

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

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. CamargoINT
Hosp. Santa Helena PS/INT/MAT
Igesp – Instituto Gastroclínico PS/INT

Zona Leste

Casa de Saúde Vila MatildeINT/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.