



VERSÃO
02.2024

MATERIAL DE APOIO

APP SINDICATO/PR

Tabela válida até 18/06/2025

CARACTERÍSTICAS DO PLANO

SEGMENTAÇÃO DO PLANO	COLETIVO POR ADESÃO
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	ESTADUAL
INCLUSÃO DE FILHOS, ENTEADOS E NETOS SOLTEIROS NO PLANO	ATÉ 34 ANOS, E PERMANÊNCIA ATÉ 44 ANOS
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
VIGÊNCIA DO CONTRATO	ANUAL (1º DE AGOSTO)
REEMBOLSO	NÃO POSSUI

OS PLANOS POSSUEM AS COBERTURAS ADICIONAIS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO E PRONTO ATENDIMENTO CLÍNICO DIGITAL 24 HORAS POR TELEMEDICINA CONFORME CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DESCRITAS NOS ANEXOS E CONTRATUAIS E CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS.

REAJUSTES E/OU VARIAÇÃO DE PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (1º DE AGOSTO) DO CONTRATO PRINCIPAL
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (1º DE AGOSTO) DO CONTRATO PRINCIPAL
FAIXA ETÁRIA	SIM

CARÊNCIAS

CARÊNCIA	COBERTURA
24 (vinte e quatro) horas	Urgência e Emergência, exceto quando em cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, previstas na cláusula específica de urgência e emergência.
30 (trinta) dias	Consultas médicas, análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necrópsia), raio-x simples e contrastado, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia.
180 (cento e oitenta) dias	Fisioterapia, consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.
180 (cento e oitenta) dias	Demais coberturas (exceto parto a termo).
300 (trezentos) dias	Parto a termo, aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.

ESTE PRODUTO POSSUI APLICAÇÕES DE CARÊNCIAS E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA CONFORME NORMATIVA DA ANS, E CLAUSULA 10 DO CONTRATO.

Para proponentes que comprovarem permanência em plano equivalente nas congêneres, desde que estejam ativos em plano anterior ou que tenham sido cancelados em um prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do início de vigências de adesão ao seguro, haverá análise para redução de carências, conforme tabela de redução de carências da Operadora.

Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) 3 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano anterior;
- b) Cópia de carteira de identificação do beneficiário com indicação do início da vigência, padrão e plano;
- c) Carta da Operadora congênera comprovando o tempo, nº do produto junto a ANS, abrangência e segmentação.

ATENÇÃO!

Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual, CPT (Cobertura Parcial Temporária) não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO

TITULAR	Cópia CNH ou RG com CPF, comprovante de endereço* e cópia do Holetire.
CÔNJUGE OU COMPANHEIRO	Cópia CNH ou RG com CPF e Certidão de Casamento ou Escritura Pública (instrumento legal).
FILHOS SOLTEIROS ATÉ 34 ANOS	Cópia CNH ou RG com CPF e/ou Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010, deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo).
FILHOS INVÁLIDOS	Cópia do RG com CPF e Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.
ENTEADOS SOLTEIROS ATÉ 34 ANOS	Cópia CNH ou RG com CPF e/ou Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010, deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo) e comprovação de vínculo financeiro com titular.
MENOR SOB GUARDA/TUTELADO	Cópia CNH ou RG com CPF e/ou Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010, deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo) e cópia do Termo de Tutela e/ou Termo de Guarda.
NETOS SOLTEIROS ATÉ 34 ANOS	Cópia CNH ou RG com CPF e/ou Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010, deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo).

*Serão aceitos como comprovante de endereço somente cópia da conta de luz ou água.
Somente serão aceitos os proponentes que tenham vínculo formal com o Sub-Estipulante e seus cônjuges e filhos.

TABELA DE VALORES

Plano Estadual (Ambulatorial/Hospitalar COM Obstetrícia) COM COPARTICIPAÇÃO 40%

	Valor individual por Pessoa Incluída (1 Beneficiário)		Valor individual por Pessoa Incluída (2 Beneficiários)		Valor individual por Pessoa Incluída (3 Beneficiários)		Valor individual por Pessoa Incluída (4 ou mais Beneficiários)	
Nº REGISTRO NA ANS	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
00 a 18 anos	238,02	304,76	214,21	274,28	190,42	243,81	166,61	213,33
19 a 23 anos	278,49	356,57	250,64	320,91	222,79	285,26	194,95	249,59
24 a 28 anos	334,18	427,89	300,75	385,10	267,35	342,30	233,93	299,52
29 a 33 anos	367,59	470,67	330,84	423,62	294,06	376,55	257,31	329,48
34 a 38 anos	397,00	508,32	357,31	457,50	317,60	406,65	277,91	355,82
39 a 43 anos	456,55	584,58	410,89	526,12	365,23	467,67	319,58	409,20
44 a 48 anos	588,95	754,11	530,07	678,70	471,16	603,28	412,28	527,87
49 a 53 anos	742,08	950,17	667,86	855,16	593,67	760,15	519,46	665,11
54 a 58 anos	1.031,48	1.320,74	928,34	1.188,68	825,19	1.056,60	722,04	924,52
59 anos ou mais	1.423,45	1.822,62	1.281,11	1.640,36	1.138,76	1.458,10	996,42	1.275,83

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2025 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

SERÃO ACRESCIDOS AO VALOR DA TABELA R\$ 3,37 POR VIDA RELATIVO A GARANTIA ADICIONAL DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA E R\$ 3,64 POR VIDA RELATIVO A GARANTIA ADICIONAL DE TELECONSULTA CLÍNICA - PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS POR TELEMEDICINA.

COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO ENFERMARIA COPART	PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO APARTAMENTO COPART
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	40% (QUARENTA POR CENTO) POR UNIDADE DE PROCEDIMENTO	

Todos os planos prevêem uma coparticipação de 40% nos procedimentos ambulatoriais, ou seja: nas consultas, exames, terapias e todos os demais itens relativos aos procedimentos ambulatoriais, com um limite máximo de participação de R\$149,76 (cento e quarenta e nove reais e setenta e seis centavos) por unidade de procedimento. Caso o beneficiário venha necessitar de algum internamento, para tratamento clínico ou cirúrgico coberto pelo plano, não haverá coparticipação, exceto no internamento psiquiátrico. A coparticipação de 40% é calculada sobre os preços da tabela UNIMED, que tem como base a tabela da Associação Médica Brasileira - (CBHPM) e será cobrada juntamente com a fatura da próxima mensalidade. Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias, contínuos ou não de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

PROCEDIMENTOS	VALOR TABELA UNIMED	COP 40% (por unidade)
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	R\$ 125,00	R\$ 50,00
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO (das 07h às 19h de segunda à sexta-feira)	R\$ 114,10	R\$ 45,64
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO (das 19h às 07h de segunda à sexta-feira e em período integral aos sábados, domingos e feriados)	R\$ 148,33	R\$ 59,33
HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRAÇÕES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	R\$ 7,80	R\$ 3,12
COLESTEROL TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 3,65	R\$ 1,46
GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM DEXTROSOL OU GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 7,80	R\$ 3,12
US - OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 93,55	R\$ 37,42
US - OBSTÉTRICA	R\$ 58,17	R\$ 23,27
TC CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 210,63	R\$ 84,25
RM - CRÂNIO (ENCÉFALO)	R\$ 535,08	R\$ 149,76 (teto)

PERÍODO DE ADESÃO

PERÍODO DE ADESÃO	INÍCIO DO PLANO	VENCIMENTO DA FATURA	VENCIMENTO DO DÉBITO
1º ao 20º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente	Dia 1º do mês de vigência	Dia 5 do mês de vigência
21º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente	Dia 1º do mês de vigência	

FORMAS DE PAGAMENTO

- BOLETO vencimento todo dia 1º
- Débito em conta corrente - vencimento todo dia 05

BANCO DO BRASIL

BRADESCO

ITAU

SANTANDER

CAIXA ECONÔMICA

APOIO:  41 3068-8700

Extramed Administradora de Benefícios

Rua: Desembargador Clotário Portugal, 243 - São Francisco, Curitiba - PR, 80410-220