

## FOLHETO DE APOIO AO CONSULTOR USO EXCLUSIVO INTERNO

INFORMAÇÕES RESUMIDAS  
E SUJEITAS A ALTERAÇÕES.  
CONSULTE SEU SUPERVISOR  
PERIODICAMENTE.

VALIDADE:  
31/07/2009

### PLANO DE SAÚDE UNIMED PAULISTANA AFB

**Contrato coletivo por adesão de plano de assistência à saúde Unimed Paulistana AFB. Contratante: Access Clube de Benefícios**

Planos Uniplan:

- Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia
- Atendimento nacional, através do Sistema Nacional Unimed

**Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98 (que incluem acupuntura, homeopatia e fisioterapia) e mais:**

- Acidente do Trabalho
- PRA - Plano de Remissão Assistencial: 2 anos

**Central de Atendimento Access Clube de Benefícios: 0800-16-2000**

**Site: www.accessclube.com.br**

### QUEM PODE ADERIR / DOCUMENTAÇÃO

#### 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 Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), desde que residentes na área de abrangência da Unimed Paulistana.

- Apresentar carteirinha do CREFITO com registro definitivo ou provisório.

**Titular com idade igual ou superior a 70 anos: apresentar cópia do RG e CPF**

#### Dependentes

##### Cônjuge

- Certidão de Casamento.

##### Companheiro(a)

- Declaração de União Estável de próprio punho, contendo: RG, CPF, endereço, tempo de convívio, RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) + cópia do RG do(a) companheiro(a).

##### Filho(a) solteiro(a) até 24 anos

- Certidão de Nascimento OU RG.

##### Filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade

- Certidão de Nascimento OU RG;
- Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

##### Enteado(a) solteiro(a) até 24 anos

- Titular casado: cópia da Certidão de Casamento + cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a).
- Titular com companheiro(a): Declaração de União Estável de próprio punho, contendo: RG, CPF, endereço, tempo de convívio, RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) constando dependência econômica do(a) enteado(a) + Certidão de Nascimento.

##### Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular

- Certidão de Nascimento OU RG;
- Tutela OU "Termo de Guarda" expedido por órgão oficial.\*

\*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade da permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a) e com idade até 24 anos, podendo ser solicitada documentação complementar.

**Atenção: o contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas.**

### TABELA DE PREÇOS

Plano Uniplan	Padrão	Integral	Supremo
Código da ANS	445.908/03-3	445.909/03-1	445.910/03-5
Acomodação	enfermaria	apartamento	apartamento
Até 18 anos	81,22	124,97	152,25
De 19 a 23 anos	103,96	159,96	194,88
De 24 a 28 anos	110,46	169,96	207,05
De 29 a 33 anos	113,70	174,95	213,14
De 34 a 38 anos	124,25	191,19	232,94
De 39 a 43 anos	142,12	218,68	266,43
De 44 a 48 anos	198,96	306,15	373,00
De 49 a 53 anos	266,36	409,87	499,37
De 54 a 58 anos	298,85	459,86	560,28
A partir de 59 anos	487,22	749,71	913,43

Valores mensais em reais (R\$), per capita.

### CARÊNCIAS (contadas a partir do início do benefício)

#### Carências contratuais

##### a) 24 (vinte e quatro) horas

Consultas, atendimentos de urgência, acidentes pessoais ou emergências, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovados em declaração do médico responsável. Nos casos de urgência ou emergência não resultantes de acidente pessoal, estando o beneficiário em carência para o procedimento a ser realizado, haverá cobertura em ambiente ambulatorial apenas para as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não se garantindo, portanto, cobertura para internação.

##### b) 120 (cento e vinte) dias

Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos especiais, exceto para os previstos no item seguinte (letra "c").

##### c) 300 (trezentos) dias

Parto e suas conseqüências.

##### d) 240 (duzentos e quarenta) dias

PRA - Plano de Remissão Assistencial.

#### Regras para redução de carências

**Atenção:** todas as regras para redução de carências constam do aditivo específico para este contrato coletivo.

### BANCOS PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

001 - Banco do Brasil	033 - Santander Banespa
151 - Nossa Caixa Nosso Banco	237 - Bradesco
356 - Banco Real	341 - Itaú
	409 - Unibanco

# RESUMO DA REDE MÉDICA CREDENCIADA NA CAPITAL E GRANDE SÃO PAULO.

INFORMAÇÕES RESUMIDAS E SUJEITAS A ALTERAÇÕES POR PARTE DA OPERADORA. CONSULTE SEU SUPERVISOR PERIODICAMENTE.

## PLANO UNIPLAN PADRÃO

### SÃO PAULO

#### Região Central

Hosp. do Câncer A.C. Camargo .....INT  
Hosp. Santa Helena ..... PS/INT/MAT  
Igesp – Instituto Gastroclínico ..... PS/INT

#### Zona Leste

Casa de Saúde Vila Matilde .....INT/MAT  
CPA – Unimed Paulistana ..... PS  
Day Hospital Ermelino Matarazzo ..... PS/INT  
Hosp. Avicena ..... PS/INT  
Hosp. CEMA ..... PS/INT  
Hosp. Central Guaianazes ..... PS/INT/MAT  
Hosp. e Mat. Paranaguá ..... PS  
Hosp. e Mat. São Cristóvão ..... INT/MAT  
Hosp. Santa Marcelina ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Santa Virgínia ..... INT  
Hosp. São Miguel ..... INT/MAT  
IBCC – Instituto Brasileiro de  
Controle do Câncer ..... INT

#### Zona Norte

CPA – Unimed Paulistana ..... PS  
Hosp. Casa Verde ..... PS/INT  
Hosp. Nipo-Brasileiro ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Presidente ..... PS/INT  
Hosp. San Paolo  
(antigo Voluntários) ..... PS/INT/MAT  
Previna ..... PS

#### Zona Oeste

Hosp. Albert Sabin ..... PS/INT  
Hosp. Itacolomy Butantã ..... PS/INT  
Hosp. Metropolitano ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Portinari ..... PS  
Hosp. Saint Paul ..... INT

### Zona Sul

Casa de Saúde Santa Rita ..... INT  
Dom Antônio Alvarenga ..... PS/INT  
GRAAC (Oncologia) ..... INT  
Hosp. da Criança ..... PS/INT  
Hosp. Dante Pazzanese ..... INT  
Hosp. Defeitos da Face ..... INT  
Hosp. e Mat. São Leopoldo ..... PS/INT/MAT  
Hosp. N. Sra. de Lourdes ..... PS/INT  
Hosp. Paulista ..... PS/INT  
Hosp. Santa Cruz ..... PS/INT  
Hosp. Santa Marina ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Santa Paula ..... PS/INT  
Hosp. São Camilo (Ipiranga) ..... PS/INT/MAT  
Hosp. São Paulo ..... PS/INT  
Hosp. São Rafael ..... INT  
Hosp. Sepaco ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Serra Mayor ..... PS/INT  
Hosp. Vidas ..... PS/INT/MAT

### OUTRAS LOCALIDADES

#### Arujá

Hosp. Lions Clube ..... PS/INT/MAT

#### Barueri

Hospitalis Núcleo Hospitalar ..... PS/INT/MAT

#### Caieiras

EMED ..... PS/INT/MAT

#### Carapicuíba

Hosp. Alpha Med ..... PS/INT/MAT

### Diadema

Hosp. São Lucas ..... PS/INT/MAT

### Franco da Rocha

CEAM ..... PS/INT/MAT

### Guararema

Santa Casa de Misericórdia ..... PS/INT/MAT

### Itapevi

Hosp. e Mat. Nova Vida ..... PS/INT/MAT

### Mogi das Cruzes

Casa de Saúde e Maternidade  
Santana - Mogi ..... PS/INT/MAT  
Hosp. e Mat. Ipiranga ..... PS/INT/MAT  
Hosp. e Mat. Mogi D'Or ..... PS/INT/MAT

### Osasco

Hosp. Cruzeiro do Sul ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Sino-Brasileiro ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Montreal ..... PS/INT/MAT

### Santa Isabel

Santa Casa de Misericórdia ..... PS/INT/MAT

### Suzano

Hosp. Campos Salles ..... PS/INT/MAT

### Taboão da Serra

Centro Médico Family ..... PS/INT/MAT

**Laboratórios:** ÁLAMO, BIOCLÍNICO, CDB, CEDIMAX, DIGIMAGEM, LAVOISIER, LEGO, MELLO, NASA, OMNI, RADIOCLÍNICA, SAE, SALOMÃO & ZOPPI.

## PLANO UNIPLAN INTEGRAL

Toda a rede do Plano Uniplan Padrão e mais:

Hosp. e Mat. Santa Joana ..... MAT  
Hosp. Edmundo Vasconcelos ..... PS/INT  
Hosp. Santa Catarina ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Santa Isabel ..... PS/INT/MAT  
Hosp. Villa Lobos ..... PS/INT  
Pro Matre – São Paulo ..... MAT

## PLANO UNIPLAN SUPREMO

Toda a rede dos planos Uniplan Padrão, Integral e mais:

Hosp. Alemão Oswaldo Cruz ..... INT  
Hosp. do Coração - Hcor ..... PS/INT  
Hosp. Nove de Julho ..... PS/INT  
Hosp. Samaritano ..... INT/MAT  
Hosp. São Camilo (Pompéia) ..... PS/INT/MAT  
Hosp. São Luiz (Anália Franco,  
Itaim) ..... PS/INT/MAT

Hosp. São Luiz (Morumbi) ..... PS/INT  
Hosp. Sírio-Libanês ..... INT  
P.S. Infantil Sabará – São Paulo ..... PS

**Laboratório:** DELBONI AURIEMO.

PS – Pronto-Socorro  
INT – Internação eletiva  
MAT – Maternidade

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Este produto pode ser comercializado na área de abrangência da Unimed Paulistana.
- **Área de abrangência da Unimed Paulistana: Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano e Taboão da Serra.**
- 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 no pedido de adesão do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- Pedido de adesão sujeito a análise técnica.
- A taxa de cadastramento e implantação (que NÃO é o primeiro pagamento do valor do benefício) é devida somente em caso de aceitação do(s) solicitante(s) ao contrato coletivo.