

# Guia do Consultor

Supremo | 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.

	<b>ABM   Associação Bahiana de Medicina</b> Médico	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 médicos e acadêmicos de medicina associados à Associação Bahiana de Medicina (ABM).

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

**Médicos:** Cópia da carteira de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM-UF) e cópia do comprovante de associado (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

**Estudantes:** Cópia da última mensalidade quitada da Faculdade ou declaração da Faculdade e cópia do comprovante de associado (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

	<b>ABO   Associação Brasileira de Odontologia – Seção Bahia</b> Cirurgião-Dentista	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 cirurgiões-dentistas associados à Associação Brasileira de Odontologia – Seção Bahia (ABO-BA) e regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CRO-BA), assim como os estudantes de graduação em Odontologia associados à ABO-BA.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

**Cirurgiões-dentistas:** Cópia da carteira do CRO-BA e cópia da carteira de associado a ABO-BA ou cópia da carteira do CRO-BA e declaração original de associado emitida pela entidade com anuidade paga.

**Estudantes de graduação em Odontologia:** Cópia da última mensalidade quitada da faculdade ou declaração da faculdade e cópia da carteira de associado a ABO-BA ou declaração original de associado emitida pela entidade com anuidade paga.

	<b>ABRABDIR   Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito</b> Advogado e Bacharel	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 advogados e bacharéis em direito associados à ABRABDIR – Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito ABRABDIR.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

**Advogados:** Cópia legível da carteira definitiva da OAB-UF ou cópia da certidão de inscrição expedida pela OAB-UF e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

**Bacharéis:** Cópia do diploma ou cópia da certidão de graduação em direito, obtido em instituição de ensino oficialmente autorizada e credenciada e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

	<b>ADEP-BA   Associação dos Defensores Públicos da Bahia</b> Defensor Público	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 defensores públicos, concursados e associados à Associação dos Defensores Públicos da Bahia (ADEP-BA).

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia do holerite comprovando contribuição à ADEP-BA ou cópia do holerite e cópia do comprovante de associação à ADEP-BA (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

	<b>AFB   Associação de Fisioterapeutas do Brasil</b> Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional	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 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais associados à Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB) e devidamente registrados em um dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOS).

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da Carteira do CREFITO, declaração de associado original e cópia do comprovante de pagamento à Entidade.



**AMB | Associação dos Magistrados Brasileiros**  
Magistrado

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os magistrados, devidamente associados à Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia da identidade funcional e cópia do comprovante de pagamento à PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, a Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB).



**AMB | Associação Médica Brasileira**  
Médico

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os médicos de cada estado, do território e do Distrito Federal, ativos no exercício da profissão (sócio pessoa física), devidamente inscritos no CRM/UF e associados a AMB – Associação Médica Brasileira.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia do registro no Conselho Regional de Medicina/UF e comprovante de associado a AMB – Associação Médica Brasileira (Carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).



**AMPARE | Associação Multibeneficente para Servidores Públicos**  
Servidor Público

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os servidores públicos associados à Associação Multibeneficente para Servidores Públicos (AMPARE).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia do holerite e cópia do comprovante de associação à AMPARE (carteira da entidade, declaração original da entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).



**ASPROFILI | Associação dos Profissionais Liberais**  
Profissional Liberal

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais liberais ativos nas categorias mencionadas e devidamente associados a ASPROFILI – Associação dos Profissionais Liberais.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

**Profissional Liberal:** Cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso superior/técnico ou cópia da carteira do conselho regional e comprovante de associação à ASPROFILI (Carteirinha da entidade, Declaração original da entidade ou Comprovante de contribuição em favor da entidade).

**Estudante Bacharel em Direito:** Cópia do comprovante de matrícula ou comprovante de pagamento da mensalidade do curso, e declaração original emitida pela instituição de ensino, e a declaração original de associado emitida pela ASPROFILI.



**CRA-BA | Conselho Regional de Administração da Bahia**  
Administrador

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os administradores devidamente registrados no Conselho Regional de Administração da Bahia (CRA-BA).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia da carteira do CRA-BA e declaração de adimplente ou declaração original de regularidade e adimplência no Conselho Regional de Administração BA.



**CRECI-BA | Conselho Regional de Corretores de Imóveis do Estado da Bahia – 9ª Região**  
Corretor de Imóvel

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os corretores de imóveis devidamente registrados no Conselho Regional de Corretores de Imóveis do Estado da Bahia – 9ª Região (CRECI-BA).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia da certidão de regularidade profissional (CARP) e cópia da carteira de corretor de imóveis.



**FNA | Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas**  
Arquiteto e Urbanista

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais de arquitetura e urbanismo no exercício da profissão, registrados em seus respectivos conselhos de classe e associados a um dos sindicatos filiados à Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas (FNA).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia da carteira do conselho regional e cópia do comprovante de associação (carteirinha do sindicato filiado à FNA ou declaração original de associado emitida pelo sindicato filiado à FNA ou comprovante da contribuição em favor de um sindicato filiado à FNA).



**GASP | Grupo Associativo dos Servidores Públicos**  
Servidor Público

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os servidores públicos ativos estaduais, municipais e federais associados ao Grupo Associativo dos Servidores Públicos (GASP).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia do holerite e Declaração original da Entidade comprovando o vínculo associativo à GASP.



**MÚTUA | Mútua de Assistência dos Profissionais da Engenharia, Arquitetura e Agronomia**  
Engenheiro e Profissional do CREA

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais registrados em um dos CREAs devidamente associados à Mútua de Assistência dos Profissionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia da carteira do CREA-UF e cópia da carteira da MÚTUA ou cópia da carteira do CREA-UF e declaração original de associação emitida pela MÚTUA.



**SINDICONTA-BA | Sindicato dos Contabilistas do Estado da Bahia**  
Contabilista

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os contabilistas e estudantes (nível universitário, a partir do 5º semestre, ou técnico, no último ano do nível médio) de contabilidade do Estado da Bahia, desde que associados ao Sindicato dos Contabilistas do Estado da Bahia (SINDICONTA-BA).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

**Profissionais:** Cópia da carteira do CRC-BA e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

**Estudantes:** Cópia do comprovante de escolaridade do último ano em curso técnico de contabilidade e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade) ou comprovante de matrícula a partir do 5º semestre do curso superior em contabilidade e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).



**SINPRO-BA | Sindicato dos Professores no Estado da Bahia**  
Professor

Comercialização  
 Sim  Não

Coparticipação  
 Sim  Não

**TITULAR**

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os professores, instrutores, monitores, regentes, supervisores, coordenadores educacionais e orientadores pedagógicos que sejam sócios ativos do Sindicato dos Professores no Estado da Bahia (SINPRO-BA).

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR**

Cópia do holerite comprovando a contribuição ao SINPRO-BA ou Declaração original de associado emitida pela entidade.



## Planos

### Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de consultas médicas <sup>1</sup>
Clássico Regional Salvador ADS- E (EF)	483.332/19-5	Coletiva	Grupo de Municípios <sup>2</sup>	-
Estilo Nacional ADS II- E (EF)	483.270/19-1	Coletiva	Nacional	1 vez a tabela CNU
Estilo Nacional ADS II- A (EF)	483.273/19-6	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Absoluto Nacional ADS II- A (EF)	483.268/19-0	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Superior Nacional ADS II- A (EF)	483.272/19-8	Individual	Nacional	2 vezes a tabela CNU
Exclusivo Nacional ADS II- A (EF)	482.829/19-1	Individual	Nacional	4 vezes a tabela CNU

<sup>1</sup>Para mais informações sobre o múltiplo de reembolso, consulte o Manual do Beneficiário.

<sup>2</sup>Para mais informações sobre o 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 <sup>1</sup>
Clássico Regional Salvador V.2 ADS I- E (EF)	483.469/19-1	Coletiva	Grupo de municípios <sup>2</sup>	-
Estilo Nacional ADS III- E (EF)	482.823/19-2	Coletiva	Nacional	1 vez a tabela CNU
Estilo Nacional ADS III- A (EF)	482.825/19-9	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Absoluto Nacional ADS III- A (EF)	482.835/19-6	Individual	Nacional	1 vez a tabela CNU
Superior Nacional ADS III- A (EF)	482.827/19-5	Individual	Nacional	2 vezes a tabela CNU

<sup>1</sup> Para mais informações sobre o múltiplo de reembolso, consulte o Manual do Beneficiário..

<sup>2</sup> 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"><li>• Cópia do RG e do CPF;</li><li>• Cópia da Certidão de Casamento;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do RG e cópia do CPF;</li><li>• 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);</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
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"><li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li><li>• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);</li><li>• Cópia do CPF;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
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"><li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li><li>• Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável registrada em cartório;</li><li>• Cópia do CPF;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;</li><li>• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;</li><li>• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);</li><li>• Cópia do CPF;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>
Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela judicial*	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda";</li><li>• Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);</li><li>• Cópia do CPF;</li><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.</li></ul>

\*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](http://www.centralnacionalunimed.com.br)

