

**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/unimed-guarulhos>

**TABELA DE VALORES****Tabela de Valores Individuais SEM Coparticipação**

Válido a partir de 02/04/2018

Idade	Essencial V [E]	Essencial VI [A]	Regional [E]	Regional [A]
00 a 18	188,34	234,15	280,59	348,71
19 a 23	241,11	299,71	359,18	446,38
24 a 28	256,06	318,29	381,49	474,06
29 a 33	263,46	327,49	392,55	487,90
34 a 38	287,75	357,68	428,66	532,79
39 a 43	328,01	407,72	488,67	607,38
44 a 48	460,33	572,19	686,04	850,27
49 a 53	614,91	764,33	916,07	1138,51
54 a 58	689,87	857,50	1027,83	1277,41
59 ou +	1124,49	1397,73	1675,36	2072,73

**Tabela de Valores Individuais COM Coparticipação**

Válido a partir de 02/04/2018

Idade	Essencial VII [E]	Essencial VIII [A]	Regional [E]	Regional [A]
00 a 18	147,42	181,40	219,35	270,20
19 a 23	188,71	232,19	280,77	345,83
24 a 28	200,41	246,59	298,18	367,27
29 a 33	206,20	253,72	306,83	377,92
34 a 38	225,21	277,11	335,09	412,69
39 a 43	256,72	315,88	381,97	472,03
44 a 48	360,28	443,31	536,02	660,65
49 a 53	481,26	592,17	716,02	882,76
54 a 58	539,93	664,36	803,37	990,46
59 ou +	880,09	1082,91	1309,49	1607,22

**REDE CREDENCIADA****Essencial V, Essencial VI, Essencial VII, Essencial VIII****Grande SP - Norte****Hospitais**

H Unimed Unid I - Guarulhos - SP	(PSA,EL,PE)
H Unimed Unid II - Guarulhos - SP	(M,PS,EL,PE)

**Regional [E], Regional [A]****Grande SP - Leste****Hospitais**

H Ipiranga - Aruja - SP

(M,PS,PE)

**Grande SP - Norte****Hospitais**

H Bom Clima - Guarulhos - SP  
 H Saude - Guarulhos - SP  
 H Stella Maris - Guarulhos - SP  
 Sta Casa - Sta Isabel - SP

**Laboratórios**

Lab Lavoisier, Lab Nasa, Lab Cemad Clín - SP, Lab  
 Deliberato, Lab Cepac

(M,PS,PE)

(PSA,PE)

(PSA,PE)

(PS,PE)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### Taxa de Cadastro

R\$ 20,00 por contrato apenas para vendas da tabela SEM Coparticipação.

[Sem taxa de cadastro nos contratos COM Coparticipação.](#)

[Promocional.](#)

### Regras Gerais

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. Somente serão aceitos, além da escritura pública, declaração simples de convívio marital, reconhecida em cartório com duas testemunhas.

Propostas acompanhadas de RG e Certidão de Nascimento de filhos em comum, como documento comprobatório de união estável **serão devolvidas**.

**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.

A assinatura da proposta deve ser igual ao documento enviado na proposta.

Todas as propostas deverão ser entregues com a tabela assinada pelo corretor e cliente.

Propostas com declaração de saúde positiva serão analisadas pela Unimed Guarulhos e ficam sujeitas a realização de avaliação médica.

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.

### Avaliação Médica

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 03 anos 11 meses e 29 dias: certidão de nascimento, alta hospitalar, resultado do exame do pezinho e carteira de vacinação.

Documento necessário para demais beneficiários: RG, CNH ou certidão de nascimento.

### 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	

### 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, em nome do titular.

A comprovação será feita via Serasa.

**Titular menor:** cópia do RG, CPF (cópia ou a impressão do cartão via site da Receita Federal), CNS-Cartão Nacional da Saúde, certidão de nascimento (obrigatório para nascidos a partir de 01/2010).

**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.

### 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.

### 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.

### Cancelamento do Contrato

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

### Crêterios de Redu o de Carência

Idade mínima para redu o   de 04 anos e limitada a 58 anos 11 meses e 29 dias.

Aditivo de Redu o de Carência - redu o de carência válida para titulares e dependentes –   obrigatório o envio de 02 vias.

Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;

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

Permite jun o de planos anteriores desde que comprove com documenta o 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 Nipomed e outros cartões de descontos.

**Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais:** apresentar declara o de permanência da operadora contendo tipo da acomoda o, 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 os 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com início de vigência e acomoda o (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato anterior ou carta original ou cópia da operadora;

**Ex-beneficiários da Unimed Guarulhos até 30 dias da exclusão:** a venda não pode ser feita atrav  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 redu o de carência de acordo com o aditivo, a redu o 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	Interna�es clínicas e cirúrgicas	180 dias	150 dias	120 dias
J	Interna�es 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