

Guia do Consultor

Premium | Bahia





Entidades | Públicos

Estas são as entidades para as quais a Administradora oferece, em condições especiais, o plano de saúde coletivo por adesão Central Nacional Unimed. Os profissionais devidamente registrados em sua respectiva entidade podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

	ABRACEM Assoc. Brasileira de Consultores Empresariais e Profissionais Liberais Profissional Liberal	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TITULAR Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais liberais e microempresários individuais devidamente associados a ABRACEM.			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR Profissional Liberal: Cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso em ensino superior ou cópia da carteira do conselho regional e o comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade). Microempresário Individual: Cópia do Certificado da Condição de Microempendedor Individual – CCMEI que evidencie a atividade empresarial pelo período mínimo de 6 meses e comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).			
ANACOM	ANACOM Associação Nacional dos Comerciantes Empregador e Empregado do Comércio	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TITULAR Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais empregadores (sócios pessoas-físicas) e empregados de empresa do ramo do comércio devidamente associados a Associação Nacional dos Comerciantes – ANACOM.			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR Quando empregados de empresas do ramo do comércio: Apresentar o número do PIS, cópia da carteira de trabalho (CTPS) referente as páginas da foto, CNPJ da empresa, nome completo e cargo do empregado, cópia do comprovante de associação a Associação Nacional dos Comerciantes (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante de contribuição em favor da entidade). Quando empregadores (pessoas físicas) de empresas do ramo do comércio: Apresentar o número do PIS e cópia do contrato social ou cópia da última alteração do mesmo, e cópia do comprovante de associação a Associação Nacional dos Comerciantes (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante de contribuição em favor da entidade).			
	AVAASP Assoc. dos Vendedores Autônomos e Ambulantes de São Paulo Vendedor Autônomo e Ambulante	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TITULAR Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os vendedores autônomos e/ou ambulantes associados à AVAASP.			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR Cópia da carteira de associado e cópia da inscrição na previdência social como contribuinte individual ou facultativo ou doméstico ou segurado especial ou declaração original de associado emitida pela entidade e cópia da Inscrição no cadastro mobiliário de contribuintes do imposto sobre serviços de qualquer natureza na prefeitura de seu município.			
	FECOMÉRCIO-BA Federação do Comércio do Estado da Bahia Empregador do Comércio	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TITULAR Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os empregadores (sócios pessoas-físicas) de empresa, do ramo do comércio, bens e serviços representada por um sindicato filiado à Federação do Comércio do Estado da Bahia (FECOMÉRCIO-BA).			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR Cópia do contrato social ou cópia da última alteração do mesmo, que comprove vínculo societário com a empresa, com no mínimo 12 meses de constituição, do ramo do comércio, bens e serviços representada por um sindicato filiado à FECOMÉRCIO-BA.			
UDFE	UDFE União Democrática de Força Estudantil Estudante	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TITULAR Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes matriculados nos estabelecimentos de ensino infantil, fundamental, médio, ensino técnico e superior associados a UDFE – União Democrática de Força Estudantil.			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR Cópia da carteirinha de associação – UDFE (recente) e declaração original em papel timbrado com informação do CNPJ (impresso ou carimbo) da instituição de ensino para comprovar o vínculo retroativo no máximo a 6 meses, ou Cópia da carteirinha de associado – UDFE (recente) e comprovante de pagamento da mensalidade escolar quitado de no máximo 2 meses.			
	UNE União Nacional dos Estudantes Estudante Universitário	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TITULAR Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes de graduação do ensino superior associados à UNE.			
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR Cópia da carteirinha de identificação do estudante UNE (recente), ou cópia da mensalidade escolar (recente), ou declaração original do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, CNPJ da instituição de ensino, telefone e assinatura do funcionário da instituição de ensino ou cópia da matrícula e/ou carteirinha escolar (recente).			



Planos

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas ¹
Clássico Regional Salvador ADS- E (EA)	483.331/19-7	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Estilo Nacional ADS- E (EA)	483.271/19-0	Coletiva	Nacional	-
Estilo Nacional ADS- A (EA)	483.278/19-7	Individual	Nacional	-
Absoluto Nacional ADS- A (EA)	483.269/19-8	Individual	Nacional	-
Superior Nacional ADS- A (EA)	483.267/19-1	Individual	Nacional	-
Exclusivo Nacional ADS II- A (EA)	482.828/19-3	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU

¹ Para mais informações sobre o múltiplo de reembolso e Grupo de Municípios, consulte o Manual do Beneficiário.

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
Clássico Regional Salvador V.2 ADS I- E (EA)	483.470/19-4	Coletiva	Grupo de Municípios ¹	-
Estilo Nacional ADS I- E	481.874/18-1	Coletiva	Nacional	-
Estilo Nacional ADS I- A	481.873/18-3	Individual	Nacional	-
Absoluto Nacional ADS I- A	481.876/18-8	Individual	Nacional	-
Superior Nacional ADS I- A	481.871/18-7	Individual	Nacional	-

¹ Para mais informações sobre o Grupo de Municípios, consulte o Manual do Beneficiário.



Coberturas Garantidas

Para todos os planos

Para todos os planos relacionados neste Guia são contempladas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento.



Documentação dos dependentes

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none">• Cópia do RG e do CPF;• Cópia da Certidão de Casamento;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none">• Cópia do RG e cópia do CPF;• Declaração de União Estável lavrada em cartório ou Declaração de União Estável de próprio punho (contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2(duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) e Certidão de Nascimento de filho havido em comum e/ou prova do mesmo domicílio e/ou conta bancária conjunta e/ou escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente e/ou declaração de IR (Imposto de Renda);• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;• Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável registrada em cartório;• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela judicial*	<ul style="list-style-type: none">• Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda";• Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);• Cópia do CPF;• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) seja solteiro(a) e com até 34 (trinta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

ATENÇÃO: Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



Carências

Carências Contratuais e Redução de Carências

Procedimento	Carência contratual	Tempo de plano anterior (6 a 11 meses)	Tempo de plano anterior (A partir de 12 meses)
Urgências e Emergências	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Consultas eletivas	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames Básicos- aqueles não considerados como complexos	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) hora
Exames Especiais- exames classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou com Diretriz de Utilização (DUT)	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	0 (zero) hora
Procedimentos Terapêuticos especiais	180 (cento e oitenta)	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 (cento e oitenta)	90 (noventa) dias	0 (zero) hora
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 (cento e oitenta)	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 (cento e oitenta) dias	150 (cento e cinquenta) dias	0 (zero) hora
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias



Redução de Carências

Condições para Redução de Carências

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência, de Operadora Congênera, conforme a “Relação de operadoras congêneras” listada a seguir; ou
- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência de outra Unimed do Sistema ou da Central Nacional Unimed.
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo:
 - a. 60 (sessenta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta, para os casos de clientes oriundos de Operadora Congênera;
 - b. 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta, para os casos de clientes oriundos de outra Unimed do Sistema ou da Central Nacional Unimed, desde que não tenha ocorrido cancelamento pela RN 412.
- O beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, por período superior a 6 (seis) meses, conforme quadro de carências disposto a seguir.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia ou Referência.
- Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98.

Relação de Operadoras Congêneras

• Allianz	• Green Line	• SAMEL
• Amepplan	• Hapvida	• Santa Helena
• Amil	• Lincx	• São Cristóvão
• Assefaz	• Marítima	• Saúde Casseb
• BB Seguros	• Medial	• Saúde Sim
• Bio Vida	• Mediservice	• Slam
• Bradesco Saúde	• MedSenior	• Smile
• Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa)	• Nordeste Saúde	• Sompo Seguros
• Care Plus	• Omint	• Sul América
• Cassi	• One Health	• Trasmontano
• Dix Saúde	• Pame	• União Médica
• Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú)	• PlanSaúde (Hosp. Bom Samaritano)	• Unihosp
• Garantia de Saúde (Hosp. Adventistas de Belém e Manaus)	• Plena Saúde	• Unimed's (incluindo FAMA)
• Geap	• Porto Seguro	• Vitallis
• GNDI (Notre Dame Intermédica)	• Prevent Sênior	
• Golden Cross	• Promédica	

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Além das carências descritas acima, havendo na “Declaração de Saúde” a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como, por exemplo, obesidade mórbida.



Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS. Consulte os valores relativos à coparticipação na Tabela de Preços.



Pagamento

Taxa de angariação

A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado.

A taxa de angariação NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade.

Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

Valor mensal do benefício

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta-corrente de acordo com a tabela a seguir:

Forma de pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de pagamento
Boleto bancário	1º	Todo dia 1º	Em qualquer banco, até o vencimento
	10	Todo dia 10	
	20	Todo dia 20	
Débito automático em conta-corrente	1º	Todo dia 1º	001- Banco do Brasil 104- Caixa Econômica Federal
	10	Todo dia 10	237- Bradesco 341- Itaú
	20	Todo dia 20	070- BRB 033- Santander

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
- II) reajuste por mudança de faixa etária;
- III) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

Prazos para adesão

Data da proposta Recebimento da proposta	Início da vigência do benefício
Dia 16 a 25	Dia 1º
Dia 26 a 05	Dia 10
Dia 6 a 15	Dia 20



- Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.
- A **Central Nacional Unimed** disponibiliza para contratação o plano Referência. Para mais informações, contate seu supervisor.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta.
- Proposta sujeita à análise técnica.
- Consulte também o site da **Central Nacional Unimed**: www.centralnacionalunimed.com.br

