



Queroter
Unimed.com

SEU PLANO DE SAÚDE ESTÁ AQUI

PROPOSTA COMERCIAL

Os valores contidos
nesta proposta
são válidos até
30/06/2024

Unimed 
Campina Grande

LINHA
UNISAÚDE

SEJA BEM-VINDO(A) À UNIMED

AQUI VOCÊ TEM:



50 anos de credibilidade e cuidado.



Mais de 700 médicos cooperados para cuidar de você.

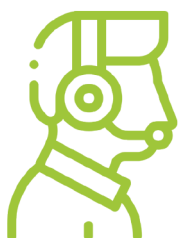


Suporte em diferentes canais: telefone, chat, site, app e whatsapp.



Mais qualidade de vida para sua família e seus colaboradores.

ADQUIRA SEU PLANO UNIMED COM O SERVIÇO SOS UNIMED INCLUSO E TENHA:



Orientação Médica por telefone 24h



Encaminhamento ou remoção para rede assistencial.



Atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências.



Serviço disponível nos perímetros urbanos de Campina Grande, Lagoa Seca e Queimadas.



**PLANO DE SAÚDE
INDIVIDUAL E FAMILIAR
LINHA UNISAÚDE**

REDE *ambulatorial
e hospitalar*
BÁSICA *com obstetrícia*

UNISAÚDE CAMPINA GRANDE ENFERMARIA

Registro na ANS nº 472.664/14-2

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais. Em internação com valor fixo de R\$ 200,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Municipal (Campina Grande/PB).

Acomodação: Enfermaria (coletivo).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 273,99
19-23 anos	R\$ 356,17
24-28 anos	R\$ 438,35
29-33 anos	R\$ 547,96
34-38 anos	R\$ 630,13
39-43 anos	R\$ 739,73
44-48 anos	R\$ 931,53
49-53 anos	R\$ 1.068,51
54-58 anos	R\$ 1.180,87
acima de 59 anos	R\$ 1.575,97

Valores válidos até 30/06/2024.

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

ANS - nº 367397

UNISAÚDE CAMPINA GRANDE APARTAMENTO

Registro na ANS nº 472.663/14-4

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais. Em internação com valor fixo de R\$ 200,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Municipal (Campina Grande/PB).

Acomodação: Apartamento (individual).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 354,91
19-23 anos	R\$ 461,36
24-28 anos	R\$ 567,84
29-33 anos	R\$ 709,79
34-38 anos	R\$ 816,27
39-43 anos	R\$ 958,25
44-48 anos	R\$ 1.206,67
49-53 anos	R\$ 1.384,13
54-58 anos	R\$ 1.529,62
acima de 59 anos	R\$ 2.125,78

Valores válidos até 30/06/2024.

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

Registro na ANS nº 472.662/14-6

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais.

Em internação com valor fixo de R\$ 200,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Estadual (Paraíba).

Acomodação: Enfermaria (coletivo).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 292,61
19-23 anos	R\$ 380,40
24-28 anos	R\$ 468,17
29-33 anos	R\$ 585,24
34-38 anos	R\$ 673,03
39-43 anos	R\$ 790,04
44-48 anos	R\$ 994,88
49-53 anos	R\$ 1.141,19
54-58 anos	R\$ 1.261,16
acima de 59 anos	R\$ 1.752,67

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

Valores válidos até 30/06/2024.

ANS - nº 367397

Registro na ANS nº 472.661/14-8

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais.

Em internação com valor fixo de R\$ 200,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Estadual (Paraíba).

Acomodação: Apartamento (individual).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 454,04
19-23 anos	R\$ 590,54
24-28 anos	R\$ 726,82
29-33 anos	R\$ 908,52
34-38 anos	R\$ 1.044,81
39-43 anos	R\$ 1.226,51
44-48 anos	R\$ 1.544,50
49-53 anos	R\$ 1.771,68
54-58 anos	R\$ 1.957,88
acima de 59 anos	R\$ 2.720,97

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

Valores válidos até 30/06/2024.

Registro na ANS nº 472.660/14-0

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais.

Em internação com valor fixo de R\$ 300,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Nacional (Brasil).

Acomodação: Enfermaria (coletivo).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 418,80
19-23 anos	R\$ 544,47
24-28 anos	R\$ 670,11
29-33 anos	R\$ 837,65
34-38 anos	R\$ 963,29
39-43 anos	R\$ 1.130,79
44-48 anos	R\$ 1.423,98
49-53 anos	R\$ 1.633,38
54-58 anos	R\$ 1.805,09
acima de 59 anos	R\$ 2.508,67

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

Valores válidos até 30/06/2024.

ANS - nº 367397

Registro na ANS nº 472.659/14-6

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais.

Em internação com valor fixo de R\$ 300,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Nacional (Brasil).

Acomodação: Apartamento (individual).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 626,32
19-23 anos	R\$ 814,21
24-28 anos	R\$ 1.002,10
29-33 anos	R\$ 1.252,64
34-38 anos	R\$ 1.440,53
39-43 anos	R\$ 1.691,07
44-48 anos	R\$ 2.129,46
49-53 anos	R\$ 2.442,62
54-58 anos	R\$ 2.699,40
acima de 59 anos	R\$ 3.751,47

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

Valores válidos até 30/06/2024.

REFERÊNCIA

ENFERMARIA

Registro na ANS nº 427.087/99-8

Coparticipação: Não possui.

Segmentação: Referência.

Abrangência: Nacional (Brasil).

Acomodação: Enfermaria (coletivo).

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 2.181,70
19-23 anos	R\$ 2.836,30
24-28 anos	R\$ 3.490,78
29-33 anos	R\$ 4.363,50
34-38 anos	R\$ 5.017,98
39-43 anos	R\$ 5.890,71
44-48 anos	R\$ 7.417,92
49-53 anos	R\$ 8.508,76
54-58 anos	R\$ 9.403,35
acima de 59 anos	R\$ 13.068,18

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

Valores válidos até 30/06/2024.

ANS - nº 367397



PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL FAMILIAR

REDE MASTER

*ambulatorial
e hospitalar
com obstetrícia*

UNISAÚDE BRASIL

Estilo

Registro na ANS nº 473.244/15-8

Coparticipação: 20% sobre consultas, exames, terapias e demais atendimentos ambulatoriais.

Em internação com valor fixo de R\$ 300,00.

Segmentação: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

Abrangência: Nacional (Brasil)

Rede de atendimento: Master

Acomodação: Apartamento (individual).

MAIS PROTEÇÃO PARA VOCÊ

Serviço de Atendimento Móvel
Pré-Hospitalar e Orientação Médica
(sem custo adicional)

TABELA PREÇOS

Faixa etária	Valor
00-18 anos	R\$ 1.675,51
19-23 anos	R\$ 2.178,17
24-28 anos	R\$ 2.680,82
29-33 anos	R\$ 3.351,02
34-38 anos	R\$ 3.853,68
39-43 anos	R\$ 4.523,89
44-48 anos	R\$ 5.696,74
49-53 anos	R\$ 6.534,50
54-58 anos	R\$ 7.221,46
acima de 59 anos	R\$ 10.037,30

Faixas etárias de acordo com a RN nº 63 da ANS

Valores válidos até 30/06/2024.

ANS - nº 367397

PERÍODOS DE CARÊNCIA



Observando o disposto na legislação vigente, especialmente o inciso V, do art. 12 da Lei 9.656/98, fica estabelecido os seguintes períodos de carência:

- 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais (observada as regras previstas na Resolução CONSU n. 13/98);
- 30 (trinta) dias para consultas eletivas e exames básicos;
- 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.



COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

A Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes informadas na Declaração de Saúde pelo cliente ou representante legal.

PESSOA FÍSICA COMO PROPONENTE

A pessoa natural que se propõe a contratar um plano de saúde ou serviço da Unimed Campina Grande deve apresentar a seguinte documentação:

- Inscrição ativa no Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Ter mais de 18 anos ou ser legalmente emancipado, ou apresentar um responsável financeiro com vínculo legal comprovado (pai, mãe ou tutor);
- Comprovante de residência como conta de consumo de água ou energia elétrica, na área de atuação da Unimed Campina Grande;
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Cópia do RG;
- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Comprovação de curatela, para os casos previstos Art. 1.767 da Lei 10.406/2002;
- Número de telefone para contato e endereço de e-mail.



DEPENDENTES



Para a Unimed Campina Grande são considerados dependentes no plano de saúde individual e familiar:

Parentes, sendo:

- Pais;
- Filhos (e outros a ele equiparados) até 33 anos;
- Filhos de qualquer idade, se incapazes;
- Irmãos até 24 anos;
- Sobrinhos até 24 anos; e
- Netos até 24 anos.
- Cônjuge, companheiro e companheira em casamento civil ou religioso, ou em união estável.

DOCUMENTAÇÃO PARA OS DEPENDENTES

Cônjuge:

- Cópia da certidão de casamento, cópia do RG e número do CPF.

Filho:

- Cópia da certidão de nascimento, número do CPF e cópia Termo de Curatela, se filho incapaz maior de 21 anos.

Equiparado a filho / enteado:

- Cópia da certidão de nascimento, Cópia da certidão de casamento ou cópia da Escritura Pública de união estável do titular e número do CPF.

Pais:

- Cópia do RG e número do CPF.

Companheiro:

- Cópia da Escritura Pública de união estável. Ou cópia da Certidão de Nascimento de ambos, se solteiros. Ou cópia da Averbação, se divorciados. Cópia do RG, número do CPF e Comprovante de residência de ambos.

Irmãos, sobrinhos e netos:

- Cópia da Certidão de Nascimento, número do CPF e cópia do RG, se houver.
- Comprovação da consaguinidade através de documento oficial.

BONIFICAÇÃO PARA A SUA FAMÍLIA

O contrato de Plano de Saúde Individual e Familiar da Unimed Campina Grande possui o Jeito de Cuidar para a sua família! Oferecemos uma bonificação na mensalidade de seus dependentes. **Quanto mais dependentes, maior a bonificação!**

Confira os critérios no contrato.



SOS UNIMED

Seu plano
já inclui este
benefício



Orientação médica por telefone 24h/365 dias por ano



Serviço de Ambulância Unimed para urgências e emergências*

*24h/365 dias por ano.
Perímetro urbano de Campina Grande,
Lagoa Seca e Queimadas.



Remoção entre hospitais/clínicas (quando necessário)

Unimed 
Campina Grande



ANEXO

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Conforme a Instrução Normativa N° 20 da DIPRO/ANS

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais: Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes: É permitida a exigência de cumprimento de carências nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p>Coletivo por adesão</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>
COBERTURA PAR-	Sendo constatado no ato da contra-	Coletivo empresarial

CIAL TEMPORÁRIA (CPT)

tação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa à CPT é facultado à operadora oferecer o agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento do processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante

Com menos de 30 participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para o de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003

Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contraentes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não deverá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado, e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação

	deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato, e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa / órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, deve constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Unimed 
Campina Grande

CENTRAL DE VENDAS E PÓS-VENDAS

(83) 2101.6600 



QueroterUnimed.com