

PLANOS EMPRESARIAIS : AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

P.M.E. DE 02 A 29	P.M.E. DE 02 A 29 VIDAS- MÍNIMO DE 01 TITULAR COM VÍNCULO + 1 DEPENDENTE								
	UNIMED ORIGINAL	UNIMED ORIGINAL	UNIMED Uniplan Padrão	UNIMED Uniplan Padrão	UNIMED Uniplan Integral	UNIMED Uniplan Supremo	UNIMED UNIPLAN, Absoluto I-	UNIMED Absoluto II-	UNIMED Absoluto III
	Enfermaria	Apartamento	ENFERMARIA	Apartamento	APARTAMENTO	APARTAMENTO	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18	60,48	70,89	79,30	92,51	117,80	142,80	192,80	271,47	405,14
19 a 23	77,40	90,73	101,50	118,42	150,79	182,79	246,80	347,48	518,58
24 a 28	82,26	96,41	107,84	125,82	160,20	194,21	262,21	369,21	551,01
29 a 33	84,66	99,24	111,01	129,50	164,90	199,91	269,91	380,06	567,19
34 a 38	92,53	108,46	121,33	141,54	180,23	218,49	295,00	415,37	619,89
39 a 43	105,83	124,06	138,79	161,90	206,16	249,91	337,41	475,10	709,04
44 a 48	148,16	173,68	194,30	226,67	288,62	349,89	472,39	665,16	992,67
49 a 53	198,36	232,51	260,11	303,46	386,39	468,41	632,41	890,47	1.328,94
54 a 58	222,53	260,87	291,83	340,46	433,50	525,52	709,52	999,07	1.490,99
59 ou +	362,82	425,31	475,79	555,06	706,74	856,78	1.156,77	1.628,81	2.430,82
REEMBOLSO	NÃO HÁ	NÃO HÁ	NÃO HÁ	NÃO HÁ	NÃO HÁ	NÃO HÁ	120,00	180,00	300,00

P.M.E. DE 30 A 49	P.M.E. DE 30 A 49 VIDAS- MÍNIMO DE 01 TITULAR COM VÍNCULO + 1 DEPENDENTE								
	UNIMED ORIGINAL	UNIMED ORIGINAL	UNIMED Uniplan Padrão	UNIMED Uniplan Padrão	UNIMED Uniplan Integral	UNIMED Uniplan Supremo	UNIMED UNIPLAN, Absoluto I-	UNIMED Absoluto II-	UNIMED Absoluto III
	Enfermaria	Apartamento	ENFERMARIA	Apartamento	APARTAMENTO	APARTAMENTO	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18	57,04	66,88	74,80	87,27	111,12	134,71	181,89	256,11	382,21
19 a 23	73,01	85,61	95,76	111,71	142,24	172,44	232,81	327,82	489,23
24 a 28	77,59	90,96	101,74	118,70	151,14	183,22	247,37	348,32	519,83
29 a 33	79,87	93,63	104,72	122,19	155,59	188,60	254,63	358,54	535,08
34 a 38	87,29	102,33	114,47	133,52	170,02	206,13	278,29	391,84	584,81
39 a 43	99,83	117,04	130,92	152,73	194,48	235,77	318,32	448,21	668,91
44 a 48	139,78	163,84	183,29	213,83	272,29	330,08	445,64	627,50	936,48
49 a 53	187,13	219,36	245,40	286,28	364,51	441,89	596,60	840,08	1.253,71
54 a 58	209,94	246,10	275,32	321,19	408,96	495,78	669,37	942,51	1.406,59
59 ou +	342,28	401,23	448,87	523,64	666,74	808,30	1.091,29	1.536,61	2.293,23

P.M.E. ACIMA 50	P.M.E. ACIMA 50 VIDAS- MÍNIMO DE 01 TITULAR COM VÍNCULO + 1 DEPENDENTE								
	UNIMED ORIGINAL	UNIMED ORIGINAL	UNIMED Uniplan Padrão	UNIMED Uniplan Padrão	UNIMED Uniplan Integral	UNIMED Uniplan Supremo	UNIMED UNIPLAN, Absoluto I-	UNIMED Absoluto II-	UNIMED Absoluto III
	Enfermaria	Apartamento	ENFERMARIA	Apartamento	APARTAMENTO	APARTAMENTO	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18	47,66	55,84	62,48	72,90	92,80	112,50	151,90	213,88	319,19
19 a 23	60,99	71,49	79,97	93,29	118,79	144,01	194,43	273,78	408,58
24 a 28	64,79	75,96	84,98	99,12	126,22	153,02	206,59	290,89	434,12
29 a 33	66,70	78,18	87,47	102,03	129,93	157,52	212,66	299,44	446,89
34 a 38	72,90	85,44	95,59	111,52	141,99	172,13	232,41	327,26	488,38
39 a 43	83,38	97,73	109,34	127,56	162,42	196,89	265,83	374,30	558,61
44 a 48	116,73	136,83	153,08	178,58	227,39	275,64	372,17	524,04	782,07
49 a 53	156,27	183,19	204,92	239,07	304,41	369,03	498,23	701,56	1.047,01
54 a 58	175,33	205,53	229,91	268,23	341,53	414,04	559,01	787,11	1.174,68
59 ou +	285,86	335,09	374,87	437,32	556,84	675,04	911,39	1.283,30	1.915,18

• COBERTURA ADICIONAL PARA ACIDENTES DE TRABALHO PARA EMPRESAS COM GRAU DE RISCO 1 E 2.

• EMPRESAS DE RISCO 3 E 4 NÃO TERÃO COBERTURA

TAXA DE INSCRIÇÃO DE R\$ 6,50 POR USUÁRIO

DESCONTO VITALÍCIO DE 10 %
PREENCHER CONTRATO COM VALOR NORMAL E RECIBO COM DESCONTO

DESCRIBÇÃO RESUMIDA DAS COBERTURAS					
G	Normal	02 a 10	11 a 29	30 a 99	COMPRA
A	24 h.	24 h.	24 h.	0	24 h.
B	30 d.	0	0	0	0
C	90 d.	30	0	0	0
D	180 d.	60	30	0	30
E	300 d.	300	300	0	300
F	180 d.	180	180	0	180
G	720 d.	720	720	0	720

REDUÇÃO DE CARÊNCIA								Data venda	Vigência	VENC.	EMPRESAS CONGÊNERES
Tempo congênere	ITENS COM REDUÇÃO							01 a 05	20	20	TODAS AS OPERADORAS COM REGISTRO NA A.N.S.
Anterior	A	B	C	D	E	F	G	06 a 10	25	25	NÃO HAVERÁ REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA :
MÍNIMO DE 12 MESES PLANO ANTERIOR	24h	0	0	30	300	180	720	11 a 15	01	01	• IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS
								16 a 20	05	05	• PARTO E CASOS DE SAÚDE MENTAL (ITENS E e F)
								21 a 25	10	10	• ITENS COM SIM NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE (PRÉEXISTENTE)
								26 a 31	15	15	• Última parcela paga do plano anterior no máximo 90 dias

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DA EMPRESA	DOCUMENTOS PESSOAIS	BENEFÍCIOS ADICIONAIS
• Cópia do Contrato social e última alteração	• Sócios : Contrato social (com registro em cartório ou reconhecido firma)	• Unicard Plus Para todos planos
• Cópia do cartão do C.N.P.J.	• ESPOSO (A) : Certidão de casamento (quando não tiver sobrenome em comum)	♦ ATENDIMENTO AO CLIENTE
• Cópia da Guia de recolhimento do FGTS	• COMPANHEIRO : Declaração de União Estável (Elaborada em Cartório)	3 1 1 3 . 5 6 0 0
• Cópia da R.E. (Relação de Empregados)	• Filhos Solteiros até 24 anos : Certidão de Nascimento, R.G. e C.P.F.	♦ ATENDIMENTO CORRETOR
• Numero da Inscrição Estadual e Inscrição Municipal	• ENTEADOS : Certidão de nascimento do enteado e certidão de casamento titular	3 1 1 3 . 3 3 0 0
• Func. Rescem contratado que ainda não esta FGTS	• AGREGADOS : NÃO SERÃO PERMITIDOS	♦ MARCAR AVALIAÇÃO
Anexar cópia do livro de registro e carteira Profissional	• PRESTADORES DE SERVIÇO : NÃO SERÃO PERMITIDOS	3 1 1 3 . 0 8 4 0
• ESTAGIÁRIO : Contrato de estágio registrado	• ENDEREÇO : (Em caso de Intercâmbio) Comprovar end. Da outra Localidade.	