

## Unihosp | familiar

corretora: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>

email: [contato@planosdesaudetodosaqui.com.br](mailto:contato@planosdesaudetodosaqui.com.br)

telefone: 11 4215.8900

tabela sujeita a alterações da operadora sem aviso prévio, confirme preços, rede e carencias no ato do fechamento do contrato.

## TABELA DE VALORES

### Tabela de Valores Familiares SEM Coparticipação

Válido a partir de 01/12/2017

Idade	Executivo 100 [E]	Executivo 200 [A]
00 a 18	114,77	172,16
19 a 23	137,73	206,59
24 a 28	158,38	237,58
29 a 33	174,22	261,34
34 a 38	191,65	287,47
39 a 43	233,81	350,71
44 a 48	303,95	455,93
49 a 53	395,13	592,71
54 a 58	482,06	723,11
59 ou +	684,52	1026,81

## REDE CREDENCIADA

### Executivo 100, Executivo 200

#### SP - Zona Leste

##### Hospitais

H 8 de Maio  
H Master Clin  
H Sta Clara V Matilde  
H Sto Expedito  
Madrecare Retaguarda Hospitalar - Itaquera - SP

#### SP - Zona Oeste

##### Hospitais

H Jardins

#### SP - ABCD

##### Hospitais

Comun Terap Bezerra Menezes - SBC - SP  
H das Acacias - Santo André - SP  
H Innova - Diadema - SP  
Sta Casa - Maua - SP  
Sta Casa - SBC - SP

#### SP - Grande SP - Leste

##### Hospitais

H Neurocenter - Guarulhos - SP

##### Laboratórios

Ghelfond, Lab Imedi, Lab Laborfase, Lab Ultra - SP

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### Taxa de Cadastro

Não tem taxa de cadastro

### Composição

**Familiar** - titular + dependentes (cônjuge, filhos solteiros sem limite de idade).

**Grupal** - Pai, mãe, avós ou Dois ou mais irmãos independentemente da idade

**Familiar** - Dois irmãos até 17 anos 11 meses e 29 dias

### Regras Gerais

É obrigatório o envio do comprovante de endereço de correspondência, caso seja diferente do endereço de residência

A assinatura da proposta deve ser igual ao documento enviado (RG ou CNH).

Beneficiários a partir de 59 anos poderá realizar avaliação médica que será agendada pela UniHosp.

Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, é obrigatório um responsável a partir de 18 anos com ou sem vínculo familiar.

É obrigatório constar o número do telefone do associado na proposta.

Preencher somente o campo de redução de carência se o cliente tiver direito a redução, caso contrário será necessário uma carta do beneficiário ciente que cumprirá as carências contratuais.

A assinatura do Promotor/Corretor também é obrigatória, e deve ser assinada pela mesma pessoa que assina a carta de orientação.

Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, o responsável financeiro poderá ser qualquer pessoa maior de 18 anos com CPF.

#### Documentos Necessários

**Titular maior:** Cópia do RG, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço em nome do titular não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

**Titular menor:** Cópia do RG, Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010), CPF e CNS - Cartão Nacional de Saúde.

**Cônjuge/companheira:** cópia do RG, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e certidão de casamento ou declaração de união estável com assinatura de ambos.

**Filhos ou enteados solteiros:** cópia do RG, CPF e CNS - Cartão Nacional de Saúde, Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010).

**Responsável legal:** Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

**Estrangeiros:** Cópia do RNE, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço em nome do titular não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

#### Vigência / Vencimento

A vigência para utilização é 24 horas da data de assinatura no contrato.

Data de assinatura	Data de vencimento do boleto
De 01 a 05	05 do mês
De 06 a 10	10 do mês
De 11 a 15	15 do mês
De 16 a 20	20 do mês
De 21 a 25	25 do mês
De 26 a 31	30 do mês

#### Área de Comercialização / Utilização

Só poderá ser comercializado e utilizado para residentes em: Arujá, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo/Capital, Santo André, Suzano e Taboão da Serra.

#### Cancelamento do Contrato

Caso a(o) Contratante solicite o cancelamento do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à Contratada no valor correspondente a 10% (dez por cento) das contraprestações à vencer até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato.

## CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

#### Crítérios de Redução de Carência

**A UniHosp se reserva no direito de analisar a documentação e, caso não sejam cumpridas as condições, os prazos de carências não serão reduzidos, permanecendo os prazos contratuais na íntegra.**

Os prazos de carências serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

Redução de carências validas para titular ou dependentes até 58 anos;

Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;

Para ter redução de carência – não pode ultrapassar 60 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa.

Segurados que queiram mudar da categoria enfermária para apartamento terá que cumprir carência de 06 meses para nova acomodação.

Reduz carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS, exceto para planos hospitalares, Nipomed e outros cartões de descontos.

**Ex – beneficiário da UniHosp Pessoa Física ou PME:** a venda pode ser feita através do corretor após 30 dias do cancelamento com as carências contratuais.

**Documentos para ex-beneficiários de planos individuais:** apresentar os 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato anterior ou carta original ou cópia da operadora;

**Documentos para ex-beneficiários de planos empresariais:** apresentar carta original da operadora ou da empresa contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes do titular e dependentes se houver com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.

Grupos	Procedimentos	Novo Beneficiário (Padrão ANS)	Novo Beneficiário	06 meses no plano anterior	06 meses no plano anterior – ACPR
1	Urgência e emergências	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas e exames básicos: Consultas eletivas em consultório, clínica ou centro médico. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio X sem contraste e eletrocardiograma.	180 dias	30 dias	Zero	Zero
3	Exames especializados: Citologia oncológica (Papanicolau), Colposcopia e Vulvoscopia, Peniscopia, Mamografia, Ultrassonografias, Ultrassonografias Morfológico, Teste ergométrico, Holter, Ecocardiograma convencional, Densitometria Óssea, Eletroencefalograma, provas alérgicas, Endoscopia digestiva, Broncoscopia, Colonoscopia, Anuscopia, Retossigmoidoscopia, Prova de Função Pulmonar, Eletroneuromiografia, Raio X Contrastado ou panorâmico, Bera, Otoneurológico completo.	180 dias	60 dias	Zero	Zero
4	Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, Fisioterapia, Acupuntura, Fonoaudiologia, Psicologia e/ou Psicoterapia e Nutricionista.	180 dias	90 dias	15 dias	Zero
5	Exames complexos: Exames de análises Clínicas complexos, Ultrassonografia com Doppler, Líquor,	180 dias	150 dias	60 dias	30 dias

	Litotripsia extracorpórea, Polissonografia, Mapeamento Cerebral, Histerosalpingografia, PAAF.				
6	Internações de alta complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de Alta Complexidade conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN Nº428/17 e suas atualizações, como Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angio- RM, Angiotomografia, OCT, Cintilografia, Angioplastia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, entre outros.	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias
7	Doenças e lesões preexistentes	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias
8	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

\*ACPR – Aditivo de Carência Promocional Regional

**Importante:** Para beneficiários oriundos de operadoras de abrangência Nacional com 06 meses de permanência no plano anterior, serão aplicadas as carências do código 02.

As coberturas do Grupo 5 e 6 serão direcionadas à Rede Referenciada;