SEGUROS Unimed PME

SOLUÇÕES EM SAÚDE

Manual PME REGIONAL

NOVO ESSENCIAL SALVADOR

*Ideal para empresas de **02 a 99 vidas** que buscam **atendimento regional**, **com e sem coparticipação** e flexibilidade de **Reembolso**.*

SEGUROS Unimed

Cuidando e
transformando a vida de

+7M

de clientes

Trazemos o ideal cooperativista em nosso DNA, e por isso, atuamos para compor soluções que beneficiem a coletividade. Com mais de 35 anos de história, entregamos aos nossos clientes mais do que produtos. **Entregamos confiança e solidez.**

Opções de plano
Condições de aceitação
Reembolso
Coparticipação
Redução de carências
Tabelas de prêmios
Tele entrevista
Unimed Odonto e Serviços Opcionais

Conheça as opções de planos

Novo Essencial PME Salvador I	Novo Essencial PME Salvador II	Novo Essencial PME Salvador III	Novo Essencial PME Salvador IV
Acomodação em enfermaria	Acomodação em apartamento	Acomodação em enfermaria	Acomodação em apartamento
Abrangência grupo de municípios	Abrangência grupo de municípios	Abrangência grupo de municípios	Abrangência grupo de municípios
Sem coparticipação	Sem coparticipação	Com coparticipação	Com coparticipação
Reembolso* **1x a tabela**	Reembolso* **1x a tabela**	Reembolso* **1x a tabela**	Reembolso* **1x a tabela**
Remissão 1 ano	Remissão 1 ano	Remissão 1 ano	Remissão 1 ano
Desconto em medicamentos	Desconto em medicamentos	Desconto em medicamentos	Desconto em medicamentos
Clube Seguros	Clube Seguros	Clube Seguros	Clube Seguros
Unimed Odonto	Unimed Odonto	Unimed Odonto	Unimed Odonto

*Múltiplos dos reembolsos se referem às consultas.

Características

Abrangência Geográfica
Regional

Atendimento de Urgência e Emergência Nacional pelo Sistema Unimed (Intercâmbio).

Segmentação Assistencial
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Coletivo Empresarial De 2 a 99 vidas
Mínimo Compulsório: 2 vidas – 1 titular
Mínimo Facultativo: 2 vidas – 1 titular

Porte I – 2 a 4 vidas;
Porte II – 5 a 29 vidas;
Porte III – 30 a 99 vidas.

Grupo de Municípios

- Salvador
- Santo Amaro
- Simões Filho
- Camaçari
- Candeias
- Lauro de Freitas
- Mata de São João.

Porta de entrada preferencial:

Atenção Primária à Saúde (APS)

- Percurso assistencial direcionado e coordenado.
- Os atendimentos iniciais e ambulatoriais serão prestados exclusivamente pelo prestador designado pela seguradora para promover e atender em âmbito de Atenção Primária à Saúde.
- O prestador designado primária fará o direcionamento e coordenação do percurso assistencial para os demais níveis de atendimento.

Tipos de empresas

Para contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial à empresários individuais, a empresa deverá apresentar documento que confirme sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral na Receita Federal, e outros que venham a ser exigidos pela legislação vigente.

TIPO DE EMPRESAS ACEITAS (EMPRESARIO INDIVIDUAL E LTDA)

- ME (Microempresa);
- EPP (Empresa de pequeno porte);
- EIRELI (Empresa Individual de Responsabilidade Limitada).
- SU (Sociedade Unipessoal de Advocacia)

A aceitação está condicionada à comprovação de atividade ativa e regular.

Conforme a Resolução Normativa nº 557, a documentação abaixo será solicitada anualmente, no mês de aniversário do contrato:

Ato constitutivo da empresa e eventuais alterações, devidamente registradas na Junta Comercial	**Certidão de inteiro teor.**

A não apresentação da documentação dentro do prazo pode resultar em rescisão do contrato, mediante aviso prévio de 60 dias.

Importante

Dos tipos de empresários individuais (EI), **não temos aceitação para MEI e CAEPF**, exceto, quando se tratar de inclusão de subestipulante, na condição de Prestador de Serviços PJ, desde que esteja em conformidade com a Resolução Normativa 557 e com as condições de aceitação da Seguros Unimed, apresentando a documentação necessária prevista neste manual (pag.15).

Orientação ao corretor

✔ Validar o tipo de empresa antes da cotação
✔ Conferir enquadramento jurídico (EI, ME, EPP, EIRELI...)
✔ Alinhar expectativa sobre renovação documental anual

Elegibilidade

Titulares

Vinculados à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatuária;

Dependentes

- **Cônjuge ou companheiro(a):** mediante as documentações comprobatórias legais;
- **Filhos:** solteiros com até 45 anos, 11 meses e 29 dias;
- **Filhos e enteados solteiros, incapazes:** maiores de 45 anos, 11 meses e 29 dias, desde que comprovada sua incapacidade civil, mediante a apresentação pelo segurado titular, cumulativamente, dos seguintes documentos: *certidão de nascimento, Termo de Curatela e comprovante de dependência econômica declarada pelo titular do plano no Imposto de Renda, conforme especificado nas condições gerais do produto;*
- **Netos**: solteiros até 45 anos, 11 meses e 29 dias.

COMPULSÓRIO	FACULTATIVO
Mínimo 2 vidas, sendo 1 titular;	Para empresas com, no máximo, 199 funcionários no total do FGTS**;
100% FGTS, Sócios, Administradores, Categoria funcional ou da região;	Mínimo 2 vidas, sendo 1 titular;
50% de prestadores de serviços pessoa jurídica (titular + dependente) sob a massa contratada, nos ramos de advocacia, TI e engenharia*;	50% de prestadores de serviços pessoa jurídica (titular + dependente) sob a massa contratada, nos ramos de advocacia, TI e engenharia*;
40% de prestadores de serviços pessoa jurídica (titular + dependente) sob a massa contratada nos demais ramos*.	40% de prestadores de serviços pessoa jurídica (titular + dependente) sob a massa contratada nos demais ramos*.

Caso existam funcionários afastados, casos crônicos, internados, segurados em tratamento, home care, demitidos, aposentados, aposentados por invalidez, gestantes e remidos, casos com liminar, o estudo deverá ser submetido à **análise técnica.**

Na modalidade **compulsória** para sócios, **caso algum sócio não queira aderir ao seguro Saúde,** pelo fato de já possuir plano vigente com outra Seguradora/Operadora, este poderá apresentar a **carta modelo Seguros Unimed**, alegando desinteresse ao plano na implantação e durante a vigência do contrato, e mais a cópia da carteira do convênio atual, frente e verso, para comprovar o plano ativo junto à congênere.

Carta de não Adesão de sócio

**Mediante contrato de prestação de serviço com duração mínima de 12 meses e apresentação das últimas 3 notas fiscais de prestação de serviço.*

***Serão somados todos os funcionários das filiais e coligadas (até atingir 199 vidas).*

Checklist de implantação

Das Empresas

- **Contrato Social ou Estatuto** *(contendo as últimas alterações);*
- **Cartão do CNPJ atualizado;**
- **Ata de eleição de cargo para estatutários** *(conselho de administração) – não aceitamos Ata de Reuniões;*
- **GFIP, FGTS integral** *com comprovante de pagamento do mês anterior ao da contratação;*
- **Cópia do contrato de estágio vigente** *entre o beneficiário e a instituição e do contrato entre a empresa contratante e a instituição de ensino para estagiários;*
- **Recém-contratados**: *aceitos apenas recém-contratados até 30 dias da data de admissão, mediante apresentação da cópia CTPS e ficha de registro;*
- **Declaração de Dependência Econômica** – *apresentação em caso de agregados e filhos maiores de 39 anos;*
- **Proposta de Contratação (digital);**
- **Cartões-Proposta** – *Implantações abaixo de 30 vidas (digital);*
- **Layout** – *Autoexplicativo – Implantações a partir de 30 vidas;*
- **Termo de Oferecimento de Plano Referência (digital)** *– Enviados somente pela estipulante do contrato.*
- **Se elegibilidade por localidade:** *apresentar Carta Assinada pelo estipulante confirmando a compulsoriedade por região (UF) detalhando a quantidade de vidas por UF.*

IMPORTANTE!

- Toda a documentação deverá conter a assinatura do Responsável e não poderá divergir da assinatura do Contrato/Estatuto apresentado;
- Caso o Responsável não conste no Contrato Social, deverá ser apresentada procuração registrada em cartório;
- Em caso de Prestador de Serviço (PJ), apresentar Contrato de Prestação de Serviço e Últimas 3 Notas Fiscais Emitidas - deverão ser vinculados ao CNPJ da Estipulante. O contrato do Prestador com a Contratante deverá possuir duração mínima de 12 meses;
- A documentação não poderá ser manuscrita;
- Compulsoriedade 100% total da região, se torna obrigatório o envio do comprovante de endereço para validação da localidade.

Dos Beneficiários

- **Cônjuge:** *Foto da Certidão de Casamento;*
- **Companheiros**: *Escritura pública;* ***ou*** *Documento Padrão Seguros + filhos em comum (certidão de nascimento do filho);* ***ou*** *Conforme norma INSS,* mínimo 3 dos seguintes documentos:
- *Certidão de nascimento de filho em comum;*
- *Certidão de casamento Religioso;*
- *Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;*
- *Disposições testamentárias;*
- *Declaração especial feita perante tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);*
- *Prova de mesmo domicílio;*
- *Procuração ou fiança reciprocamente outorgada*
- *Conta bancária conjunta;*
- *Anotação constante de ficha ou Livro de Registro de empregados;*
- *Apólice de seguro da qual conste o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;*
- *Ficha de tratamento em instituição de assistência médica da qual conste o beneficiário como responsável;*
- *Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome do dependente.*
- **Cópia da Certidão de Nascimento para filhos menores de 18 anos;**
- **Cópia da Certidão de Aposentadoria** *por Invalidez, emitida pelo INSS, para filhos inválidos de qualquer idade;*
- **Cópia do Termo de Tutela ou do Termo de Guarda Definitiva** *expedido pela autoridade competente, para menores sob guarda ou tutela do beneficiário titular.*

Subestipulantes

Como complemento, além dos documentos acima, as Subestipulantes também devem enviar:

- **Recém-contratados:** aceitos apenas recém-contratados até 30 dias da data de admissão, mediante apresentação da cópia CTPS e ficha de registro ou E-social
- **Nome da(s) controladora(s), controlada(s) ou coligada(s);**
- **Aditivo de Subestipulante**– Sócio em comum ou mesmo grupo econômico (digital) ou carta da empresa no caso de filiais;

Vigência de contrato PME

O início de vigência do contrato está **atrelado ao pagamento do 1º boleto**. O nosso cliente poderá escolher o início de vigência, pagando o boleto na data desejada para o início da competência.

Vigência	Faturamento	Vencimento
1 a 10	Dia 21	Igual data de pagamento
11 a 20	Dia 2	Igual data de pagamento
21 a 30	Dia 11	Igual data de pagamento

Duração do Contrato

O prazo de vigência deste Seguro Saúde são de **24 (vinte e quatro)** meses e seu início se dará a partir da data mencionada na Proposta de Contratação do Seguro do Seguro.

O Seguro será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, salvo se ocorrer manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias antes da data do vencimento.

- A vigência é liberada imediatamente após o pagamento, então é importante que orientemos o proponente sobre a quitação do boleto, se adequando a sua necessidade, **dentro do prazo dos 70 dias.**
- Na existência de subestipulantes, é gerado um boleto único com a soma dos valores.
- O kit boas-vindas é enviado 24 horas após a baixa do pagamento.

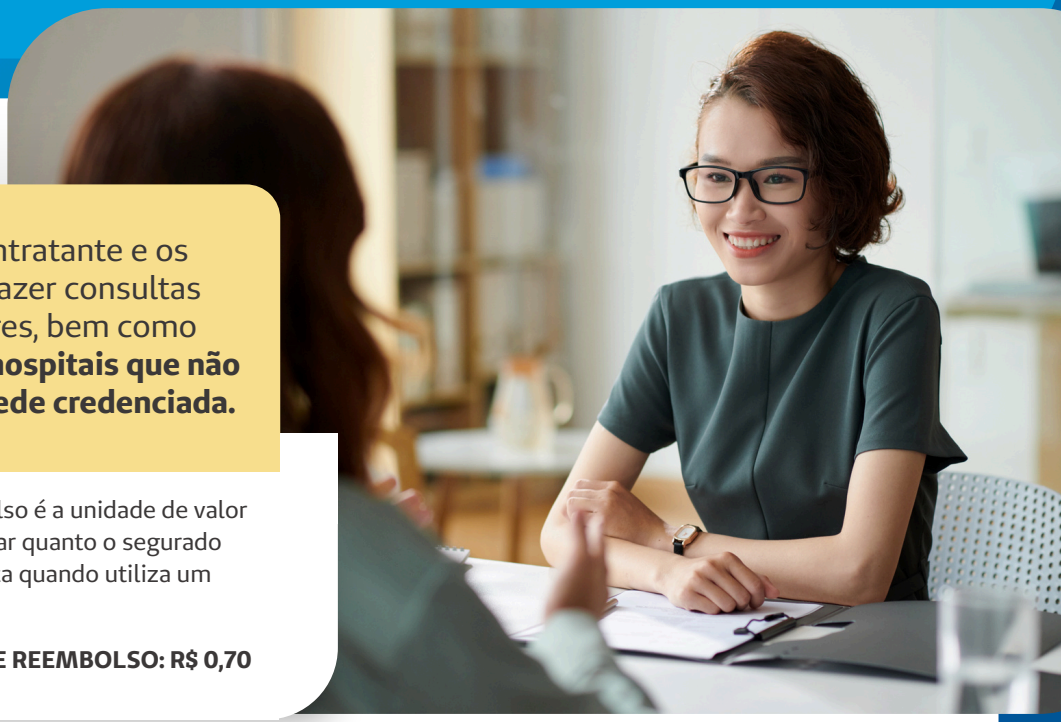
CONDIÇÕES GERAIS | Cláusula XVII- RESCISÃO/SUSPENSÃO

Se o cancelamento ocorrer antes do período inicial de vigência do contrato, definido na proposta de contratação, o ESTIPULANTE responderá também pelas despesas de implantação do Seguro, correspondente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades vincendas até o término da vigência inicialmente acordada, calculado com base no valor da última fatura vigente.

Em conformidade com as normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e visando à preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, fica estabelecida a aplicação de multa por rescisão imotivada quando o cancelamento ocorrer antes do término da vigência contratual estabelecida na Proposta de Contratação.

A multa será aplicada proporcionalmente às mensalidades vincendas referentes ao período remanescente até o término da vigência contratual.

Reembolso



Com o reembolso, o contratante e os colaboradores podem fazer consultas com médicos particulares, bem como **utilizar laboratórios e hospitais que não fazem parte de nossa rede credenciada.**

A moeda de reembolso é a unidade de valor utilizada para calcular quanto o segurado pode receber de volta quando utiliza um serviço.

MOEDA PADRÃO DE REEMBOLSO: R$ 0,70

Alguns **exemplos de valores máximos de reembolsos para alguns tipos de procedimentos e terapias:**

Serviços	Essencial PME I	Essencial PME II	Essencial PME III	Essencial PME IV
Consulta Eletiva	70,00	70,00	70,00	70,00
Psicoterapia	42,00	42,00	42,00	42,00
Fonoaudiologia	42,00	42,00	42,00	42,00
Nutricionista	42,00	42,00	42,00	42,00
Terapia ocupacional	42,00	42,00	42,00	42,00
RPG (Reeducação Postural Global)	42,00	42,00	42,00	42,00
Acupuntura	42,00	42,00	42,00	42,00
Escleroterapia	16,80	16,80	16,80	16,80

Terapias

Valores em R$

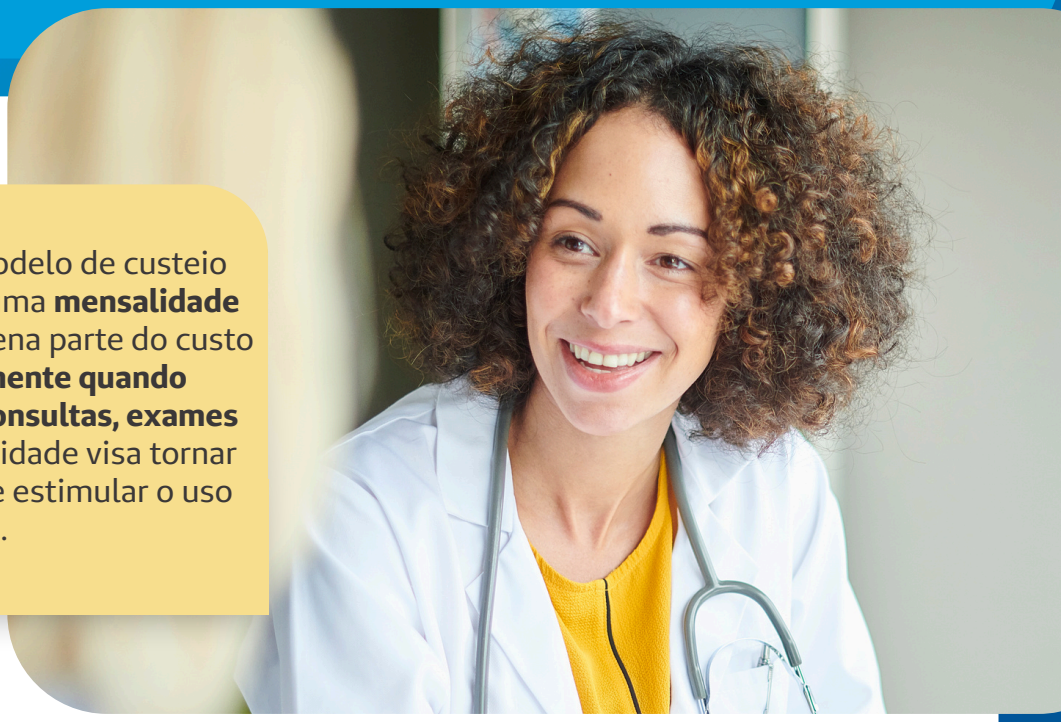
	Consultas	Terapias
Essencial PME I	1,0x	0,6x
Essencial PME II	1,0x	0,6x
Essencial PME III	1,0x	0,6x
Essencial PME IV	1,0x	0,6x

Exemplo: (multiplicador 1x)
Reembolso: 100* × R$0,70 × 1 = R$100
Se o médico cobrou R$300, o reembolso será limitado a esses valores.

*quantidade de consultas solicitadas

1. Beneficiário **realiza o atendimento fora da rede**.
2. **Efetua o pagamento** diretamente ao prestador.
3. **Solicita o reembolso** pelos canais oficiais.
4. A **Seguros Unimed analisa** conforme regras do plano.
5. O **valor é reembolsado** até o limite contratado.

Coparticipação



Coparticipação é um modelo de custeio onde o segurado paga uma **mensalidade mais baixa** e uma pequena parte do custo (fixo ou percentual) **somente quando utiliza serviços como consultas, exames ou terapias**. Essa modalidade visa tornar o plano mais acessível e estimular o uso consciente dos serviços.

Os modelos adotados pela Seguros Unimed têm **valores máximos de desconto por procedimento (limitador em reais)** e contam também com **limitador mensal por segurado** (não acumulativo)**.** Ou seja, mesmo com limitador, o valor cobrado não ultrapassa o teto definido na tabela, garantindo controle e previsibilidade.

30% de coparticipação, limitado a:

Serviços	Essencial III	Essencial IV
Consulta	R$ 28,00	R$ 28,00
Consulta P.S.	R$ 70,00	R$ 70,00
Exames Básico	R$ 40,00	R$ 40,00
Exames Especiais	R$ 110,00	R$ 110,00
Terapias	R$ 50,00	R$ 50,00
Limite Mensal	**R$ 300,00**	**R$ 300,00**

Simulador de coparticipação

Conte com o nosso Simulador de Coparticipação* disponível através do Portal do Cliente ou SuperApp da Seguros Unimed!

*O valor informado pelo simulador de coparticipação é uma estimativa para ajudar na sua organização financeira.

OBS.: Simulador de Coparticipação válido apenas para Rede Direta nas praças São Paulo, Brasília e Salvador.

Para os reembolsos cobertos, os valores da coparticipação serão deduzidos dos valores a serem pagos ao Segurado, sendo esta condição válida apenas para os planos coparticipativos.

Quando aplicada a coparticipação os valores serão de responsabilidade e cobrados do ESTIPULANTE em fatura mensal, discriminando os serviços utilizados pelos Segurados.

Haverá coparticipação na internação psiquiátrica de 30% (trinta por cento) quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, respeitando o limitador mensal estabelecido na Proposta de contratação do Seguro, respeitando as condições do plano contratado.

Para mais detalhes, consulte as condições gerais do produto.

Consultas com prestador referência (APS) tem isenção de coparticipação!

SEGUROS Unimed PME
SOLUÇÕES EM SAÚDE

Redução de carências

Carência é o tempo que o segurado precisa aguardar, após a contratação, para utilizar consultas, exames, internações ou procedimentos. A **redução de carências** encurta esse tempo quando algumas condições são atendidas.

As Análises de Redução de Carência são realizadas através do **Termo de Redução de Carências** que será preenchido no ato de cadastro da proposta.

A Redução de Carência poderá ser avaliada desde que:

- Contratos de 02 a 29 vidas (A partir de 30 vidas não se aplica carência, desde que a adesão ocorra em até 30 dias da vigência inicial do contrato);
- Seja um plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
- Inexistência de descontinuidade na cobertura: limite de 60 dias corridos a contar do último dia de vigência na congênere;
- Mínimo de 06 meses no plano anterior;
- Similaridade de planos;
- Não exceda a idade máxima de 63 anos, 11 meses e 29 dias.

Documentações

Plano Anterior Individual.

- Carta de compra de carência / permanência*;
- Cópia do cartão de identificação do titular e dependentes ou Comprovante de dados cadastrais do consumidor (emitido através do site da ANS);
- Último comprovante de pagamento quitado.

Plano Anterior Empresarial.

- Carta de compra de carência / permanência*;
- Cópia do cartão de identificação do titular e dependentes ou Comprovante de dados cadastrais do consumidor (emitido através do site da ANS).

NOTA:
Para redução de carências, o plano de origem deve ter segmentação e abrangência igual ou superior ao plano de destino.

**A Carta de permanência pode conter, a depender da congênere: status (ativo / cancelado), período de permanência, produto, plano, acomodação, número da carteirinha, nome completo, grau de parentesco, data de nascimento e informações de carências e CPT (Deverão conter os dados de todos os beneficiários / segurados.)*

Observações Importantes:

- Durante a análise de redução de carências, poderão ser solicitados documentos complementares;
- A Redução de carência não interfere na análise e aplicação de CPT;
- Caso não haja apresentação da documentação completa e /ou ocorra divergência no decorrer do preenchimento do questionário, será necessário retificar a proposta alterando para o combo padrão (TRC);
- A redução de carência será aplicada para o(a) segurado(a) no momento da implantação inicial, não permitindo a compra de carência posterior, na rotina de movimentação cadastral;
- No momento de cadastro de cada vida no sistema Acelera deverá ser informado o Combo/Código de redução conforme regras (pag. 12).
- Isenção de carência para grupos à partir de 10 vidas (exceto parto e CPT), sem necessidade de plano anterior.

Combos e Códigos

Grupos de 02 a 09 vidas				10 a 29 vidas*
Procedimento	**Padrão TRC**	**Reduzido 1 TRC1**	**Reduzido 2 TRC2**	**CP**
Urgência e emergência	24 horas	-	-	-
Consultas e Exames básicos	15 dias	-	-	-
Terapias	180 dias	180 dias	180 dias	-
Procedimentos ambulatoriais/ Exames especiais	30 dias	30 dias	-	-
Internações clínicas	180 dias	90 dias	-	-
Internações Cirúrgica/psiquiátricas/obstétrica /transplantes	180 dias	90 dias	-	-
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Assistência domiciliar	180 dias	90 dias	-	-

*Para este grupo será aplicada isenção de carências, exceto para parto a termo.

Enfermaria

Todos os planos:

Combo Padrão – TRC

- **Sem plano anterior.**
- **Não se enquadra** na relação de congêneres* e/ou planos equivalentes**, mas possui plano anterior há menos de 12 meses de vigência.
- **Se enquadra** na relação de congêneres* e/ou planos equivalentes**, mas possui plano anterior há menos de 06 meses de vigência

Planos Nacionais

Combo Reduzido 1 – TRC1

- **Possui plano Nacional** anterior **há mais de 12 meses** de vigência, mas **não se enquadra** na relação de Operadoras congêneres;
- **Possui plano** anterior **entre 6 e 12 meses** de vigência, e **se enquadra** na relação de Operadoras congêneres;

Combo Reduzido 2 – TRC2
(isenção, exceto parto e terapias)

- **Possui plano Nacional** anterior **há mais de 12 meses** de vigência, e **se enquadra exclusivamente** na relação de Operadoras congêneres;

Planos Regionais

Combo Reduzido 1 – TRC1

- **Com plano Regional** anterior que **esteja relacionado** na lista de planos equivalentes, **entre 6 e 12 meses de vigência.**

Combo Reduzido 2 – TRC2
(isenção, exceto parto e terapias)

- **Com plano anterior** que esteja relacionado na lista de planos equivalentes, com **mais de 12 meses** de vigência.

Apartamento

Todos os planos:

Combo Padrão – TRC

- **Sem plano anterior.**
- Possui plano anterior com menos de 6 meses de vigência

Plano Nacional ou Regional

Combo Reduzido 2 – TRC2

- **Grupo de Municípios:** Que possui plano com a Singular há mais de 06 meses de vigência
- **Grupo de Estados:** Que possui plano com a Singular há mais de 06 meses de vigência
- **Abrangência Nacional:** Que possui plano com a Singular há mais de 06 meses de vigência

** Lista de congêneres e Planos Equivalentes destacados na pag. 10.*

Relação de congêneres e Condições Complementares

- **Care Plus;**
- **Amil (Amil, Lincx, One Health);**
- **Bradesco;**
- **Mediservice;**
- **Marítima;**
- **NotreDame Intermédica;**
- **Sul América;**
- **Omint;**
- **Porto Seguro;**
- **Sompo Seguros.**

PLANOS RELACIONADOS

- **Bradesco –** Efetivo Salvador;
- **Hapvida –** Nosso Plano Salvador;
- **Sul América –** Direto Salvador.

Condições complementares:

- Carência é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Seguro Individual, durante o qual o Segurado não tem direito às coberturas contratadas, embora sejam devidos os pagamentos dos prêmios.
- Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Seguro Saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes, declaradas pelo Segurado ou seu representante legal.
- O proponente declara estar ciente de que o prazo de carência difere da cobertura parcial temporária, sendo que as condições previstas neste instrumento, se aplicam exclusivamente para redução dos prazos de carência previstos contratualmente.
- A Seguradora analisará a Declaração Pessoal de Saúde, com aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT para doença e lesão preexistentes declaradas.
- Este termo formaliza uma negociação comercial pontual entre a Estipulante e a Seguradora, com o objetivo exclusivo de prever a redução excepcional dos prazos de carência originalmente estabelecidos em contrato, em conformidade com a Lei nº 9.656/98.
- Não se configura seleção de risco, mas sim um tratamento excepcional derivado de negociação específica. Os prazos de carência corretos e devidos, para todas as demais aplicações, permanecem aqueles integralmente previstos no instrumento contratual.
- A Carta de Portabilidade será utilizada exclusivamente para a análise de redução de carências, não implicando direito automático à portabilidade de carências. Assim fica ratificado que para fins de análise e comprovação do direito à redução de carências, será aceita a Carta de Permanência ou, excepcionalmente, a Carta de Portabilidade emitida pela operadora anterior.

02 a 04 vidas

Compulsório

Compulsório	NOVO ESSENCIAL I	NOVO ESSENCIAL II	NOVO ESSENCIAL III	NOVO ESSENCIAL IV
Faixa Etária	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	R$ 301,43	R$ 332,67	R$ 212,57	R$ 234,60
De 19 a 23 anos	R$ 368,95	R$ 407,19	R$ 260,18	R$ 287,15
De 24 a 28 anos	R$ 461,97	R$ 509,85	R$ 325,78	R$ 359,55
De 29 a 33 anos	R$ 510,50	R$ 563,41	R$ 360,00	R$ 397,32
De 34 a 38 anos	R$ 543,74	R$ 600,11	R$ 383,45	R$ 423,20
De 39 a 43 anos	R$ 630,74	R$ 696,11	R$ 444,80	R$ 490,90
De 44 a 48 anos	R$ 753,99	R$ 832,14	R$ 531,72	R$ 586,83
De 49 a 53 anos	R$ 904,28	R$ 998,01	R$ 637,70	R$ 703,80
De 54 a 58 anos	R$ 1.073,59	R$ 1.184,87	R$ 757,10	R$ 835,58
59 anos ou mais	R$ 1.808,56	R$ 1.996,03	R$ 1.275,41	R$ 1.407,61

Facultativo

Facultativo	NOVO ESSENCIAL I	NOVO ESSENCIAL II	NOVO ESSENCIAL III	NOVO ESSENCIAL IV
Faixa Etária	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	R$ 331,57	R$ 365,94	R$ 233,83	R$ 258,06
De 19 a 23 anos	R$ 405,85	R$ 447,91	R$ 286,20	R$ 315,87
De 24 a 28 anos	R$ 508,17	R$ 560,84	R$ 358,36	R$ 395,51
De 29 a 33 anos	R$ 561,55	R$ 619,75	R$ 396,00	R$ 437,05
De 34 a 38 anos	R$ 598,11	R$ 660,12	R$ 421,80	R$ 465,52
De 39 a 43 anos	R$ 693,81	R$ 765,72	R$ 489,28	R$ 539,99
De 44 a 48 anos	R$ 829,39	R$ 915,35	R$ 584,89	R$ 645,51
De 49 a 53 anos	R$ 994,71	R$ 1.097,81	R$ 701,47	R$ 774,18
De 54 a 58 anos	R$ 1.180,95	R$ 1.303,36	R$ 832,81	R$ 919,14
59 anos ou mais	R$ 1.989,42	R$ 2.195,63	R$ 1.402,95	R$ 1.548,37

05 a 29 vidas

Compulsório

Faixa Etária	NOVO ESSENCIAL I	NOVO ESSENCIAL II	NOVO ESSENCIAL III	NOVO ESSENCIAL IV
	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	R$ 267,62	R$ 295,36	R$ 188,73	R$ 208,29
De 19 a 23 anos	R$ 327,57	R$ 361,52	R$ 231,00	R$ 254,95
De 24 a 28 anos	R$ 410,16	R$ 452,67	R$ 289,24	R$ 319,23
De 29 a 33 anos	R$ 453,25	R$ 500,22	R$ 319,63	R$ 352,76
De 34 a 38 anos	R$ 482,76	R$ 532,81	R$ 340,45	R$ 375,74
De 39 a 43 anos	R$ 560,00	R$ 618,04	R$ 394,92	R$ 435,85
De 44 a 48 anos	R$ 669,43	R$ 738,82	R$ 472,09	R$ 521,02
De 49 a 53 anos	R$ 802,87	R$ 886,08	R$ 566,18	R$ 624,87
De 54 a 58 anos	R$ 953,19	R$ 1.051,99	R$ 672,19	R$ 741,87
59 anos ou mais	R$ 1.605,73	R$ 1.772,18	R$ 1.132,37	R$ 1.249,75

Facultativo

Faixa Etária	NOVO ESSENCIAL I	NOVO ESSENCIAL II	NOVO ESSENCIAL III	NOVO ESSENCIAL IV
	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	R$ 294,39	R$ 324,90	R$ 207,60	R$ 229,12
De 19 a 23 anos	R$ 360,33	R$ 397,68	R$ 254,10	R$ 280,44
De 24 a 28 anos	R$ 451,18	R$ 497,94	R$ 318,17	R$ 351,15
De 29 a 33 anos	R$ 498,57	R$ 550,25	R$ 351,59	R$ 388,04
De 34 a 38 anos	R$ 531,04	R$ 586,09	R$ 374,49	R$ 413,31
De 39 a 43 anos	R$ 616,00	R$ 679,85	R$ 434,41	R$ 479,43
De 44 a 48 anos	R$ 736,37	R$ 812,70	R$ 519,30	R$ 573,12
De 49 a 53 anos	R$ 883,15	R$ 974,69	R$ 622,80	R$ 687,36
De 54 a 58 anos	R$ 1.048,51	R$ 1.157,19	R$ 739,41	R$ 816,06
59 anos ou mais	R$ 1.766,30	R$ 1.949,39	R$ 1.245,61	R$ 1.374,72

30 a 99 vidas

Compulsório

Faixa Etária	NOVO ESSENCIAL I	NOVO ESSENCIAL II	NOVO ESSENCIAL III	NOVO ESSENCIAL IV
	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	R$ 245,09	R$ 270,49	R$ 172,84	R$ 190,75
De 19 a 23 anos	R$ 299,99	R$ 331,08	R$ 211,55	R$ 233,48
De 24 a 28 anos	R$ 375,62	R$ 414,55	R$ 264,89	R$ 292,34
De 29 a 33 anos	R$ 415,08	R$ 458,10	R$ 292,71	R$ 323,05
De 34 a 38 anos	R$ 442,11	R$ 487,94	R$ 311,78	R$ 344,10
De 39 a 43 anos	R$ 512,84	R$ 566,00	R$ 361,66	R$ 399,14
De 44 a 48 anos	R$ 613,06	R$ 676,60	R$ 432,33	R$ 477,14
De 49 a 53 anos	R$ 735,26	R$ 811,47	R$ 518,50	R$ 572,25
De 54 a 58 anos	R$ 872,92	R$ 963,40	R$ 615,59	R$ 679,40
59 anos ou mais	R$ 1.470,51	R$ 1.622,94	R$ 1.037,02	R$ 1.144,51

Facultativo

Faixa Etária	NOVO ESSENCIAL I	NOVO ESSENCIAL II	NOVO ESSENCIAL III	NOVO ESSENCIAL IV
	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	R$ 269,60	R$ 297,54	R$ 190,12	R$ 209,82
De 19 a 23 anos	R$ 329,99	R$ 364,19	R$ 232,70	R$ 256,82
De 24 a 28 anos	R$ 413,18	R$ 456,01	R$ 291,38	R$ 321,58
De 29 a 33 anos	R$ 456,59	R$ 503,91	R$ 321,98	R$ 355,36
De 34 a 38 anos	R$ 486,32	R$ 536,73	R$ 342,95	R$ 378,51
De 39 a 43 anos	R$ 564,13	R$ 622,60	R$ 397,83	R$ 439,06
De 44 a 48 anos	R$ 674,36	R$ 744,26	R$ 475,57	R$ 524,86
De 49 a 53 anos	R$ 808,78	R$ 892,61	R$ 570,35	R$ 629,47
De 54 a 58 anos	R$ 960,21	R$ 1.059,74	R$ 677,14	R$ 747,34
59 anos ou mais	R$ 1.617,56	R$ 1.785,23	R$ 1.140,72	R$ 1.258,96

Saiba como agendar a tele entrevista

A Seguros Unimed conta com uma plataforma de agendamento de tele entrevista, a ADMEX, criada para tornar todo o processo muito mais simples e ágil.

1

O proponente recebe um e-mail com o link e o número do token para realizar o agendamento na **plataforma ADMEX.**

2

Realiza o cadastro/acesso* na ADMEX, escolhe a melhor data e horário na agenda e recebe a confirmação pelo E-mail e Whatsapp.

3

Entra na plataforma no horário agendado e realiza a Tele Entrevista.

Em paralelo, o corretor também receberá um e-mail informando que o proponente está na etapa de agendamento de tele-entrevista, podendo assim, orientá-lo, garantindo sua participação.

PERÍCIA MÉDICA

Se houver a necessidade da **entrevista presencial,** a prestadora de saúde ADMEX fará o contato através do Whatsapp do titular, informando data, local e horário para Perícia médica.

No **insucesso** do titular não se manifestar em até às 48h úteis, a proposta deverá ser encaminhada para análise operacional e tratativas.

Observações:

- **O agendamento precisa ocorrer dentro dos 4 dias úteis (a partir da data de recebimento do e-mail/token),** após isso, o token irá expirar. É necessário realizar o agendamento conforme horário de Brasília.
- Todos os titulares incluídos na proposta devem, obrigatoriamente, passar pela etapa médica. Somente após essa etapa a proposta poderá ser concluída.
- Para garantir uma assertividade de todo o processo, é necessário que os e-mails do proponente (titular) e corretor, informados no início das tratativas, estejam corretos.

*O cadastro (CPF) é sempre em nome do titular, o mesmo vale para a tele entrevista na qual só o titular participa.

Unimed ODONTO

*Todos os produtos PME contam também com os serviços da **Unimed Odonto**.*

SEM CUSTO ADICIONAL

Nossos clientes passam a usufruir de mais este benefício, contando com o plano **ESSENCIAL RB – 475.492/16-1** e a excelência do maior e mais completo sistema de saúde do Brasil.

O Plano Essencial da Unimed Odonto oferece todos os benefícios do rol da ANS:

- Urgências e Emergências
- Cirurgias e Dentística
- Diagnóstico e Prevenção
- Odontopediatria
- Endodontia e Periodontia
- Prevenção
- Próteses
- Radiologia

Diferenciais

Atendimento Nacional
Ampla Rede Credenciada com abrangência em todo o país.

Agendamento simplificado
Atendimento desburocratizado, com autorizações online.

Busca na rede credenciada
Encontre dentistas via site, APP e SMS.

Super App
Teleorientação odontológica e plataforma de bem-estar.

Central própria de atendimento 24h
Um contato humanizado que cuida e dá valor às demandas de seus clientes.

Unimed Saúde e Odonto S.A. – CNPJ/MF: 10.414.182/0001-09 | Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – Cerqueira César – CEP: 01410-901 – São Paulo – SP | Central de Relacionamento e SAC: 0800 9 428 428 – SAC Opção 3 | Ouvidoria: acesse nosso site ou ligue: 0800 001 2565 | Unimed Odonto CRO/SP nº 13666 | RT: Rosane Menezes de Faria CRO/SP nº 86685 | Acessibilidade e mais informações: www.unimedodonto.com.br/fale-conosco

ANS – nº 41.680-1

Serviços Opcionais

PCMSO Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

Conjunto de procedimentos e exames médicos obrigatórios que tem como objetivo proteger e preservar a saúde dos colaboradores em relação aos riscos ocupacionais.

COMBO PCMSO

R$ 22,74/ mês por titular

- Exames Clínicos e Complementares;
- Sistema de Gestão e Portal do Cliente;
- Gestão de Prontuários e Central de Agendamentos;

Adicionais*

- Gestão de Crônicos + Acompanhamento por Telemedicina – **R$ 0,30**
- Mensageria eSocial – **R$ 0,76**
- Gestão de Atestados e Afastados – **R$ 3,79**

Exames Clínicos e Complementares
Realização de todos os exames previstos no PCMSO, sem custo adicional ao valor contratado, utilizando a rede credenciada SOU (Saúde Ocupacional Unimed), com cobertura nacional e qualidade garantida.

- Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissionais;
- Exames complementares como raio X, audiometria, entre outros.
- Emissão do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional).

Sistema de Gestão SOC e Portal do Cliente SOU
Tecnologia de ponta para gestão completa da saúde ocupacional, com acesso online e relatórios personalizados.

- Mais de 200 funcionalidades integradas ao eSocial;
- Consulta de documentos e indicadores em tempo real;
- Autonomia para agendar e encaminhar exames;
- Portal de solicitações com mais de 30 serviços disponíveis, incluindo inclusão de funcionários, emissão de PPP, atualização de riscos e solicitação de laudos.

Gestão de Crônicos – Diferencial Unimed
Acompanhamento contínuo de colaboradores com condições crônicas, prevenindo complicações e reduzindo custos.

- Central de Inteligência Médica 24h/7d com médicos e enfermeiros especializados;
- Protocolos personalizados por perfil de risco;
- Telemedicina com prescrição eletrônica;
- Painéis de indicadores em Power BI para gestão da saúde populacional.

Mensageria eSocial
Facilidade e segurança no envio das informações de SST ao eSocial.

- Integração com o SOC;
- Treinamento e suporte para uso da ferramenta;
- Controle e correção de inconsistências nos eventos de saúde ocupacional.

Gestão de Prontuários e Central de Agendamentos
Processo ágil e seguro para agendamento de exames e gestão de documentos.

- Equipe dedicada para agendar e acompanhar exames;
- Monitoramento do comparecimento dos colaboradores;
- Digitalização e certificação de prontuários;
- Garantia de integridade e segurança das informações.

Gestão de Afastamentos e Atestados
Solução completa para reduzir custos e mitigar riscos previdenciários.

- Monitoramento de afastamentos e retorno ao trabalho;
- Contestação de NTEP e redução de FAP/RAT;
- Assessoria médica e previdenciária;
- Relatórios e indicadores para tomada de decisão.

Todos os preços referenciais
Fatura: Ao contratar, os valores serão adicionados à fatura do Seguro Saúde.
***Adicionais:** Para a contratação dos adicionais, é exigido o Combo PCMSO.

SEGUROS Unimed PME
SOLUÇÕES EM SAÚDE

Unifarma Digital (a partir de 30 vidas)

Valor mensal em carteira digital para compra de medicamentos prescritos em qualquer farmácia do Brasil, via app Seguros Unimed.

GENÉRICO 100

Cobre todos os medicamentos genéricos com ou sem tarja
Saldo: R$ 100,00

R$ 17,74/ mês por vida*

GENÉRICO 150

Cobre todos os medicamentos genéricos com ou sem tarja
Saldo: R$ 150,00

R$ 21,98/ mês por vida*

TARJADO 300

Cobre todos os medicamentos genéricos e de marca com tarja vermelha ou preta.
Saldo: R$ 300,00

R$ 75,65/ mês por vida*

Baixe o app Seguros Unimed. Abra o app, clique em "Benefícios – Unifarma Digital".

Tire uma foto ou anexe a receita médica.

Selecione o medicamento.

Escaneie o código de barras do remédio com a câmera ou digite o código manualmente.

Pague com Pix lendo o QR Code com sua câmera ou copiando o número

Fotografe ou anexe seu cupom fiscal para validação.

Todos os preços são referenciais
Fatura: Ao contratar, os valores serão adicionados à sua fatura do Seguro Saúde.
Limite mensal: Todo mês o beneficiário recebe um saldo exclusivo para a compra de medicamentos. Não acumulativo.

O PME é um seguro-saúde exclusivo para pequenas e médias empresas.

Maior rede referenciada do país, por meio do Sistema Unimed

Cartão virtual
Mais facilidade e segurança para o dia a dia. Cartão 100% digital disponível dentro do Super App Seguros Unimed.

Vantagens para quem vende

Acelera: plataforma que agiliza o fechamento dos negócios, da cotação à implantação, totalmente digital.
https://segurosunimed.planium.io/web/

Portal do Corretor: ferramentas e recursos para apoiá-lo em sua rotina de trabalho, agilizando os processos de venda e implantação.
https://www2.segurosunimed.com.br/portal/

E-Agência: plataforma para personalizar peças de divulgação dos nossos produtos com a sua logomarca e dados de contato, sem complicação.
http://eagencia.segurosunimed.com.br/

Academia de Vendas: plataforma EAD com diversos cursos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, todos com certificado on-line para impressão.
https://segurosunimedexterno.brightspace.com/

Anexos:

- Seguro Bem Estar
- Condições Gerais
- Manual do Acelera
- Coparticipação

Tabelas de prêmios Nacionais:

- São Paulo
- Distrito Federal
- Salvador
- São Luís

Manuais PME

- São Paulo
- Distrito Federal
- Salvador
- Nacional

Um seguro, para ser ainda mais completo,

só falta você

ANS – nº 00.070-1

NOVO ESSENCIAL PME SALVADOR I – 509.068/26-7
NOVO ESSENCIAL PME SALVADOR II – 509.067/26-9
NOVO ESSENCIAL PME SALVADOR III – 509.066/26-1
NOVO ESSENCIAL PME SALVADOR IV – 509.065/26-2

Unimed Seguros Saúde S.A | CNPJ/MF 04.487.255/0001-81 Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – Cerqueira César – CEP: 01410-901 – São Paulo – SP | Central de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 SAC – Opção 6 | Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue: 0800 001 2565 Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br