



Área de comercialização

- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados no Estado do Rio Grande do Norte.



Benefícios

Contrato de plano de assistência à saúde Empresarial.

Administradora de Benefícios/Contratante: Qualicorp Administradora de Benefícios

– Para todos os planos relacionados são contempladas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS vigente à época do evento.¹

¹ Conforme condições contratuais.



Quem pode aderir

Titular

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os empregadores (pessoas físicas) e empregados de empresas lojistas associados a Câmara de Dirigentes Lojistas de Natal (CDL NATAL).

Documentação necessária Empregador:

- Cópia do Estatuto ou Contrato Social da empresa e suas alterações (se houver);
- Cópia do Cartão de CNPJ;
- Cópia do RG e do CPF dos Representantes Legais da Empresa; e
- Ficha Associativa que comprove o vínculo da empresa com CDL-NATAL.

Documentação necessária Empregado:

- Cópia do RG e do CPF;
- Cópia do Contra Cheque ou da Carteira de Trabalho (CTPS) referente as páginas da foto, CNPJ da empresa, nome completo e cargo do empregado ou da GFIP;

Além da documentação anteriormente mencionada, o empregado também deverá enviar a documentação da empresa, mencionada a seguir:

- Cópia do Estatuto ou Contrato Social da empresa e suas alterações (se houver);
- Cópia do Cartão de CNPJ;
- Cópia do RG e do CPF dos Representantes Legais da Empresa; e
- Ficha associativa que comprove o vínculo da empresa com CDL-NATAL.

Dependentes

Cônjuge

- Cópia do RG e do CPF;
- Cópia da Certidão de Casamento;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Companheiro(a)

- Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) ou cópia simples da declaração de União Estável registrada em cartório;
- Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a);
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde..

Filho(a) com até 39 (trinta e nove) anos incompletos

- Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento e os maiores de 21 anos deverão apresentar Declaração da faculdade ou cópia do comprovante de matrícula;
- Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Enteado(a) com até 39 (trinta e nove) anos incompletos

– Titular com companheiro(a)

- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2(duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a) ou cópia simples da Declaração de União Estável registrada em cartório;
- Cópia do RG e cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a);
- Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular*

- Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda”;
- Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a);
- Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Neto(s) com até 39 (trinta e nove) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento (obrigatória para os netos) e/ou
- Cópia do RG e do CPF para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Irmão(ões), com até 39 (trinta e nove) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento e/ou
- Cópia do RG e do CPF para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Sobrinho(s), com até 39 (trinta e nove) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento (obrigatória para os sobrinhos) e/ou
- Cópia do RG e do CPF para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, podendo ser solicitada documentação complementar.

ATENÇÃO: Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com idade igual ou superior a 8 anos deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Administradora de Benefícios/Representante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

Planos Uni Green e Green Flex



Tabela de preços dos planos SEM Coparticipação

	Uni Green EMP I-E 480.105/18-9	Uni Green EMP I-A 480.106/18-7
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetria	
Abrangência geográfica de atendimento	Estadual	
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	Individual
Coparticipação	Não	
Até 18 anos	226,84	283,56
De 19 a 23 anos	267,69	334,60
De 24 a 28 anos	315,87	394,82
De 29 a 33 anos	366,42	458,02
De 34 a 38 anos	425,05	531,32
De 39 a 43 anos	493,00	616,28
De 44 a 48 anos	621,20	776,59
De 49 a 53 anos	782,71	978,50
De 54 a 58 anos	1.017,53	1.272,03
A partir de 59 anos	1.322,79	1.653,63

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



Tabela de preços dos planos COM Coparticipação

	Green Flex II EMP C-E 486.090/20-0	Green Flex I EMP C-E 486.093/20-4	Green Flex II EMP C-A 486.088/20-8	Green Flex I EMP C-A 486.087/20-0
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetria			
Abrangência geográfica de atendimento	Estadual			
Padrão de acomodação em internação	Coletivo		Individual	
Coparticipação	Sim			
Até 18 anos	153,56	174,49	191,97	218,13
De 19 a 23 anos	181,20	205,91	226,52	257,40
De 24 a 28 anos	213,82	242,98	267,29	303,71
De 29 a 33 anos	248,03	281,84	310,06	352,32
De 34 a 38 anos	287,72	326,95	359,67	408,68
De 39 a 43 anos	333,75	379,24	417,23	474,08
De 44 a 48 anos	420,53	477,86	525,68	597,33
De 49 a 53 anos	529,88	602,12	662,37	752,63
De 54 a 58 anos	688,82	782,74	861,09	978,43
A partir de 59 anos	895,47	1.017,56	1.119,41	1.271,95

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



Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS, conforme o quadro de procedimentos e valores indicados a seguir:

Procedimentos	Green Flex II EMP C-E	Green Flex II EMP C-A	Green Flex I EMP C-E	Green Flex I EMP C-A
Consultas médicas eletivas	30,00	30,00	15,00	15,00
Consultas médicas de urgência	50,00	50,00	30,00	30,00
Exames simples: a) análises clínicas (exceto exames genéticos); b) citopatologia; c) eletrocardiograma; e d) raio X simples.	50% limitado a 30,00	50% limitado a 30,00	30% limitado a 30,00	30% limitado a 30,00
Exames especiais, os demais não elencados na alínea imediatamente anterior.	50% limitado a 90,00	50% limitado a 90,00	30% limitado a 90,00	30% limitado a 90,00
Terapias simples, são todas as terapias não mencionadas na alínea abaixo.	50% limitado a 30,00	50% limitado a 30,00	30% limitado a 30,00	30% limitado a 30,00
Terapias especiais: a) terapia renal substitutiva (diálises e hemodiálises); b) quimioterapia; c) radioterapia; d) fototerapia com UVA; e) oxigenoterapia hiperbárica; f) terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea e g) terapia imunoprofilática com polivizumabe para o vírus sincicial respiratório.	-	-	-	-
Demais procedimentos ambulatoriais que não tenham sido descritos nas alíneas anteriores.	50% limitado a 90,00	50% limitado a 90,00	30% limitado a 90,00	30% limitado a 90,00
Internações ¹	75,00	120,00	75,00	120,00
Limitador mensal por beneficiário ²	200,00	200,00	200,00	200,00

¹ Os valores de coparticipação para internações serão cobrados por evento. Nos casos de internações psiquiátricas serão cobrados quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato do beneficiário.

² O limitador máximo mensal especificado é referente a cobrança de coparticipação sobre as consultas médicas (eletivas e de urgência), exames simples, exames especiais, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais utilizados, estando excluída desse limitador a coparticipação por cada evento de internação, que será cobrada à parte, não havendo limite para cobrança mensal.

* Os valores informados poderão ser reajustados conforme condições contratuais.

Planos Essencial



Tabela de preços dos planos COM Coparticipação | APENAS TITULAR

	Essencial Flex II Estadual EMP C-E 488.675/21-5	Essencial Flex I Estadual EMP C-E 488.671/21-2
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Estadual	
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	
Coparticipação	Sim	
Até 18 anos	118,63	134,82
De 19 a 23 anos	132,87	151,00
De 24 a 28 anos	148,82	169,11
De 29 a 33 anos	171,14	194,49
De 34 a 38 anos	196,82	223,66
De 39 a 43 anos	236,17	268,39
De 44 a 48 anos	297,58	338,18
De 49 a 53 anos	395,78	449,77
De 54 a 58 anos	530,34	602,70
A partir de 59 anos	710,67	807,62

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



Tabela de preços dos planos COM Coparticipação | TITULAR + DEPENDENTES

	Essencial Flex II Estadual EMP C-E 488.675/21-5	Essencial Flex I Estadual EMP C-E 488.671/21-2
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Estadual	
Padrão de acomodação em internação	Coletivo	
Coparticipação	Sim	
Até 18 anos	104,39	118,64
De 19 a 23 anos	116,93	132,88
De 24 a 28 anos	130,96	148,82
De 29 a 33 anos	150,60	171,15
De 34 a 38 anos	173,20	196,82
De 39 a 43 anos	207,83	236,18
De 44 a 48 anos	261,87	297,60
De 49 a 53 anos	348,29	395,80
De 54 a 58 anos	466,70	530,38
A partir de 59 anos	625,39	710,71

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



Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS, conforme o quadro de procedimentos e valores indicados a seguir:

Procedimentos	Essencial Flex I Estadual EMP C-E	Essencial Flex II Estadual EMP C-E
Consultas médicas eletivas	15,00	20,00
Consultas médicas de urgência	30,00	45,00
Exames simples: a) análises clínicas (exceto exames genéticos); b) citopatologia; c) eletrocardiograma; e d) raio X simples.	25% limitado a 30,00	35% limitado a 30,00
Exames especiais, os demais não elencados na alínea imediatamente anterior.	25% limitado a 90,00	35% limitado a 90,00
Terapias simples, são todas as terapias não mencionadas na alínea abaixo.	25% limitado a 30,00	35% limitado a 30,00
Terapias especiais: a) terapia renal substitutiva (diálises e hemodiálises); b) quimioterapia; c) radioterapia; d) fototerapia com UVA; e) oxigenoterapia hiperbárica; f) terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea e g) terapia imunoprolifática com polivizumabe para o vírus sincicial respiratório.	-	-
Demais procedimentos ambulatoriais que não tenham sido descritos nas alíneas anteriores.	25% limitado a 90,00	35% limitado a 90,00
Internações¹	75,00	120,00
Limitador mensal por beneficiário²	120,00	120,00

¹ Os valores de coparticipação para internações serão cobrados por evento.

Nos casos de internações psiquiátricas serão cobrados quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato do beneficiário.

² O limitador máximo mensal especificado é referente a cobrança de coparticipação sobre as consultas médicas (eletivas e de urgência), exames simples, exames especiais, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais utilizados, estando excluída desse limitador a coparticipação por cada evento de internação, que será cobrada à parte, não havendo limite para cobrança mensal.

* Os valores informados poderão ser reajustados conforme condições contratuais.



Carências Contratuais

Coberturas	Prazos contratuais*
Urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas eletivas	30 (trinta) dias
Exames simples	30 (trinta) dias
Exames especiais	180 (cento e oitenta) dias
Internações e cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimentos não elencados nos itens anteriores	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

*Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Além das carências descritas anteriormente, havendo na "Declaração de Saúde" a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como, por exemplo, obesidade mórbida.



Regras para a Redução de Carências

ATENÇÃO: Todas as regras para redução de carências constam do aditivo de redução de carências para este contrato, que faz parte da proposta.



Pagamento

Taxa de angariação

A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado.

A taxa de angariação NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade.

Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

Valor mensal do benefício

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta-corrente de acordo com a tabela a seguir:

Forma de pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de pagamento	
Boleto bancário	Dia 01	Todo dia 01 de cada mês	Em qualquer banco, até o vencimento	
	Dia 10	Todo dia 10 de cada mês		
	Dia 20	Todo dia 20 de cada mês		
Débito automático em conta-corrente	Dia 01	Todo dia 01 de cada mês	001- Banco do Brasil	104 - Caixa Econômica Federal
	Dia 10	Todo dia 10 de cada mês	237- Bradesco	341- Itaú
	Dia 20	Todo dia 20 de cada mês	070- BRB	033- Santander

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
- II) reajuste por mudança de faixa etária;
- III) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.



Rede médica e laboratorial

Informações resumidas e sujeitas a alterações.

Planos Uni Green e Green Flex

CIDADE	HOSPITAIS	UNI Green
Natal	Casa de Saúde São Lucas	PS/INT
	Clín. Sta. Maria	PS
	Esho Emp. Serv. Hosp. (Promater)	PS/INT/MAT
	Hosp. do Coração de Natal	PS/INT
	Hosp. Unimed	PS/INT/MAT
	Liga Policlínica	PS/INT
	Natal Hosp. Center	PS/INT
	Prontoclínica da Criança e do Adulto	PS/INT
Soc. Prof. Heitor Carrilho	PS	

CIDADE	LABORATÓRIOS	UNI Green
Natal	Hemolab, Lab. Natal de Análises Clín., Lab. Unimed, Cto. de Patologia Clín., Clín. Procardiaco de Natal, Clín. Sta. Eliza, Clín. Saúde da Mulher, Diagnose, Hope Lab., Inst. de Onco Hematologia de Natal, Laboclínica de Endocrinologia, Lab. Alexander Fleming, Lab. de Análises Clín. Lagoa Nova, Lab. Dna., Lab. Méd. Romildo Freire Pessoa, LAES - Lab. de Análises Especializadas, Liatec - Lab. Integrado de Análises Clín. e Toxicológicas, Lúcia de Fátima Costa Lima, Pan Med Medicina Global, Clín. de Oncologia e Mastologia de Natal, Farias Lab. de Análises Clín., Fernando Gabriel F. de Negreiros, Jatobá Lab. de Anatomia Patologia e Citológica, Lab. de Anatomia Patológica e Citopatologia, Lab. de Citopatologia, Lab. de Patologia Cirúrgica, Lab. Luchiar de Anatomia Patológica e Citopatologia, Lab. Méd. de Patologia, Lab. Rudolf Virchow de Anatomia Patológica e Citopatologia.	LAB
Alto do Rodrigues	Clín. Labor	LAB
	Eduardo Graciliano da F. Junior	LAB
Caicó	Cto. de Patologia Clín. do Seridó, Cto. de Patologia Clín. Maria Aila, Lab. de Análises Inácio Gomes, Lab. Exato de Análises Clín.	LAB
Ceara-Mirim	Casa de Saúde Sta. Agueda	LAB
Currais Novos	Cemed Lab. de Análises Clín., Lab. Regional de Análises Clín., Uni. Médica Dr. Flaubert Sena	LAB
Guamare	Clinic Labor, Unnique Clinic Lab.	LAB
Macaíba	Diagnose	LAB
Nova Cruz	Macêdo e Macêdo	LAB
Parelhas	Uni. Médica Dr. Flaubert Sena	LAB
Parnamirim	Hemolab e Lab. de Análises Clín. Rolim, Lab. de Bioanálises	LAB
Santa Cruz	Laboclínica Trairi	LAB

CIDADE	HOSPITAIS	Green Flex
Natal	Casa de Saúde São Lucas	PS/INT
	Clín. Sta. Maria	PS
	Hosp. Unimed	PS/INT/MAT
	Liga Policlínica	PS/INT
	Prontoclínica da Criança e do Adulto	PS/INT
	Soc. Prof. Heitor Carrilho	PS
	Hosp. Rio Grande	PS/INT
	Hosp. Memorial São Francisco	PS
Caico	Hosp. do Seridó	PS

CIDADE	LABORATÓRIOS	Green Flex
Alto do Rodrigues	Clinic Labor e Clinlac	LAB
Caico	Cto. de Patologia Clín. Serido, Cto. de Patologia Maria Aila, Lab. DNA, Lab. Exato e Lab. Inácio Gomes	LAB
Currais Novos	Climed e Humanitare	LAB
Guamaré	Clinic Labor e Unnique Clinic Lab.	LAB
Macaíba	Diagnose	LAB
Natal	Cto. Clín. Unimed - Via Direta, Hemolab, Jatobá Lab. de Anat. Patológica e Citológica e Lab Unimed	LAB
	Amil Assist. Méd. Infantil. C. de Saúde Santa Agueda, Cemed, Cen, Cto. de Patologia Clín., Clín. de Oncologia e Mastologia de Natal, Clín. Procardiaco de Natal - Cardioclin., Clín. Santa Eliza, Clín. Saúde da Mulher, Diagnose, Doutor Exame, Farias Lab., Hope Lab., Imunolac, Inst. de Onco Hematologia de Natal, Laboclínica de Endocrinologia, Lab. Alexander Fleming, Lab. de Citopatologia, Lab. de Patologia Cirúrgica, Lab. DNA, Lab. Dr. Paulo Gurgel, Lab. Fernando Gabriel F. de Negreiros, Lab. Lagoa Nova, Lab. Luchiar, Lab. Méd. de Patologia, Lab. Rudolf Virchow de Anat. Pat. e Citopatologia, Laes, Liatec - Lab. Int. de Análises Clín. e Toxic. e Pan Med Medicina Global	LAB
Nova Cruz	Lab. E Clín. São Sebastião	LAB
Parelhas	Humanitare	LAB
Parnamirim	Hemolab	LAB
	Lab. de Análises Clín. Rolim e Lab. de Bioanálises	LAB
Santa Cruz	Lab. de Análises Clín. Aderson Leão	LAB

PS – Pronto-Socorro | INT – Internação | MAT – Maternidade | LAB – Laboratório



Rede médica e laboratorial

Informações resumidas e sujeitas a alterações.

Planos Essencial

CIDADE	HOSPITAIS	ESSENCIAL FLEX
Natal	Hosp. Memorial	PS/INT
	Liga Policlínica	PS/INT
	Clín. Sta. Maria	PS/INT
	Hosp. Unimed	PS/INT/MAT
	Hosp. Rio Grande	PS/INT
Mossoró	APAMIM	INT/MAT
	Inst. do Coração Wilson Rosado	PS/INT
Pau dos Ferros	Mat. Sta Luíza de Marilac	INT/MAT

CIDADE	LABORATÓRIOS	ESSENCIAL FLEX
Natal	Hemolab, Hemonorte, Hemovida, Lab. Unimed e Lab. Jatobá	LAB
Mossoró	Clín. Oitava Rosado e CACIM	LAB
Açu	Clín. Oitava Rosado	LAB
Pau dos Ferros	Promedica	LAB
Currais Novos	Cemed Lab. de Análises Clín.	LAB
Caicó	Lab. Exato de Análises Clín.	LAB
Macau	Clín. AMI	LAB
Alto Rodrigues	CLINLAC	LAB
Guamaré	Unnique Clín.	LAB
Santa Cruz	Laboclínica Trairi	LAB

PS – Pronto-Socorro | INT – Internação | MAT – Maternidade | LAB – Laboratório



Este material técnico é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores, não podendo ser cedido e divulgado por terceiros. A validade das tabelas aqui constantes compreende o período indicado no cabeçalho e a suspensão de sua comercialização ou a exclusão de uma ou mais entidades de classe podem ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso. Todas as informações aqui contidas são resumidas e sujeitas a alterações sem aviso prévio. Consulte também o site da operadora: www.unimednatal.com.br

Unimed Natal:

ANS nº 33592

Qualicorp Adm. de Benefícios:

ANS nº 41713