

Essencial PME DF

Seguros Unimed

*Um seguro na medida certa
para você!*



SEGUROS
Unimed



PME

SOLUÇÕES EM SAÚDE

Especialista em cuidar da saúde

Trazemos o ideal cooperativista em nosso DNA, e por isso, atuamos para compor soluções que beneficiem a coletividade.

Com mais de 30 anos de história, entregamos aos nossos clientes mais do que produtos.

Entregamos **confiança** e **solidez**.

Cuidando e transformando a vida de



6 milhões
de clientes

◆ Conheça as opções de plano

PLANO ESSENCIAL PME DF I	PLANO ESSENCIAL PME DF II	PLANO ESSENCIAL PME DF III	PLANO ESSENCIAL PME DF IV
Acomodação em enfermaria	Acomodação em apartamento	Acomodação em enfermaria	Acomodação em apartamento
Abrangência municipal	Abrangência municipal	Abrangência municipal	Abrangência municipal
Sem coparticipação	Sem coparticipação	Com coparticipação	Com coparticipação
Reembolso em consultas* 1x a tabela	Reembolso em consultas* 1x a tabela	Reembolso em consultas* 1x a tabela	Reembolso em consultas* 1x a tabela
 Desconto em Medicamentos**	 Desconto em Medicamentos**	 Desconto em Medicamentos**	 Desconto em Medicamentos**
 Clube de Vantagens	 Clube de Vantagens	 Clube de Vantagens	 Clube de Vantagens
 Unimed Odonto	 Unimed Odonto	 Unimed Odonto	 Unimed Odonto

Grupo de municípios:

Brasília e suas regiões administrativas.
Atendimento de Urgência e Emergência Nacional pelo Sistema Unimed (Intercâmbio).

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.

*O reembolso é **exclusivamente** para Consultas Médicas Ambulatoriais (Eletivas) e para as Terapias Ambulatoriais: fisioterapia, acupuntura, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição.

**Os presentes benefícios são conferidos sem quaisquer custos exclusivamente para os clientes Seguros Unimed e poderão ser cancelados a qualquer tempo e sem prévio aviso, conforme negociações realizadas entre a Seguros Unimed e as empresas parceiras.

Unimed Odonto

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



E o melhor: **sem custo adicional.**

Nossos clientes passam a usufruir de mais este benefício, contando com o Plano Essencial e a excelência do maior e mais completo sistema de saúde do Brasil.

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.

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

Coparticipação

Os modelos de coparticipação adotados pela **Seguros Unimed** têm valores máximos de desconto por procedimento (limitador em reais) e contam também com limitador mensal por segurado, não acumulativo.

Tudo isso para garantir ao nosso segurado maior previsibilidade.

Coparticipação Revertida para a Seguradora

	30% DE COPARTICIPAÇÃO, LIMITADO A	
	ESSENCIAL PME DF III	ESSENCIAL PME DF IV
Consulta	R\$ 28	R\$ 28
Consulta P.S.	R\$ 70	R\$ 70
Exames Básico	R\$ 40	R\$ 40
Exames Especiais	R\$ 110	R\$ 110
Terapias	R\$ 50	R\$ 50
Limite Mensal	R\$ 300	R\$ 300

Limitador de cobrança mensal, por segurado e não cumulativo.

Os atendimentos feitos no acesso designado à APS não incidem cobranças de coparticipação.

◆ Carências

Carências Contratuais de 2 a 29 vidas

Os segurados cumprirão os seguintes prazos de carência, contados a partir do início da vigência do plano:

PROCEDIMENTO	Sem coparticipação		Com coparticipação	
	De 2 a 9 vidas	De 10 a 29 vidas	De 10 a 29 vidas	De 10 a 29 vidas
Atendimento de urgência e emergência	24 horas	24 horas	Isento	Isento
Consulta	15 dias	15 dias	Isento	Isento
Exames básicos	15 dias	15 dias	Isento	Isento
Exames especiais	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Terapias	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Procedimentos ambulatoriais especiais	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Internações clínicas	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias
Internações psiquiátricas	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias
Internações psiquiátricas em hospital dia	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias
Internações cirúrgicas	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias
Atendimento médico/hospitalar relacionado à internação obstétrica, exceto parto a termo	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Transplantes	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias
Assistência domiciliar	180 dias	120 dias	90 dias	90 dias

Acima de 30 vidas não se aplica carência, desde que a adesão ocorra em até 30 dias da vigência inicial do contrato.

◆ Carências

As Análises de Redução ou Compra de Carência são realizadas através do termo de “Redução de Carências” que será disponibilizado no ato de aprovação da proposta.

A Compra ou Redução de Carência poderá ser avaliada desde que:

- 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;

Documentação: Individual – Plano Anterior

- Carta de compra de carência / permanência*;
- Cópia do cartão de identificação do titular e dependentes;
- Último comprovante de pagamento quitado;

Documentação: Empresarial – Plano Anterior

- Carta de compra de carência / permanência*;
- Cópia do cartão de identificação do titular e dependentes;

O Termo de Redução de Carências a ser encaminhado deve conter as informações abaixo:

- Dados do Estipulante e subestipulante;
- CNPJ's que irão aderir ao plano;
- Combo selecionado para redução;
- Nome do titular e CPF;
- Data e Assinatura para contratação;

Observações Importantes:

- 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, serão aplicadas as carências do combo padrão;
- 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 a seguir:

*Carta de permanência deve conter: 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.

◆ Combos de Redução de Carência

PROCEDIMENTO	Combos e Códigos		
	Padrão CPA	Reduzido 1 CRIA	Reduzido 2 CR2A
Urgência e emergência	24 horas	0	0
Consultas e Exames básicos	15 dias	0	0
Terapias/Procedimentos ambulatoriais/Exames especiais	30 dias	30 dias	0
Internações clínicas	180 dias	90 dias	0
Internações cirúrgica/psiquiátricas/obstétrica/transplantes	180 dias	90 dias	0
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Assistência domiciliar	180 dias	90 dias	0

Combopro padrão – CPA

- Sem plano anterior.
- Com plano anterior há menos de 12 meses de vigência, que não se enquadra na relação de congêneres.
- Com plano anterior há menos de 6 meses de vigência, que se enquadra na relação de congêneres.

Combopro reduzido 1 – CRIA

- Com plano anterior há mais de 12 meses de vigência, que não se enquadra na relação de congêneres.
- Com plano anterior equivalente que esteja relacionado na lista de congêneres, entre 6 e 12 meses de vigência.

Combopro reduzido 2 – CR2A

- Com plano anterior equivalente há mais de 12 meses, que esteja relacionado na lista de congêneres.

Relação Congêneres

Amil – S80 – Regional

Bradesco – Efetivo DF – Regional

Sul América – Direto – Regional

Outros planos com abrangência nacional: Allianz, CarePlus, Mediservice, Marítima, Notre Dame Intermédica, Omint, Porto Seguro, Sompso Seguros, Amil, Bradesco e SulAmérica.

◆ Condições de **Aceitação e Comercialização**

Contratação Compulsória

- Mínimo 2 vidas, sendo 1 titular;
- 100%: FGTS, Categoria funcional ou da região;
- 20% de prestadores de serviços pessoa jurídica (titular + dependente) sob a massa contratada, mediante contrato de prestação de serviço com duração mínima de 12 meses e apresentação das últimas 3 notas fiscais de prestação de serviço.

Contratação Facultativa

- Para empresas com, no máximo, 99 funcionários no total do FGTS;
- Mínimo 2 vidas, sendo 1 titular;
- 20% de prestadores de serviços pessoa jurídica (titular + dependente) sob a massa contratada, mediante contrato de prestação de serviço com duração mínima de 12 meses e apresentação das últimas 3 notas fiscais de prestação de serviço.

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.

Elegibilidade

TITULARES

- **Titular:** vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;

DEPENDENTES

- **Cônjuge ou companheiro(a):** mediante as documentações comprobatórias legais;
- **Filhos:** solteiros com até 39 anos, 11 meses e 29 dias;
- **Filhos e enteados solteiros, incapazes:** maiores de 39 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 39 anos, 11 meses e 29 dias.

◆ Condições de **Aceitação e Comercialização**

Tipos de empresa

Para contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, 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, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

Estes documentos também serão exigidos a cada ano, no mês de aniversário do contrato. Caso não haja comprovação de registro e atividade para renovação, a Seguros Unimed poderá rescindir o contrato, desde que seja emitido um aviso com 60 dias de antecedência como prazo para regularização do registro.

ME (Microempresa)

- Ato constitutivo e alterações posteriores arquivados na Junta Comercial; ou
- Certidão simplificada; ou
- Certidão de inteiro teor, ambas emitidas pela Junta Comercial; e
- Notas fiscais.

EPP (Empresa de pequeno porte)

- Ato constitutivo e alterações posteriores arquivados na Junta Comercial; ou
- Certidão simplificada; ou
- Certidão de inteiro teor, ambas emitidas pela Junta Comercial; e
- Notas fiscais.

EIRELI (Empresa Individual de Responsabilidade Limitada)

Empresarial individual constituída por uma única pessoa titular da totalidade do capital social integralizado, podendo ser enquadrada como EPP ou ME.

◆ Checklist Saúde para Novas Contratações

Das empresas:

- Contrato Social (Estatuto e/alterações posteriores);
- Cartão do CNPJ atualizado;
- Comprovante de endereço da empresa;
- Cópia do RG e do CPF dos sócios;
- GFIP, FGTS integral com comprovante de pagamento do mês anterior ao da contratação – **não aceitamos Ata de Reuniões**;
- 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 do eSocial;
- Declaração de Dependência Econômica – apresentação em caso de agregados;
- 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).

Dos beneficiários:

- Cópia do RG e do CPF;
- Cópia do comprovante de residência;
- Foto da Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável (lavrada em cartório);
- 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.

◆ Checklist Saúde para Novas Contratações

Início de vigência e Vencimento **Essencial PME DF**

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

Como a vigência é liberada imediatamente após o pagamento, é importante que orientemos o proponente sobre a quitação do boleto, se adequando a sua necessidade, dentro do prazo dos 60 dias.

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

No caso de coligadas, é gerado um boleto único com a soma dos valores.

SUBSTIPULANTE, APRESENTAR:

Das empresas:

- Contrato Social (Estatuto e/alterações posteriores);
- Cartão do CNPJ atualizado;
- Comprovante de endereço da empresa;
- Cópia do RG e do CPF dos sócios;
- GFIP, FGTS integral com comprovante de pagamento do mês anterior ao da contratação – **não aceitamos Ata de Reuniões**;
- 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 do eSocial;
- Nome da(s) controladora(s), controlada(s) ou coligada(s);
- Declaração de Dependência Econômica – apresentação em caso de agregados;
- Aditivo de Subestipulante– Sócio em comum ou mesmo grupo econômico (digital) ou carta da empresa no caso de filiais;
- Cartões-Proposta – Implantações abaixo de 30 vidas (digital);
- Layout – Autoexplicativo – Implantações a partir de 30 vidas.

◆ Checklist Saúde para Novas Contratações

Dos beneficiários:

- Cópia do RG e do CPF;
- Cópia do comprovante de residência;
- Foto da certidão de casamento ou da Escritura Pública de União Estável (lavrada em cartório);
- 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;
- Comprovação de vínculo marital com o titular, para enteados.

IMPORTANTE!

1. Toda a documentação deverá conter o carimbo do CNPJ da(s) Empresa(s) Contratante(s), assim como a assinatura do Responsável não poderá divergir da assinatura do Contrato/Estatuto apresentado;
2. Caso o Responsável não conste no Contrato Social, deverá ser apresentada procuração para o mesmo;
3. 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;
4. A documentação não poderá ser manuscrita.

Layout a partir de 30 vidas

Para disposição dos dados de beneficiários (apresentado junto com o Checklist).

◆ Checklist Saúde para Novas Contratações

ATENÇÃO!

Tipo de movimento

- Inclusão Inicial;
- A ou P – Alteração ou Troca de Plano;
- E – Exclusão;
- Código de Família – serve para identificar as famílias e a numeração dos cartões, podendo também ser baseado na matrícula funcional de cada funcionário;
- Endereço – deve estar completo para todos os beneficiários (Titulares e Dependentes); não pode ser informado um único endereço para todas as vidas – por exemplo, colocar o endereço da empresa ou corretora para todos;
- Matrícula – obrigatória para identificação das famílias caso não seja informado o Código de Família;
- Declaração de Nascido Vivo – obrigatória para nascidos a partir de 2010.

Nosso Layout é autoexplicativo, todas as abas possuem “comentários” para ajudá-lo no preenchimento e a Equipe de Implantação estará sempre ao seu dispor para esclarecer possíveis dúvidas.

ITENS OBRIGATÓRIOS

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ E-mail;▪ Celular;▪ Data de Nascimento;▪ Sexo;▪ Estado Civil;▪ Data da Inclusão▪ (Início da Vigência: ex. 01/01/2016); | <ul style="list-style-type: none">▪ Plano/Produto: descrição do Plano contratado;▪ Nome Segurado: não pode conter abreviações;▪ CPF: obrigatório a partir de 18 anos;▪ Nome da Mãe: não pode conter abreviações e é item obrigatório para o cadastro. |
|---|--|

Planos Regionais de 2 a 29 vidas

Compulsório

	ESSENCIAL I	ESSENCIAL II	ESSENCIAL III	ESSENCIAL IV
Faixa Etária	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	324,92	363,58	240,68	269,32
De 19 a 23 anos	397,70	445,02	294,60	329,64
De 24 a 28 anos	497,97	557,22	368,87	412,75
De 29 a 33 anos	550,29	615,75	407,62	456,11
De 34 a 38 anos	586,13	655,86	434,17	485,82
De 39 a 43 anos	679,90	760,78	503,63	563,54
De 44 a 48 anos	812,76	909,45	602,04	673,67
De 49 a 53 anos	974,76	1.090,73	722,05	807,95
De 54 a 58 anos	1.157,27	1.294,95	857,24	959,22
59 anos ou mais	1.949,53	2.181,46	1.444,10	1.615,90

Planos Regionais de 30 a 99 vidas

Compulsório

	ESSENCIAL I	ESSENCIAL II	ESSENCIAL III	ESSENCIAL IV
Faixa Etária	Sem coparticipação		Com coparticipação	
De 0 a 18 anos	303,67	339,79	224,94	251,70
De 19 a 23 anos	371,69	415,90	275,32	308,08
De 24 a 28 anos	465,40	520,76	344,74	385,75
De 29 a 33 anos	514,29	575,47	380,95	426,27
De 34 a 38 anos	547,78	612,95	405,76	454,04
De 39 a 43 anos	635,42	711,01	470,68	526,68
De 44 a 48 anos	759,59	849,95	562,66	629,60
De 49 a 53 anos	911,00	1.019,37	674,81	755,09
De 54 a 58 anos	1.081,56	1.210,23	801,16	896,47
59 anos ou mais	1.821,99	2.038,75	1.349,62	1.510,18

Tabela de preços Agosto | 2023

Os valores são apenas referências. Portanto estão sujeitos a variações de acordo com as particularidades contratuais.

◆ Planos Regionais de **2 a 29 vidas**

Facultativo

	ESSENCIAL I	ESSENCIAL II	ESSENCIAL III	ESSENCIAL IV
Faixa Etária	<i>Sem coparticipação</i>		<i>Com coparticipação</i>	
De 0 a 18 anos	357,41	399,93	264,75	296,25
De 19 a 23 anos	437,47	489,52	324,06	362,61
De 24 a 28 anos	547,77	612,94	405,76	454,03
De 29 a 33 anos	605,32	677,33	448,38	501,73
De 34 a 38 anos	644,74	721,44	477,58	534,40
De 39 a 43 anos	747,89	836,86	553,99	619,90
De 44 a 48 anos	894,03	1.000,40	662,25	741,03
De 49 a 53 anos	1.072,24	1.199,80	794,25	888,74
De 54 a 58 anos	1.273,00	1.424,45	942,96	1.055,15
59 anos ou mais	2.144,48	2.399,61	1.588,51	1.777,49

◆ Planos Regionais de **30 a 99 vidas**

Facultativo

	ESSENCIAL I	ESSENCIAL II	ESSENCIAL III	ESSENCIAL IV
Faixa Etária	<i>Sem coparticipação</i>		<i>Com coparticipação</i>	
De 0 a 18 anos	334,03	373,77	247,43	276,87
De 19 a 23 anos	408,85	457,50	302,86	338,89
De 24 a 28 anos	511,94	572,84	379,21	424,33
De 29 a 33 anos	565,72	633,02	419,05	468,90
De 34 a 38 anos	602,56	674,24	446,34	499,44
De 39 a 43 anos	698,96	782,11	517,75	579,34
De 44 a 48 anos	835,55	934,95	618,92	692,56
De 49 a 53 anos	1.002,09	1.121,31	742,29	830,60
De 54 a 58 anos	1.189,72	1.331,26	881,27	986,12
59 anos ou mais	2.004,19	2.242,62	1.484,58	1.661,20

Tabela de preços Agosto | 2023

Os valores são apenas referências. Portanto estão sujeitos a variações de acordo com as particularidades contratuais.

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

Benefícios para quem compra



Rede regional hospitalar estratégica



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



Ótimo custo-benefício

Vantagens para quem vende

Acelera: plataforma que agiliza o fechamento dos negócios, da cotação à implantação, totalmente digital.

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/>



Se é Unimed, é seguro!

Unimed Seguros Saúde S.A | CNPJ/MF 04.487.255/0001-81
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 – Cerqueira César – CEP: 01410-901 – São Paulo – SP | Central
de Relacionamento e SAC: 0800 016 6633 SAC – Opção 6 | Atendimento ao Deficiente Auditivo:
0800 770 3611 | Ouvidoria: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue: 0800 001 2565
Acessibilidade e mais informações: www.segurosunimed.com.br

ANS – nº 00.070-1

ESSENCIAL PME DF I – 494.065/22-2
ESSENCIAL PME DF II – 494.066/22-1
ESSENCIAL PME DF III – 494.067/22-9
ESSENCIAL PME DF IV – 494.064/22-4