

Aviso Importante: informativo de caráter referencial. Valores, regras de comercialização, rede credenciada e condições contratuais são determinadas pelas seguradoras/operadoras e podem ser alterados pelas mesmas a qualquer momento. Os preços e condições estão sujeitos a confirmação no ato do fechamento do contrato.

Taxa de Cadastro Isenção de taxa de cadastro

Aviso Importante: informativo de caráter referencial. Valores, regras de comercialização, rede credenciada e condições contratuais são determinadas pelas seguradoras/operadoras e podem ser alterados pelas mesmas a qualquer momento. Os preços e condições estão sujeitos a confirmação no ato do fechamento do contrato.

TABELA DE VALORES

Tabela de Valores Individuais SEM Coparticipação

Válido de 01/11/2019 até 31/01/2020

Idade	Essencial V [E]	Essencial VI [A]	Regional [E]	Regional [A]
00 a 18	209,92	260,98	312,75	388,67
19 a 23	268,74	334,05	400,35	497,54
24 a 28	285,40	354,76	425,21	528,39
29 a 33	293,65	365,01	437,54	543,82
34 a 38	320,72	398,66	477,79	593,85
39 a 43	365,59	454,43	544,68	676,99
44 a 48	513,07	637,75	764,68	947,72
49 a 53	685,36	851,91	1021,08	1269,00
54 a 58	768,91	955,76	1145,65	1423,82
59 ou +	1253,32	1557,89	1867,41	2310,29

Tabela de Valores Individuais COM Coparticipação

Válido de 01/11/2019 até 31/01/2020

Idade	Essencial VII [E]	Essencial VIII [A]	Regional [E]	Regional [A]
00 a 18	164,31	202,19	244,49	301,16
19 a 23	210,33	258,80	312,95	385,45
24 a 28	223,37	274,85	332,35	409,35
29 a 33	229,83	282,79	341,99	421,22
34 a 38	251,02	308,86	373,49	459,97
39 a 43	286,14	352,07	425,74	526,11
44 a 48	401,57	494,10	597,44	736,34
49 a 53	536,42	660,02	798,06	983,90
54 a 58	601,81	740,48	895,42	1103,94
59 ou +	980,95	1206,98	1459,53	1791,36

REDE CREDENCIADA

Grande SP - Leste - SP	Essencial V [E]	Essencial VI [A]	Essencial VII [E]	Essencial VIII [A]	Regional [E]	Regional [A]
Hospitais						
H e Mat Ipiranga de Arujá - Arujá	-	-	-	-	H,M,PS	H,M,PS
Grande SP - Norte - SP						
Hospitais						
H Unimed Guarulhos - Unid I - Guarulhos	H,PS	H,PS	H,PS	H,PS	H,PS	H,PS
H Unimed Guarulhos - Unid II - Guarulhos	H,M,PS	H,M,PS	H,M,PS	H,M,PS	H,M,PS	H,M,PS
H e Mat Bom Clima - Guarulhos	-	-	-	-	H,M,PS	H,M,PS
H Stella Maris - Guarulhos	-	-	-	-	H,PSA	H,PSA
Irmandade Sta Casa de Misericórdia de Sta Isabel - Santa Isabel	-	-	-	-	H,PS	H,PS
Laboratórios						
	Essencial V [E]	Essencial VI [A]	Essencial VII [E]	Essencial VIII [A]	Regional [E]	Regional [A]

Lab 8 de Dezembro	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB	LAB
Lab Cepac	-	-	-	-	LAB	LAB
Lab Deliberato	-	-	-	-	LAB	LAB
Lab Lavoisier	-	-	-	-	LAB	LAB
Lab Nasa	-	-	-	-	LAB	LAB

Legenda de Atendimentos

H: Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PSA:** Pronto Socorro - Adulto | **LAB:** Laboratório | **✔:** Possui atendimento, porém a operadora/seguradora não divulga quais tipos de atendimento são oferecidos

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

- ▶ Isenção de taxa de cadastro

Composição

- ▶ **Individual:** Todos os beneficiários sem limite de idade para aceitação.

Regras Gerais

- ▶ **Titular:** a assinatura do contrato de adesão deve ser exatamente igual ao documento entregue (RG ou CNH), é obrigatório informar também o número do telefone e e-mail do titular.
- ▶ Caso a assinatura esteja divergente do documento enviado, poderá assinar corretamente ao lado da assinatura anterior.
- ▶ **Seguindo determinação da ANS (Agência Nacional de Saúde),** não serão aceitos contratos, com beneficiários titulares sem CPF, mesmo que menores de idade e com responsável.
- ▶ Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, permanece a obrigatoriedade de responsável pai, mãe e tutor com CPF.
- ▶ **Responsável Financeiro**
Se parente consanguíneo, o mesmo pode assinar a proposta. Porém, se o titular for menor de idade, o mesmo deverá acompanhá-lo em entrevista qualificada na Unimed Guarulhos, para então assinar o documento juntamente com o médico responsável.
Se parente por afinidade, deverá assinar a proposta em conjunto com o responsável legal (pai, mãe ou quem detiver a tutela).
Se o titular for maior, o mesmo deverá assinar a proposta em conjunto com o responsável financeiro.

Regras de Coparticipação

Valores e percentuais de coparticipação e franquia por categoria de plano											
Planos	Consulta eletiva	Consulta urgência e emergência	Exames especiais	Exames básicos	Hemoterapia procedimentos	Fisioterapia	Atendimento ambulatorial	Procedimentos ambulatoriais básicos	Procedimentos ambulatoriais especiais	Franquia de Internação	Franquia de internação psiquiátrica
Essencial VII	40% com limite de R\$ 15,00	40% com limite de R\$ 20,00	40% com limite de R\$ 30,00	40% com limite de R\$ 15,00	40% com limite de R\$ 30,00	40% com limite de R\$ 30,00	40% com limite de R\$ 30,00	40% com limite de R\$ 30,00	40% com limite de R\$ 30,00	R\$ 75,00 Enfermaria	50% do valor da internação
Essencial VIII										R\$ 110,00 Apartamento	

Valores e percentuais de coparticipação por categoria de plano								
Planos	Consultas	Exames básicos	Exames Especial	Procedimentos ambulatoriais básicos e especiais	Terapias (por sessão)	Fisioterapias (por sessão)	Internações	Internações Psiquiátricas
Regional – Enf.	10,00	5,00	10,00	10,00	10,00	10,00	75,00	50% do valor da internação
Regional – Apto.	10,00	5,00	10,00	10,00	10,00	10,00	110,00	

Entrevista Qualificada

- ▶ Todas as vendas para Pessoa Física serão obrigatórias a realização de Entrevista Qualificada para todas as faixas etárias com agendamento prévio antes da assinatura do contrato.
 - O agendamento deve ser feito no telefone (11) 2463 8000 - opção 04.
 - Documentos necessários para beneficiários de 0 a 2 anos 11 meses e 29 dias: certidão de nascimento, alta hospitalar, resultado do exame do pezinho e carteira de vacinação, RG ou CNH do responsável.
 - Beneficiários maiores de 3 anos: certidão de nascimento e o RG ou CNH (original) do responsável.
 - Beneficiários acima de 10 anos: certidão de nascimento ou RG e o RG ou CNH (original) do responsável.
 - A data da proposta não poderá ser anterior a realização da entrevista

Documentos Necessários

- ▶ **Titular maior:** cópia do RG, CPF (cópia ou a impressão do cartão via site da Receita Federal), CNS-Cartão Nacional da Saúde, comprovante de endereço em nome do titular atualizado com CEP, somente conta de consumo (água ou luz), não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.
- ▶ **Titular menor:** cópia do RG ou certidão de nascimento (obrigatório para nascidos a partir de 01/2010), CPF (cópia ou a impressão do cartão via site da Receita Federal) e CNS-Cartão Nacional da Saúde.
- ▶ **Responsável legal:** cópia do RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável atualizado com CEP, somente conta de consumo (água ou luz), não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.
- ▶ **Estrangeiros:** É obrigatória a apresentação do RNE, CPF e comprovante de endereço atualizado com CEP em nome próprio ou dos pais com comprovação de vínculo familiar.

Contratos e/ou Aditivos Vigentes

- ▶ Proposta de admissão - versão Junho/2017
- ▶ Aditamento de Redução de Carência - assinatura obrigatória apenas para redução de carência - [Clique aqui](#)
- ▶ Carta de orientação ao beneficiário que dispõe sobre o preenchimento da Declaração de Saúde padronizado pela ANS.
- ▶ Correção cadastral - não corrige data - enviar apenas assinado - [Clique aqui](#)
- ▶ Modelo Padrão da Declaração de convívio marital para novas vendas - [Clique aqui](#)

Vigência / Vencimento

- ▶ A vigência para utilização é 24 horas da data de assinatura no contrato.
- ▶ O vencimento das próximas mensalidades será de 30 dias contados da data de assinatura do contrato.

Prazo de Entrega das Propostas

- ▶ Após a data e assinatura da proposta o prazo máximo de entrega da mesma é de 24 horas de segunda a sexta-feira.

Área de Comercialização / Utilização

- ▶ **Plano Essencial** a área de abrangência de comercialização e utilização é somente no município de: Guarulhos
- ▶ **Plano Regional** a área de abrangência de comercialização e utilização é somente nos municípios de: Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba e Santa Isabel.

Telefones Úteis

- ▶ Central de atendimento ao corretor: 2463 8091
- ▶ Central de atendimento ao cliente: 2463 8000

Cancelamento do Contrato

- ▶ Verificar junto à operadora se há necessidade de permanência mínima no contrato, sob pena de multa, caso o cancelamento seja feito antes do prazo.
- ▶ O atraso nos pagamentos das mensalidades dos planos pessoa física por 60 dias acarretam o cancelamento do contrato e as mensalidades em aberto constituem dívida.
- ▶ Em casos de migração ou desistência, é necessário enviar carta de próprio punho, assinada pelo titular do plano e cópia do RG/CNH, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.
- ▶ As solicitações deverão ser encaminhadas diretamente para a operadora.
- ▶ Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Critérios de Redução de Carência

- ▶ Idade limite para redução de carência é de 58 anos 11 meses e 29 dias
- ▶ Aditivo de Redução de Carência - redução de carência válida para titulares e dependentes – é obrigatório o envio de 02 vias.
- ▶ Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;
- ▶ Para ter redução de carência – não pode ultrapassar 60 dias do ultimo vencimento pago ou da exclusão da empresa.
- ▶ Permite junção de planos anteriores desde que comprove com documentação e o intervalo entre os planos não seja superior a 30 dias.
- ▶ Reduz carência de todas operadoras com registro na ANS **exceto** para planos hospitalares, de auto gestão, Nipomed e outros cartões de descontos.
- ▶ **Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais:** apresentar declaração de permanência da operadora contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado e cópia da carteirinha.
- ▶ **Documentos para ex – beneficiários de planos individuais:** apresentar declaração de permanência da operadora contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado e cópia da carteirinha, ou cópia dos 03 últimos boletos com seus respectivos comprovantes de quitação e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento).
- ▶ **Ex-beneficiários da Unimed Guarulhos até 30 dias da exclusão:** a venda não pode ser feita através do corretor, o cliente deve entrar em contato com a central de atendimento da Unimed Guarulhos.
- ▶ **Ex-beneficiários da Unimed Guarulhos de 31 a 60 dias da exclusão:** a venda pode ser feita através do corretor com redução de carência de acordo com o aditivo, a redução não será realizada se a exclusão for decorrente de inadimplência.
- ▶

ITEM	QUADRO DE CARÊNCIAS			
	Procedimentos	Carência Contratual	06 a 12 meses	Acima de 12 meses
A	Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
B	Consultas eletivas	30 dias	24 horas	24 horas
C	Exames básicos	60 dias	24 horas	24 horas
D	Fisioterapia por sessão	90 dias	30 dias	24 horas
E	Exames especiais	120 dias	60 dias	30 dias
F	Procedimentos ambulatoriais básicos	120 dias	30 dias	24 horas
G	Procedimentos ambulatoriais especiais	180 dias	60 dias	30 dias
H	Terapias por sessão	180 dias	60 dias	30 dias
I	Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias	150 dias	120 dias
J	Internações psiquiátricas, inclusive em decorrência de dependência química.	180 dias	180 dias	180 dias
K	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
L	Preexistência	720 dias	720 dias	720 dias