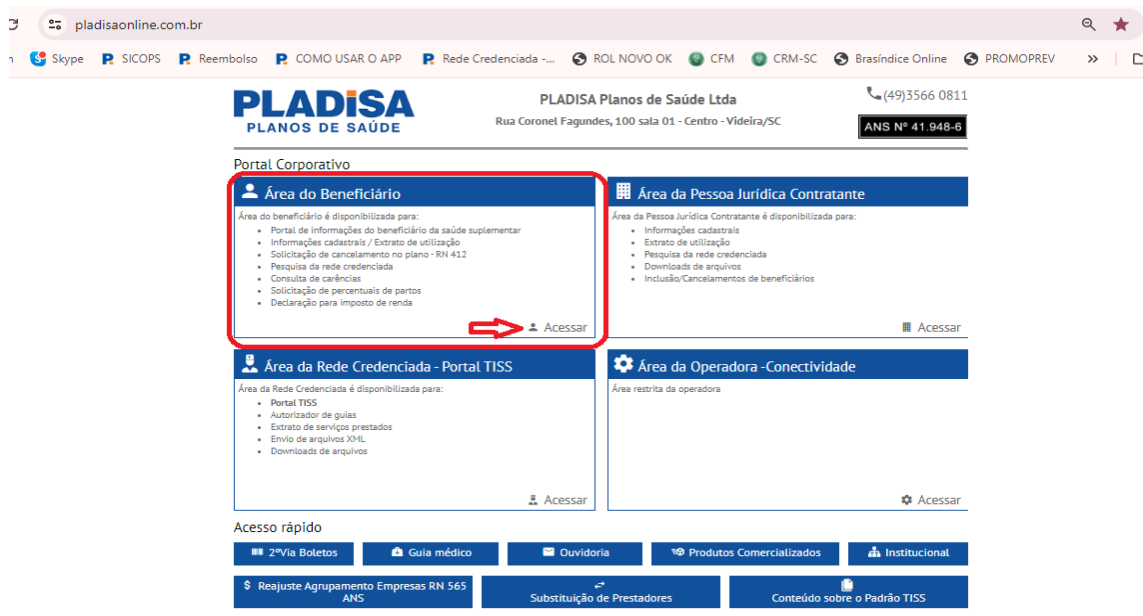
As regras de cancelamento total de contratação para empresas devem seguir as regras previstas em contrato.

Portal Cooperativo

Você pode acessar o portal cooperativo através de nosso site: <https://pladisa.com.br/> no ícone identificado abaixo.



Acesse a janela **ÁREA DO BENEFICIÁRIO** com seu login e senha, mesmos do APP que foi enviado por e-mail pela Operadora:



Serviços úteis (funcionalidades disponíveis em nosso site)

Segunda via de boleto: Caso precise de uma segunda via de boleto, pode solicitar no site pelo caminho: clicar no ícone PARA VOCÊ >> SERVIÇOS ONLINE >> 2ª VIA DE BOLETO.

Solicitação de documentos ou informação: No site, na aba PARA VOCÊ >> SERVIÇOS ONLINE >> SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS você terá acesso a diversas solicitações que poderão agilizar seu atendimento. Após abrir o protocolo, em até 48 horas nossa equipe dará o retorno por e-mail. Veja os itens que poderão ser solicitados:

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS OU INFORMAÇÃO

ATENÇÃO, após o recebimento deste, a Operadora tem o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para dar retorno quanto ao pedido. O retorno será formalizado por e-mail e no mesmo será enviado o devido Protocolo de Atendimento.

Titular Dependente Empresa

Nome Titular Código titular Plano Contratado E-mail

A que se refere o pedido

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cópia de contrato | <input type="checkbox"/> Cópia de termo de adesão | <input type="checkbox"/> Solicitação de carteirinha |
| <input type="checkbox"/> Valor da mensalidade – verificação de reajuste | <input type="checkbox"/> Declaração de Imposto de Renda (IR) | <input type="checkbox"/> Extrato de Utilização |
| <input type="checkbox"/> Verificação de despesas | <input type="checkbox"/> Solicitação de orçamento de procedimentos | <input type="checkbox"/> Solicitação de procedimentos especiais |
| <input type="checkbox"/> Envio de guias autorizadas | <input type="checkbox"/> Reavaliação de Reembolso Indeferido | <input type="checkbox"/> Revalidação de guias |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Solicitação de Boleto | |

Descreva sua necessidade

Descreva aqui sua necessidade.

Boas práticas para usos dos serviços credenciados

Quando não puder comparecer à consulta, avise o serviço com pelo menos 24h de antecedência. Desta forma, outra pessoa poderá utilizar aquele horário.

Antes de ir à consulta, anote o que deseja discutir com o médico, assim o tempo de atendimento será bem aproveitado e tudo o que te preocupa será abordado.

SAB (Serviço de Atendimento ao Beneficiário)

O SAB é um serviço de atendimento rotineiro, focado no relacionamento direto com os BENEFICIÁRIOS para solicitações de todos os aspectos relacionados ao plano contratado. Ele oferece informações gerais sobre atendimento e pode resolver problemas de acesso, dúvidas, reclamações, entre outros.

Apesar disso, o SAB tem alto volume de demanda e, portanto, pode demorar a atender à solicitação. Neste sentido, sempre que possível, tente ter em mãos os documentos e informações necessárias, bem como, solicitar diretamente ao setor responsável pela demanda para agilizar seu atendimento.

Quando chamar este canal:

- Dúvidas, informações, solicitações, boletos, rede credenciada, faturas, cobranças, coberturas, contrato, etc.
- Quando surgirem dúvidas específicas sobre seu plano de saúde (cobertura, tipo de plano, dependentes, etc.) ou sobre a rede credenciada (agendamentos, profissionais credenciados, consultas, etc.).

- Solicitar assistência para consultas, atendimentos, tratamentos, exames, etc.

Prazo de atendimento:

- Para demandas assistenciais serão seguidos os prazos conforme a RN 566/2022 da ANS.
- Para demandas administrativas o prazo será de 10 (dez) dias úteis.

Ouvidoria

A Ouvidoria é um serviço complementar de atendimento. Trata-se de um órgão de 2ª instância, como um canal recursal, para demandas que não tenham sido resolvidas pelo SAB ou SAP (canais convencionais de atendimento).

Através deste canal podem ser recebidas: sugestões, elogios, denúncias, reclamações, reanálises de negativas de atendimento (conforme a RN395/2016 da ANS). Além disso, o setor de Ouvidoria também é responsável pelo atendimento de demandas que sejam relacionadas ao Procon.

Nossa Ouvidoria é instituída e segue o predisposto na RN 323/2013 da ANS.

Quando chamar este canal:

- Sempre que queira remeter sugestões, elogios, denúncias, reclamações.
- Quando for necessário que sejam revisadas demandas como negativas de cobertura.
- Em situações que os canais convencionais não tenham resolvido a demanda.

Prazo de retorno da Ouvidoria:

- Em até 7 (sete) dias úteis para manifestações comuns.
- Em até 30 (trinta) dias úteis para demandas complexas conforme previsto na RN 323/2011 da ANS.
- Em casos de reanálise das assistências, serão seguidos os prazos conforme a RN 566/2022 da ANS.

Meios de acessos aos serviços/Comunicação

Beneficiários:

- Recomendamos que o chamado inicial seja pelo telefone (49) 3566-0811, pois através de nossa Central Telefônica você poderá escolher o setor a que se refere sua demanda e ter sua solicitação rapidamente atendida.
- A segunda opção recomendada é pelo nosso site. Ao escolher a opção SAB, sua demanda será direcionada para o setor específico, agilizando seu atendimento.

Ouvidoria:

- A opção recomendada é pelo site. Ao escolher a opção OUVIDORIA agilizando, você será direcionado ao setor mencionado, agilizando seu atendimento.
- Também há a opção de contato telefônico através dos números (49) 3566-0811 pela opção Ouvidoria ou (49) 3566-0811 pela opção 9.

MEIO	SAB	OUVIDORIA
Telefonia	(49) 3566 0811 – aguardar atendimento do SAC	(49) 3566 0811 Opção 9
E-mail	atendimento@pladisa.com.br	ouvidoria@pladisa.com.br
WhatsApp	(49) 9 9195 4982 – o atendimento pode demorar devido ao alto fluxo de mensagens	Não há esta opção para Ouvidoria.

Se o boleto não for pago, o que acontece?

- Após 10 (dez) dias do vencimento do boleto, o nosso sistema passa a emitir a mensagem de bloqueio para atendimentos solicitando que o cliente faça contato com a Operadora.
- Após a inadimplência de 60 (sessenta) dias, o plano é automaticamente cancelado.