

**Corretora autorizada**

- Telefone: (11) 4215.8900
- Email: [contato@planosdesaudetodosaqui.com.br](mailto:contato@planosdesaudetodosaqui.com.br)
- Site: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>
- Esta tabela é de caráter referencial, todos os dados estão sujeitos à alteração sem aviso prévio por parte da operadora.
- Rede completa e mais informações em <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br/uni hosp>

## TABELA DE VALORES

**Tabela de Valores Familiares SEM Coparticipação****[E]** Enfermaria | **[A]** Apartamento

Válido a partir de 01/09/2017

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****Zona Leste****Hospitais**

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

**Zona Oeste****Hospitais**

(HG) H Jardins (HG)  
(HG)  
**Laboratórios**  
(HG) Ghelfond, Lab Imedi, Lab Laborfase, Lab Vital, Lab Biolab  
(HG)

**Legenda de Atendimentos**

EL: Exames Laboratoriais | HG: Hospital Geral |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**Taxa de Cadastro**

Não tem taxa de cadastro

**Composição****Familiar:** Titular + dependentes (cônjuge, filhos solteiros até 18 anos 11 meses e 29 dias ou até 24 anos 11 meses e 29 dias cursando universidade)**Regras Gerais**

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

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

Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, é obrigatório que o responsável seja pai, mãe ou tutor.

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.

**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.

**Dependentes maiores:** Cópia do RG, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde, certidão de casamento ou declaração de união estável com firma reconhecida do casal.

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

**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	Vencimento
De 01 a 05	05 do mês seguinte
De 06 a 10	10 do mês seguinte
De 11 a 15	15 do mês seguinte
De 16 a 20	20 do mês seguinte
De 21 a 25	25 do mês seguinte
De 26 a 31	30 do mês seguinte

#### Área de Comercialização / Utilização

Só poderá ser comercializado e utilizado para residentes em: Arujá, Carapicuíba, Cotia, Ferraz de Vasconcelos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, São Paulo/Capital, 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 partir de 01/07/17, a UniHosp se reserva no direito de analisar a documentação e, caso não sejam cumpridas as condições, os prazos de carências não serão reduzidos, permanendo os prazos contratuais na íntegra.**

Aditivo de redução de Carência - Sem limite de idade para redução.

Mínimo de 03 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 com comprovação de documentos, desde que **não** tenha intervalo entre os planos.

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

**Documentos para ex – beneficiários de planos individuais:** apresentar os 03 últimos boletos quitados originais ou cópia autenticada e carteirinha original ou cópia autenticada com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar contrato original ou cópia autenticada ou carta original da operadora, caso seja encaminhada por e-mail é necessário o envio do corpo do e-mail.

**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 dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.

**Ex – beneficiário da UniHosp Pessoa Física ou PME:** a venda pode ser feita através do corretor após 01 dia do cancelamento com as carências contratuais.

#### Documentos necessários:

- 1) Últimas 03 parcelas quitadas com prazo inferior a 60 dias de inadimplência e comprovação do tempo no plano anterior.
- 2) Anexar cópia do RG, CPF e comprovante de residência.

AS coberturas dos grupos citados no item do Grupo 4 e 5 terão atendimento somente na Rede Referenciada.

Para doença ou lesão preexistente será exigido o cumprimento de 720 dias para Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou 180 dias de agravo.

Código	Grupo de Coberturas	Origem planos regulamentados	
		Novo Beneficiário	03 meses de plano anterior
01	Cobertura dos casos de urgência e emergência	24 horas	Zero
02	Consultas e exames básicos: consultas médicas eletivas em consultórios, clínicas ou centro médicos. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raios-x sem contraste e eletrocardiograma.	30 dias	Zero
03	Citologia oncológica (Papanicolaou), colposcopia e vulvoscopia, peniscopia, mamografia, ultrassonografias, ultrassonografia morfológica, teste ergométrico, holter, ecocardiograma convencional, densitometria óssea, eletroencefalograma, provas alérgicas, endoscopia digestiva, broncoscopia, colonoscopia, anuscopia, retossigmoidoscopia, prova de função pulmonar, eletroneuromiografia, Raios-x com contraste ou panorâmico, Bera e otoneurologico completo.	60 dias	15 dias
04	Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, fisioterapia, RPG, acupuntura, fonoaudiologia, psicologia e/ou psicoterapia e nutricionista.	90 dias	15 dias
05	Exames complexos: Exames de análises clínicas complexos, ultrassonografia com doppler, liquor e litotripsia, extracorpórea, polissonografia, mapeamento cerebral, histerosalpingografia, PAAF.	150 dias	60 dias
06	Internações e procedimentos de alta complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimento de alta complexidade conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN Nº387/15.	180 dias	90 dias
07	Parto a termo	300 dias	300 dias
08	Doenças e lesões preexistentes	720 dias	720 dias