



Treina Corretor

Planos individuais e familiares

Cooperativismo

Cooperar é uma forma de organizar a sociedade com propósito de ajuda mútua por meio da parceria voluntária de pessoas em torno de um objetivo comum: atingir a finalidade proposta pela cooperativa.



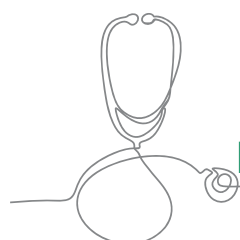
REDE
BRASIL



340
COOPERATIVAS



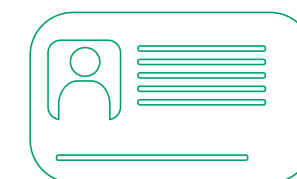
118.000
MÉDICOS



21% DOS MÉDICOS DO
BRASIL, ATENDEM UNIMED



+ 29 MIL
HOSPITAIS,
CLÍNICAS E LAB.



20 MILHÕES DE
CLIENTES

5.000

Médicos
cooperados

+80

Laboratórios
de análises

CURITIBA E GRUPO
DE MUNICÍPIOS

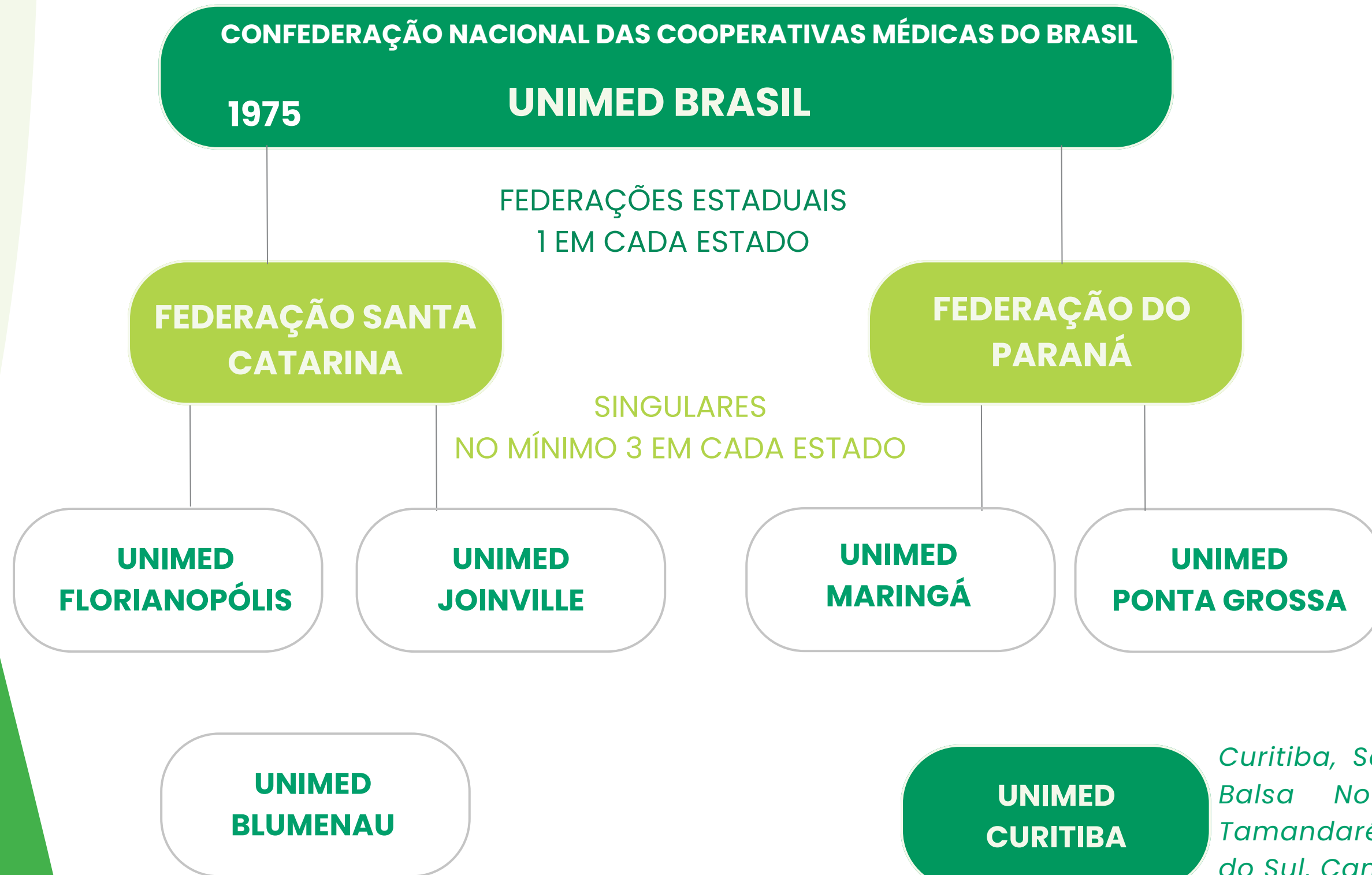
+240

Clínicas
Especialistas

+50

Hospitais
Credenciados

Sistema Unimed



ÁREA DE ATUAÇÃO
PARA CUIDAR de
pessoas com a
Unimed Curitiba.

Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Colombo, Balsa Nova, Araucária, Quatro Barras, Almirante Tamandaré, Piraquara, Contenda, Mandirituba, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Rio Branco do Sul, Pinhais, Fazenda Rio Grande, Lapa, São Mateus do Sul, Campo Magro, Itaperuçu, Adrianópolis, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Tunas do Paraná e Porto Amazonas.

Quem pode entrar no plano?

CONTRATANTE:

- Pessoa física, maior de idade

RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

- Pessoa física: Maior de idade
- Pessoa jurídica

TITULAR:

- Qualquer pessoa

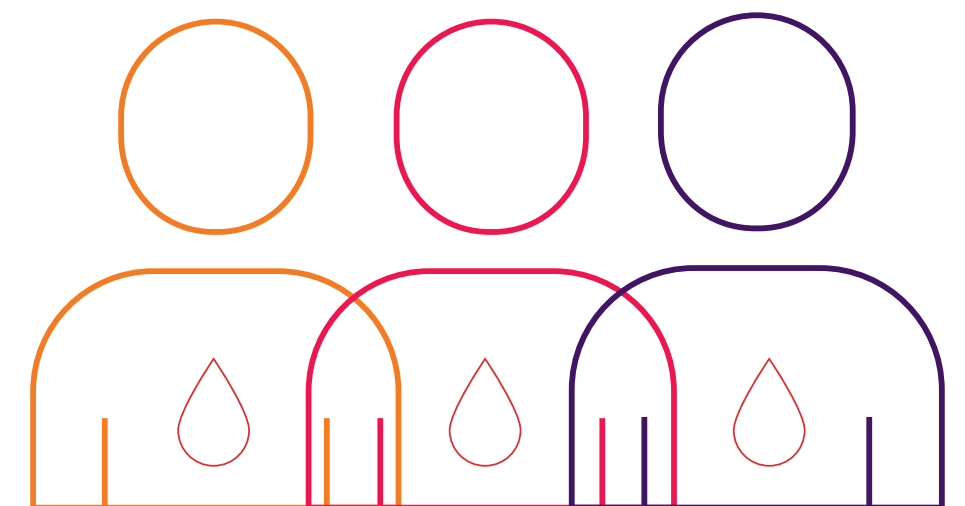
COMO DEPENDENTES:

- Netos solteiros até os 43 anos
- Sobrinhos solteiros até os 43 anos
- Cunhados e irmãos até os 43 anos
- Companheiros (havendo união estável)
- Cônjuges - (havendo certidão de casamento)
- Filhos naturais e adotivos solteiros sem limite de idade

Menores de idade não podem ser contratantes, mas **sabia** que menores podem ser **titular**?

O comprovante de endereço do titular, **pode** ser diferente do contratante, porém se faz necessário incluir os dois:

- Comprovante de endereço do contratante
- Comprovante de endereço do titular



Rastreamento de perguntas ao cliente

#FicaDica

1

“Em qual cidade você mora?”

**Valide se o cliente está dentro de nossa área de atuação!*

2

“Atualmente possui algum plano com outra operadora ou com a Unimed? Qual?”

**Fale sobre a possibilidade de redução de carências e solicite a carta de permanência!*

3

“Quem gostaria de incluir em sua cotação? Quais as idades dessas pessoas?”

**Confira se todos estão dentro das regras de quem pode entrar no plano e seguem os limites de idade!*



Produtos

Para comercialização

PLANO *Flex* REGIONAL



5.000 MÉDICOS



240 CLÍNICAS



97 LABORATÓRIOS



54 HOSPITAIS

COPARTICIPAÇÃO

O mais
vendido!

20%

40%

30%

50%

- Coparticipa em: **consultas, exames e procedimentos ambulatoriais;**
- **Não coparticipa** em internamentos clínicos e cirúrgicos;
- **Teto máximo** de coparticipação: R\$ 90,00 por procedimento.
- Custeio de até 30 (trinta) dias de internamentos psiquiátricos. A partir do 31º dia de internação o beneficiário arca com 30% das despesa, SEM TETO LIMITADOR.



+ DE 5.000 MÉDICOS



240 CLÍNICAS



20 LABORATÓRIOS



54 HOSPITAIS

plano
Flex
smart
REGIONAL

COPARTICIPAÇÃO

20%

Atendimento de urgência e emergência: **NACIONAL - Rede básica**

- Coparticipa em: **consultas, exames e procedimentos ambulatoriais;**

- **Teto máximo** de coparticipação: **R\$ 90,00** por procedimento.

- Coparticipação em **internamentos:**

Franquia em diária hospitalar:

ENFERMARIA

150,00 diária

APARTAMENTO

250,00 diária

***MÁXIMO 10 DIÁRIAS POR INTERNAMENTO**



+ DE 4.000 MÉDICOS



14 CLÍNICAS



20 LABORATÓRIOS



20 HOSPITAIS

PLANO

Pleno

LOCAL

COPARTICIPAÇÃO

20%

40%

30%

50%

- Coparticipa em: **consultas, exames e procedimentos ambulatoriais;**
- **Não coparticipa** em internamentos clínicos e cirúrgicos.
- **Teto máximo** de coparticipação:
- R\$ 90,00 por procedimento.
- Não coparticipa em **procedimentos realizados dentro da Unidade APS.**

Área de atuação:

Curitiba, Campo Largo, Araucária, Almirante Tamandaré, Colombo, Pinhais, Piraquara, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande, Campo Magro, Quatro Barras e Campina Grande do Sul.

4 unidades de atenção primária a saúde



Atendimento de urgência e emergência: **NACIONAL - Rede básica**

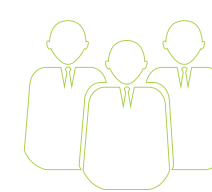
plano amigo

NACIONAL

Plano referência



340
COOPERATIVAS



118.000
MÉDICOS



+ 29 MIL
HOSPITAIS,
CLÍNICAS E LAB.



5.000 MÉDICOS



240 CLÍNICAS



97 LABORATÓRIOS



54 HOSPITAIS

COPARTICIPAÇÃO



- Coparticipa em: **consultas, exames e procedimentos ambulatoriais;**
- **Não coparticipa** em internamentos clínicos e cirúrgicos;
- **Teto máximo** de coparticipação: R\$ 220,00 por procedimento.
- Custeio de até 30 (trinta) dias de internamentos psiquiátricos. A partir do 31º dia de internação o beneficiário arca com 30% das despesas, SEM TETO LIMITADOR.

25%

50%

Atendimento Nacional para todos os procedimentos, rede competente.

Coparticipação

Têm o intuito de reduzir o valor mensal do plano de saúde, possibilitando o pagamento apenas quando houver utilização.

| PLANO | COP. | VALOR DE REPASSE DA OPERADORA AO PRESTADOR | | |
|-----------------|------|--|------------------------|---------------------------|
| | | ELETIVA \$ 115,00 | EMERGÊNCIA \$ 83,95 | PUERICULTURA \$ 133,00 |
| FLEX 1 PLENO | 20% | 23,00 | 16,79 | 26,60 |
| | 30% | 34,50 | 25,18 | 39,90 |
| | 40% | 46,00 | 33,58 | 53,20 |
| | 50% | 57,50 | 41,97 | 66,50 |
| SMART | 50% | 57,50 | 41,97 | 66,50 |
| | 20% | 23,00 | 16,79 | 26,60 |
| AMIGO | 25% | 28,78 | 20,98 | 33,25 |
| | 50% | 57,50 | 41,97 | 66,50 |

Valor
fixo

Valor
variável

Valor
fixo

Não temos valores fixos para as procedimentos ambulatoriais e terapias, todas elas podem chegar ao teto limitador de cada produto:

Regional /Local: **90,00 sessão.**

Nacional: **220,00 sessão.**

O cliente paga mediante a modalidade que o cliente precisa realizar e o local de utilização, por isso não podemos garantir valores fixos, mas vale lembrar que cada sessão ou procedimento serão cobrados em cima do percentual de coparticipação contratado pelo cliente.

Qualquer tabela existente no mercado, **não são da Unimed Curitiba**, portanto os valores não precisam ser seguidos como parâmetros.

Simulador pessoa física




SIMULAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
 Cliente: DANIEL
 Tipo de Contratação: Individual e Familiar
 Telefone: Whatsapp:
 E-Mail:
 Consultor: Lohayne - Telefone: 41 9 9827-4957

ABRANGÊNCIA
Curitiba e Grupo de Municípios. Atendimento nacional para urgência e emergência.

COBERTURA
Ambulatorial+ Hospitalar + Obstetrícia

BENEFÍCIOS INCLUSOS
Benefício Família, Transporte Aeromédico, Vida em Grupo, Garantia Funeral, SOS Unimed, Proteção Familiar, Emergência Odontológica

+4700
Médicos Cooperados

244
Clínicas

97
Laboratórios

20
Labs. Próprios

54
Hospitais

Plano Flex 1 - Coparticipação em consultas e procedimentos ambulatoriais

| Faixa Etária | Plano | Acomodação | Mensalidade |
|--------------|--------------------|------------|-------------------|
| 39 - 43 | Plano Flex 1 - 50% | Enfermaria | R\$ 456,54 |
| 00 - 18 | Plano Flex 1 - 50% | Enfermaria | R\$ 217,13 |
| 00 - 18 | Plano Flex 1 - 50% | Enfermaria | R\$ 217,13 |
| Total | | | R\$ 890,80 |

ABRANGÊNCIA
Curitiba e Grupo de Municípios. Atendimento nacional para urgência e emergência.

COBERTURA
Ambulatorial+ Hospitalar + Obstetrícia

BENEFÍCIOS INCLUSOS
Benefício Família, Transporte Aeromédico, Vida em Grupo, Garantia Funeral, SOS Unimed, Proteção Familiar, Emergência Odontológica

+4700
Médicos Cooperados

244
Clínicas

97
Laboratórios

20
Labs. Próprios

54
Hospitais

Plano Flex 1 - Coparticipação em consultas e procedimentos ambulatoriais

| Faixa Etária | Plano | Acomodação | Mensalidade |
|--------------|--------------------|-------------|---------------------|
| 39 - 43 | Plano Flex 1 - 50% | Apartamento | R\$ 646,98 |
| 00 - 18 | Plano Flex 1 - 50% | Apartamento | R\$ 273,37 |
| 00 - 18 | Plano Flex 1 - 50% | Apartamento | R\$ 273,37 |
| Total | | | R\$ 1.193,72 |

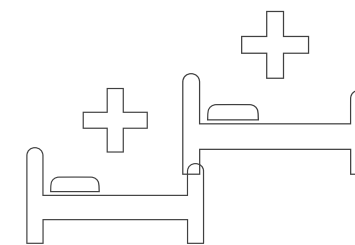
| Plano Flex 1 - 50 - Enfermaria | |
|--|------------|
| Código: 2632 | |
| Coparticipação em consultas e procedimentos ambulatoriais | |
| Abrangência Curitiba e Grupo de Municípios. Atendimento nacional para urgência e emergência. | |
| 39 - 43 | R\$ 456,54 |
| 1 - 50 - Enfermaria | |
| 00 - 18 | R\$ 217,13 |
| 1 - 50 - Enfermaria | |
| 00 - 18 | R\$ 217,13 |
| 1 - 50 - Enfermaria | |
| Total | |
| R\$ 890,80 | |

| Plano Flex 1 - 50 - Apartamento | |
|--|------------|
| Código: 2634 | |
| Coparticipação em consultas e procedimentos ambulatoriais | |
| Abrangência Curitiba e Grupo de Municípios. Atendimento nacional para urgência e emergência. | |
| Titular 39 - 43 | R\$ 646,98 |
| Plano Flex 1 - 50 - Apartamento | |
| Filho 00 - 18 | R\$ 273,37 |
| Plano Flex 1 - 50 - Apartamento | |
| Filho 00 - 18 | R\$ 273,37 |
| Plano Flex 1 - 50 - Apartamento | |
| Total | |
| R\$ 1.193,72 | |

FAÇA SUA COTAÇÃO em menos de 2 minutos!

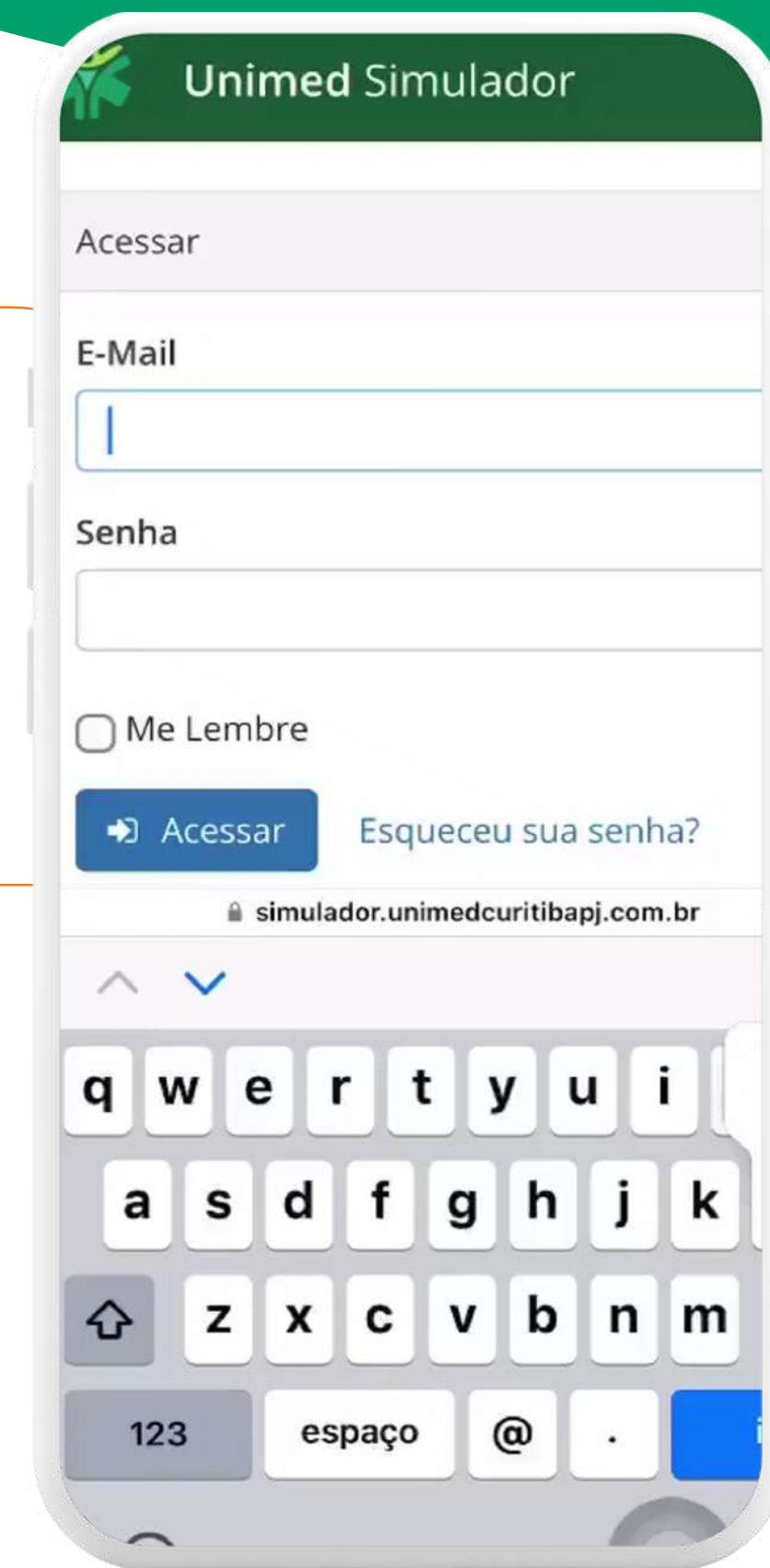
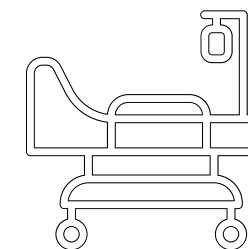
ENFERMARIA

Internamento clínico ou cirúrgico em que o ambiente será compartilhado com + 1 ou 2 pacientes.



APARTAMENTO

Quarto privativo, ou seja, em casos de internamento clínico ou cirúrgico, o atendimento é em um ambiente individual. (Sujeito a cumprimento de carências, para utilização).



Carências contratuais

(ANS) – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



ASSINATURA DO CONTRATO

24 horas

Urgência e emergência.

CAMPANHA DE ISENÇÃO*



30 dias

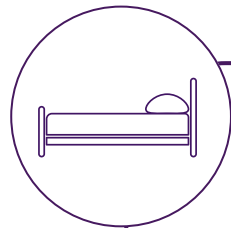
Consultas e exames de patologia clínica.

CAMPANHA DE ISENÇÃO*



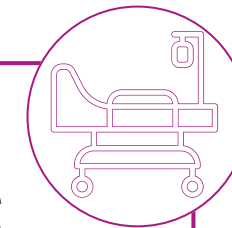
90 dias

Exames de diagnose e fisioterapia.



180 dias

Internamento clínico, cirúrgico e terapias.



180 dias

Acomodação apartamento.



300 dias

Parto normal, cesárea e procedimento de curetagem



24 meses

Doenças, lesões ou condições pré-existentes.

APLICA-SE AOS CLIENTES QUE NÃO POSSUEM PLANO DE ORIGEM.

Redução de carências

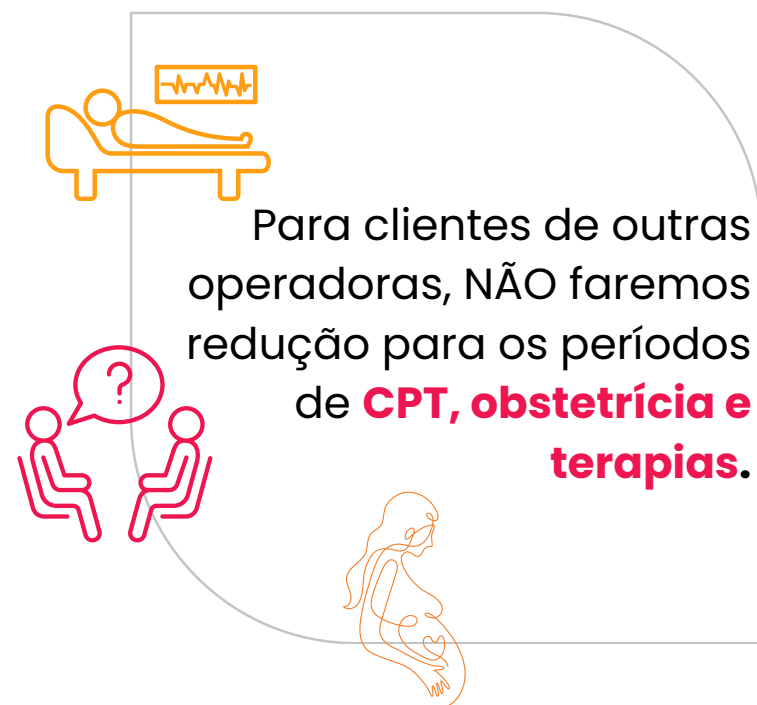
OUTRAS operadoras de saúde:

- Possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, reduzindo parcialmente os períodos estipulados pela Agência Nacional de saúde.

NÃO FAZEMOS PORTABILIDADE!

Algumas operadoras que fazemos redução de carência:

- Clinipam
- Hapvida
- Paraná clínicas
- Sul américa
- Bradesco
- Amil
- Copel saúde
- Medsênior
- Caixa saúde
- Nossa saúde
- Corpe saúde
- MedSul saúde



PERÍODO DE 06 MESES OU MAIS NO PLANO DE ORIGEM*

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA PADRÃO ANS | REDUÇÃO DE CARÊNCIAS |
|---|---------------------|----------------------|
| ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 24 HORAS | ISENTO |
| CONSULTAS | 30 DIAS | ISENTO |
| EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA | 30 DIAS | ISENTO |
| EXAMES DE DIAGNOSE | 90 DIAS | ISENTO |
| EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS | 180 DIAS | ISENTO |
| INTERNAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS | 180 DIAS | ISENTO |
| PARTO NORMAL E CESARIANA | 300 DIAS | 300 DIAS |
| CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA | 24 MESES | 24 MESES |
| TERAPIAS | 180 DIAS | 180 DIAS |
| APARTAMENTO* | 180 DIAS | 180 DIAS |

Cartas de permanência

O que analisamos?



Data de solicitação

Atualizada em 30 dias



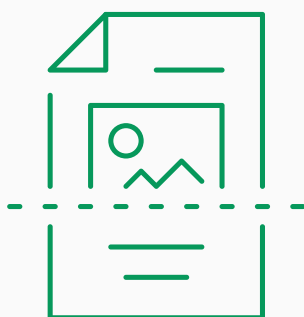
ANS

Cartas sem número da ANS não tem direito a redução



Acomodação

Verificar se a acomodação é apartamento ou enfermaria



Nome e CPF

Verificar nome e CPF do beneficiário



Verificar segmentação

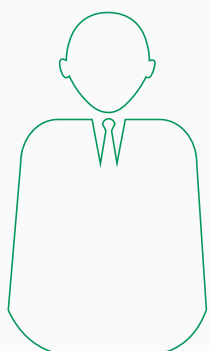
Necessário ser AMBULATORIAL + HOSPITALAR (obstetrícia em caso de mulheres)

ADIMPLÊNCIA PF

- Atualizado em 30 dias;
- Se não constar na carta, anexar os 3 últimos comprovantes;
- Não são aceitas cartas com informação de inadimplência.

ADIMPLÊNCIA PJ

- não é necessário comprovar os pagamentos, somente se não houver a situação do plano (3 últimos).



Pessoa física ou jurídica

Verificar se é um plano de origem PF ou PJ



Inclusão e Exclusão

Verificar a data de inclusão e exclusão (45 dias)

Redução de carências

Data base

Clientes Unimed Curitiba

- Ex-beneficiários da Unimed Curitiba podem aproveitar todas as carências cumpridas proporcionalmente, incluindo **obstetrícia, CPT e terapias** respeitado o prazo máximo de 45 dias após cancelamento ou exclusão do plano anterior e a regularidade dos pagamentos

Quando posso vender?

- Clientes vindos de planos empresariais
- Ex clientes cancelados dentro de 45 dias
- Clientes vindos de planos coletivo por adesão
- Clientes PF, incluindo uma nova vida sem plano / outra operadora

- Clientes com mais de 2 anos de plano Unimed Curitiba, entram no novo plano isentos de todas as carências e NÃO precisam preencher declaração de saúde;

- Clientes com menos de 2 anos, terão períodos **REMANESCENTES** a cumprir e deverão preencher nova declaração de saúde.



Para identificar a Unimed Curitiba, confirme os primeiros dígitos da carteirinha (0032)

Redução de carências

Data base

Clientes Unimed Curitiba

| Dados Cadastrais Beneficiários Unimed Curitiba | | Data da Portabilidade: ***** | |
|--|---|----------------------------------|---|
| Tipo contratação: <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica | | Código ANS: ***** | |
| Titular: MATTEO ROS SCUISSIATTO | | Código: 00320000084284471 | |
| Inclusão: 16/02/2022 | Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> Regulamentado | Obs: ***** | |
| Exclusão: ***** | <input type="checkbox"/> nacional <input checked="" type="checkbox"/> obstetrícia | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento | | |
| R\$ - Individual: | Plano: COPARTICIPAÇÃO 140% | | |
| | CPF: ***** | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |
| | Data Nasc: ***** | Data Inicial CPT: ***** | <input type="checkbox"/> Não |
| Dep: ***** | | Código: ***** | |
| Inclusão: ***** | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria | Obs: ***** | |
| Exclusão: ***** | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia | | |
| | <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento | | |
| R\$ - Individual: | CPF: ***** | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |
| | Data Nasc: ***** | Data Inicial CPT: ***** | <input type="checkbox"/> Não |
| Dep: ***** | | Código: ***** | |
| Inclusão: ***** | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria | Obs: ***** | |
| Exclusão: ***** | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia | | |
| | <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento | | |
| R\$ - Individual: | CPF: ***** | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |
| | Data Nasc: ***** | Data Inicial CPT: ***** | <input type="checkbox"/> Não |
| Dep: ***** | | Código: ***** | |
| Inclusão: ***** | Cobertura: <input type="checkbox"/> enfermaria | Obs: ***** | |
| Exclusão: ***** | <input type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> obstetrícia | | |
| | <input type="checkbox"/> regional <input type="checkbox"/> apartamento | | |
| R\$ - Individual: | CPF: ***** | Código do Produto: ***** | Portabilidade? <input type="checkbox"/> Sim |
| | Data Nasc: ***** | Data Inicial CPT: ***** | <input type="checkbox"/> Não |
| Propostas: ***** | | Código: ***** | |
| Observação: @ | | | |
| Situação: <input checked="" type="checkbox"/> Adimplente <input type="checkbox"/> Inadimplente | | UIL. Paga: JULHO | |
| Consultor(a): 2022 - 00111111 | NICOLLY RAMOS | | |
| Data da solicitação: 08/08/2022 | | | |
| Código de validação: 14037 | | | |

Solicite sua reserva de mercado!

Para solicitação envie um dos 02 itens:

- **Nome completo do beneficiário + CPF;**
- **Foto da carteirinha do plano atual.**

Envie para análise, quando:

- **A data de exclusão ultrapassar 45 dias;**
- **Quando desejar saber os períodos remanescentes de carências.**

A reserva ficará na sua corretora por **30 dias**, podendo ser renovada após esse período.

Quando analisamos uma carta?

- Recém nascido nascido pela Unimed
- Contratos cancelados entre 46 e 180 dias
- Contratos cancelados entre 181 e 365 dias
- Recém nascido por outra operadora, mas não cadastrado

ICHA DE ANÁLISE - TRAMONTINA & VIEIRA LTDA / UNIMED CURITIBA

Nome do Beneficiário :

Descrição:
Recém-nato nascido por outra operadora, mas não cadastrado.
Somente o recém- nato até 45 dias do nascimento . Dados em anexo.

Parecer da Unimed

Redução: 90 dias exceto CPT ,terapias e parto.

CURITIBA, 18/10/2023


Taisa da Silva Andrade

Válida até 02/11/2023

Não esqueça de anexar esse documento junto ao seu contrato!

Quando ***NÃO** faremos análise?

- Quando existe mais de um plano de diferentes operadoras, contará apenas o mais recente
- Contratos inadimplentes

Como solicitar?

Envie a carta de permanência do seu cliente para a Gabi do canal corretor via WhatsApp 41 9741-6423 ou email canalcomercial@unimed-vendas.com.br





Vantagens

Unimed

Vantagens

Unimed Curitiba – inclusos no plano

Clube Unimed | Descontos

Clientes da Unimed Curitiba podem aproveitar descontos especiais em diversos produtos nas farmácias Droga Raia e Drogasil. Além de outros estabelecimentos de todo o país

SOS Unimed

Atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência que conta com os seguintes serviços: aconselhamento médico por telefone (24h) e remoção terrestre de urgência/emergência.

Curitiba, Pinhais, Araucária e São José dos Pinhais.

Transporte Aeromédico

Possibilidade de transporte aéreo em determinadas condições de atendimento, quando a distância entre o ocorrido e o hospital credenciado é maior que 150km.

Benefício Família

- Contratação do titular com idade inferior á 55 anos
- Filhos com idade inferior a 30 ANOS
- Óbitos naturais – 06 meses ativo no plano
- Suicídio ou ato ilícito, 02 anos ativo no plano 1 ANO

Seguro de Vida

Cobertura de seguro de vida ao titular inscrito com menos de 55 (cinquenta e cinco) anos completos, excluídas as situações previstas no regulamento e doenças ou lesões preexistentes (CPT).



Proteção Familiar

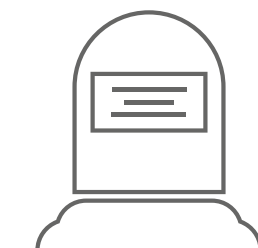
1. Pagamento de seguro em caso de:

- (1) morte acidental do titular
- (2) invalidez permanente e total por acidente.

2. Pagamento de até 5 mensalidades em caso de:

- (1) incapacidade física temporária/ total por acidente

Garante pagamento ou reembolso de despesas relativas ao funeral.



Programa Viva Bem

O Viva Bem dará acesso a mais informações, programas internos e exclusivos da Unimed Curitiba e muitas outras vantagens com o Clube Unimed. Nele, você encontra os nossos parceiros, que oferecem diversas vantagens.



Emergência Odontológica

Atendimentos de emergência ou urgência odontológica a todos os inscritos no plano, que devem ser precedidos de contato direto com a Dental Uni para localização e encaminhamento até a clínica mais próxima.



Programas de saúde Unimed



Bem-Estar e Saúde

Acompanhamento de doenças crônicas.



Estamos com Você

Suporte ao paciente oncológico e sua família.



Gestação Saudável

A troca de experiências entre gestantes.



Viva Leve

Ajuda a reduzir peso



Mamãe e Bebê

Dicas sobre os cuidados do bebê.



Você sem Cigarro

Incentivar o abandono do tabagismo.



Mais Vida

Clientes > 60 anos a ganharem autonomia.



Saia do Sofá

Estimula a atividade física



SERVIÇOS:

- Terapia Ocupacional
- Fisioterapia
- Psicologia
- Treinamento Parental
- Fonoaudiologia



**UM LUGAR SEM IGUAL
PARA PESSOAS ESPECIAIS.**

Pessoas com autismo e doenças neurológicas exigem atenção e merecem carinho. Para cuidar bem delas, existe um lugar extraordinário. Um ambiente lúdico, agradável, que nem parece clínica.

ACOOLHER é tudo isso e muito mais!

É a união entre cooperação e acolhimento. O espaço conta com salas de integração sensorial e de psicomotricidade, além de clínicas de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e treinamento parental, sem parecer um hospital.



VALOR FIXO POR SESSÃO: 88,00

O valor a pagar será conforme o percentual de cop. contratado.

*A **ACOOLHER** é uma parceria entre a Unimed Curitiba e a Faculdade Inspirar. Uma ideia que nasceu para suprir a escassez de padrões mínimos de qualidade e de protocolos para certas terapias.*

Fechamento de contrato



Documentos

- Documento de identificação
(CNH| RG | CERTIDÃO DE NASCIMENTO – CPF)
- Comprovante de residência – água ou luz
- Certidão de casamento ou união estável – se necessário
- Telefone
- CPF receita federal
- E-mail
- Declaração de saúde
- Carta de permanência
(QUANDO HÁ PLANO DE ORIGEM)

Responsável financeiro PJ

- Cartão CNPJ
- Email de quem assina pela empresa
- Telefone de quem assina pela empresa
- Abertura de fatura preenchida e em PDF
- Contrato social última alteração consolidada
- Documento pessoal de quem assina pela empresa
- Comprovante de endereço, se diferente do cartão CNPJ

Exemplos de documentos para comprovar a vinculação entre titulares e dependentes:

Cunhados(as): Documento do cunhado(a) + documento do cônjuge do titular = *avaliação da filiação entre os irmãos;*

Netos: certidão de nascimento + documentos dos avós = *avaliação paternidade/maternidade e vinculação com os documentos dos pais/netos;*

Sobrinho: Documento do sobrinho(a) + documento do tio(a) + documentos do pai/mãe = *avaliação da irmandade via filiação do documento entre o pai/mãe do e tio (a).*

Cônjuges: Certidão de casamento/ União estável / Declaração marital reconhecida em cartório por ambos os cônjuges;

Filhos: Certidão de nascimento / RG/ CPF / CNH = *avaliação da filiação;*

Filhos adotivos: *Guarda permanente ou provisória* disponibilizada pela vara judicial responsável.

Comprovantes de endereço

O comprovante de endereço, para processos que precisam passar por análise médica obrigatoriamente precisam ser da COPEL/COCEL ou SANEPAR em nome do titular do plano de saúde ou em nome de um parente de primeiro grau como:

- Cônjuges
- Pai
- Mãe
- Avós

- Tios
- Cunhados
- Noras
- Genros
- Primos
- Amigos

NÃO aceitaremos outros tipos de documentos para comprovação, como:

E nem em nome de terceiros ou agregados:

- Contas de internet
- Contas de telefone
- Contas de gás
- Boletos
- Notas fiscais
- Escrituras

O que avaliamos para validação de aptidão de contratação:

- DDD;
- Produto escolhido para contratação;
- Local de emissão dos documentos de identificação;
- Possíveis fraudes nos comprovantes de endereço;
- Não disponibilidade de comparecimento a consultas presenciais quando necessário



CENTRAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CURTITIBA E GRUPO DE MUNICÍPIOS.

Declaração de Saúde

Página 02

Local: Data:

Nome:

Assinatura:

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local: Data:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Lembre-se!

Os campos de **DATA** e **ASSINATURA** devem permanecer em branco, pois o cliente assinará este documento junto do contrato de forma eletrônica posteriormente ao preenchimento.

O canal corretor fornece uma declaração de saúde para cada consultor, caso não tenha a sua, **SOLICITE!**

A assinatura **MANUAL** é uma exigência da Unimed Curitiba, crie uma rúbrica sem valor legal e assine manualmente em uma folha em branco, tire uma foto e envie para o canal corretor.

Para preenchimento desta declaração, o beneficiário pode ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora. É facultada ao beneficiário a opção por médico de sua confiança, sendo que neste caso as despesas

- Optei por assumir integralmente a responsabilidade sobre as informações prestadas nesta oportunidade, sem me utilizar de médico orientador e disponibilizado pela UNIMED CURITIBA, sem
- Optei pela orientação do médico indicado pela UNIMED CURITIBA.
- Optei pela orientação do médico de minha confiança.

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR **CRM** **ASSINATURA**

O canal corretor fornece uma declaração de saúde para cada consultor, caso não tenha a sua, **SOLICITE!**

Página 03

Declaração de Saúde

Página 03

| Nome | Peso | Altura | Idade | CPF |
|----------------------|------|--------|-------|-----|
| Titular: | | | | |
| Dependente 1: | | | | |
| Dependente 2: | | | | |
| Dependente 3: | | | | |
| Dependente 4: | | | | |
| Dependente 5: | | | | |
| Dependente 6: | | | | |

Padrões de preenchimento, exemplos:

Nome: completo, sem abreviações ou se abreviado, somente o nome do meio.

- **Peso:** 80kg / 70 kg / 55kg
- **Altura:** 1.80cm / 1.70cm /1.55cm
- **CPF:** Não é necessário pontuação

O proponente ou responsável deverá preencher com S (sim) ou N (não). Informe se é portador ou se já sofreu de:

| | Titular | Dep.1 | Dep.2 | Dep.3 | Dep.4 | Dep.5 | Dep.6 |
|--|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 Doenças do aparelho digestivo: refluxo, gastrite, pedra na vesícula, úlcera, colite, intestino irritável, intestino preguiçoso, cirrose, entre outras? | | | | | | | |
| 2 Doenças endócrinas: obesidade, diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo, tireoide (papo, nódulo), entre outras? | | | | | | | |
| 3 Doenças do sistema genital e urinário: infecção urinária, cistite, perda de urina, fimose, próstata, ovário, mioma, pedra no rim, insuficiência renal, entre outras? | | | | | | | |
| 4 Doenças cardiovasculares: pressão alta, arritmia, insuficiência cardíaca, infarto, angina, problema valvular, varizes, hemorroida, chagas, febre reumática, aneurisma, entre outras? | | | | | | | |
| 5 Doenças oftalmológicas: miopia, astigmatismo, estrabismo, hipermetropia, descolamento da retina, glaucoma, catarata, ceratocone, degeneração macular, entre outras? | | | | | | | |
| 6 Doenças neurológicas: paralisia cerebral, derrame, aneurisma, Neuropatia Parkinson, Alzheimer, traumatismo craniano, retardo de desenvolvimento, entre outras? | | | | | | | |
| 7 Doenças do aparelho respiratório: rinite, sinusite, amigdalite, adenoidite, asma, bronquite, pneumonia, ronco, apneia do sono, desvio de septo, enfisema, entre outras? | | | | | | | |
| 8 Doenças ortopédicas: lesão do manguito rotador ombro, hérnia de disco, túnel do carpo, escoliose, cifose, desvio na coluna, sequelas de fraturas, placas ou parafuso ortopédicos, osteoporose, lesão do menisco ou ligamento, joanete, entre outras? | | | | | | | |

Página 3 de 5 Mod 25.134 – Atualizado em Abril de 2020

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 Doenças congênitas: cardiopatia (septos), microcefalia, hidrocefalia, síndrome de Down, fenda labial e palatina, deficiência mental, entre outras? | | | | | | | |
| 10 Doenças como: autismo, ansiedade, depressão, psicose, pânico, esquizofrenia, dependência de álcool ou drogas, entre outras? | | | | | | | |
| 11 Algum tumor benigno, maligno ou câncer: leucemia, carcinoma, melanoma, câncer de mama, próstata, pele, mieloma múltiplo, quimioterapia, radioterapia, entre outros? | | | | | | | |
| 12 Hérnia: diafragmática, umbilical, inguinal, disco, hiato, incisional, entre outras? | | | | | | | |
| 13 Uso de aparelhos: marcapasso, stent, lente intraocular (LIO), implante de prótese (mamas), DIU, entre outros? | | | | | | | |
| 14 Sofreu ou sofre de alguma doença não identificada nas questões anteriores? Caso afirmativo, especificar abaixo. | | | | | | | |

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer um dos itens acima, complementar com as seguintes informações:

Página 03

As perguntas deverão ser respondidas com:

- **“S”**, para casos afirmativos
- **“N”** para casos negativos

Lembrem-se de orientar o cliente de preencher todas as respostas de acordo com a ordem de quem irá fazer parte do contrato: **TITLAR + DEPENDENTES.**

Página 04

Declaração de Saúde

Página 04

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer um dos itens acima, complementar com as seguintes informações:

| Item | Tit/Dep | Especifique a doença ou lesão e quando começou (data)? Há esclarecimentos adicionais? |
|------|---------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Há algum caso não especificado pelas questões acima ou informações importantes a serem registradas?

| |
|-----|
| Não |
| |
| |
| |

Em caso de qualquer pergunta anteriormente respondida com “S”, para casos afirmativos, nesta página cada item deverá ser descrito e apontado para quem é o responsável da condição citada.

A finalização do arquivo, se dá pelo preenchimento de:

- E-mail do cliente
- Telefone do cliente

Página 05

| | |
|---|-----------------------------------|
| E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório) | |
| TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório) | |
| DATA | ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL |

Lembre-se!

Os campos de **DATA** e **ASSINATURA** devem permanecer em branco, pois o cliente assinará este documento junto do contrato de forma eletrônica posteriormente ao preenchimento.

Após conferir todos os campos preenchidos pelo cliente, converta o arquivo em **PDF!**

Dica

Em seu excel, clique em:

Layout da página > localize o item “escala” e selecione o percentual 84%, depois clique simultaneamente em ctrl + p > selecione a opção de impressão e clique em “salvar em PDF”



Análise médica

Cobertura parcial temporária - CPT

Após conferir e padronizar a declaração de saúde do seu cliente, você deverá avaliar os seguintes requisitos:

- **IMC: > 30 obesidade <16 desnutrição**
- **Idade: A partir de 40 anos**
- **"S": Respostas afirmativas para patologias/condições**

Em qualquer uma das opções acima, o cliente deverá passar por análise médica **ANTES** da implantação do contato.

Consultas presenciais OBRIGATÓRIAS:

- Síndromes
- Obesidade
- Autismo
- Crianças 00-18 (15/02)

O preenchimento do processo de CPT, deve ser feito via **LINK**, onde deverão conter as informações dos clientes + anexo de documentos.

Envio de Declaração de Saúde

1/2 CAMPOS OBRIGATÓRIOS

Contratante Nome completo *

Titular Nome Completo (conforme consta na R...)

Titular CPF *

Titular Plano (CPT) *

Contratante Telefone *

Contratante E-mail *

Todos os Documentos (RG/CPF/Comp. Endereço/ Nascimento/ Casamento)

+ Selecionar um arquivo

Declaração de saúde

+ Selecionar um arquivo

Comentários

Código do Vendedor *

Nome do Vendedor *

Próximo

<https://b24-39wyaf.bitrix24.site/CPT/>

Fluxo análise médica

Solicite a reativação do processo para a colaboradora
Stephanie Venturino ☎ **41 9681-7196**

01 Triagem



- **Preencha o link** de análise médica, com as informações do seu cliente e anexos das documentações.
- Após o envio uma equipe especializada fará uma **auditoria** nesse processo, onde iremos validar:
 - DDD;
 - Produto escolhido para contratação;
 - Local de emissão dos documentos de identificação;
 - Possíveis fraudes nos comprovantes de endereço;
 - Não disponibilidade de comparecimento a consultas presenciais quando necessário.

Período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **suspensão** da cobertura de **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)**, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

02 A análise



- A análise pode ser feita **via ligação** ou **presencial**, quem toma essa decisão é o MÉDICO ao avaliar a declaração de saúde anexada ao processo;
- De qualquer forma **haverá uma ligação** para o cliente dentro de **4 dias úteis**, para realização da análise ou agendamento;
- O telefone da Unimed, sempre começará com o **prefixo 3021**;
- Caso a Unimed não consiga contato com o cliente, será enviado **diretamente no WhatsApp do contratante** uma mensagem com o comunicado de tentativas e os **telefones para retornar** a ligação;
- Caso a ligação **não seja retornada** em **24h** o processo será **declinado**;

03 Repescagem



Processos de análise médica, cancelados, por:

- **Desuso do prazo;**
- **Dificuldade no contato;**
- **Não comparecimento na consulta presencial.**

Ficarão em nosso sistema na etapa de repescagem por 27 dias após o cancelamento, podendo ser reativa a qualquer momento dentro desse prazo mediante solicitação da corretora responsável.

04 A carta



Após a entrevista, em até **48h** enviaremos ao corretor a carta de CPT com o laudo emitido pelo médico auditor e a aplicação das carências.

Stephanie Venturino | Tramontina Vieira & Cia LTDA

De: Luanna Lisboa | Tramontina Vieira e Cia <luanna.lisboa@unimed-vendas.com.br>
Enviado em: quarta-feira, 17 de janeiro de 2024 17:43
Para: kauane.souza@unimed-vendas.com.br
Cc: stephanie.venturino@unimed-vendas.com.br
Assunto: Carta nº 15588.24 - Aplicação de CPT - ANA LIVIA LESSA GUEDES

De: Ketlenn Jackelin Roepke - CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA <ketlenn.roepke@unimedvendas.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 17 de janeiro de 2024 17:23
Para: m1essag@gmail.com
Assunto: Carta nº 15588.24 - Aplicação de CPT - ANA LIVIA LESSA GUEDES

Prezado(a) Sr.(a),

Ref.: Aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT

A Resolução Normativa nº. 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS determina no inciso II e no artigo 6º que as operadoras de planos de saúde, uma vez constatada, através de indicação do beneficiário, doença ou lesão preexistente à aquisição do produto, ofereçam a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** por meio da qual o usuário estará impedido de utilizar eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade diretamente relacionados à(s) patologia(s) declarada(s), pelo prazo de 730 dias, que equivale a 730 dias, a contar da aquisição do contrato.

Tendo em vista que foram declaradas doenças ou lesões preexistentes, quando do preenchimento da Saúde/Entrevista Qualificada para o(a) proponente **ANA LIVIA LESSA GUEDES**, CPF **098.501.177-70** ocorrerá aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT pelo período de 730 dias para as doenças e lesões declaradas, a seguir:

| Doença ou lesão declarada | CID | Descrição |
|--------------------------------|-------|--|
| MIOPIA COM CIRURGIA REFRACTIVA | H52.1 | Miopia |
| BRONQUITE NA INFÂNCIA | J40 | Bronquite não especificada como aguda ou crônica |
| TATUAGEM | L81.8 | Outros transtornos especificados da pigmentação |

Art. 2º Para fins desta Resolução considera-se:
(...)

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Frise-se que os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade são aqueles classificados como tal pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar - ANS no Rol de Procedimentos vigente na data da solicitação do serviço. O plano pode ser acessado por V.Sa. no site da ANS: acessar www.ans.gov.br e no ícone 'Espaço do Consumidor'. Se o seu plano deve cobrir, 'Confira mais informações sobre a cobertura mínima obrigatória em vigor em seu plano de saúde'. Se ao lado procedimento selecionado constar a sigla PAC significa que o procedimento é de Alta Complexidade.

Sendo assim, na hipótese de ser requerido em favor de V.Sa. procedimento cirúrgico ou de alta complexidade, leito de alta tecnologia para tratamento de qualquer uma das doenças listadas acima, no período de 730 dias a contar da data da adesão, a Unimed Curitiba estará desobrigada de assegurar a cobertura respectiva da existência de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Anexe a carta recebida junto das documentações do cliente, para implantar seu contrato.

1/5 **DADOS CONTRATANTE**

Dados do Contratante - todos os campos são obrigatórios

Contratante Nome completo *

Contratante data de nascimento (DD/MM/AAAA) *

Contratante CPF *

Contratante Logradouro *

Contratante Número *

Contratante Complemento

Contratante Bairro *

Contratante CEP *

Contratante Município *

Contratante Estado lista

Contratante País *

Brasil

Contratante Telefone *

Contratante E-mail *

O preenchimento do contrato, deve ser feito via **LINK**, onde deverão conter as informações dos clientes que farão parte do plano + anexo de documentos e informações de pagamento.

Serão 05 etapas:

1. **Dados do contratante**
2. **Dados do Resp. Financeiro**
3. **Dados do titular**
4. **Dados do dependente**
5. **Dados financeiros e administrativos**

Prazo:

- **Auditoria e envio para assinatura: 72h/úteis**
- **Regularização de pendências : 36h/úteis**
- **Validação de assinatura: 24h/úteis**
- **Cadastro: 10 dias/ úteis após assinatura**

Consulte nosso **DRIVE** e acesse o passo a passo de preenchimento.

Implantação do contrato

Envio de assinatura

- O contrato será enviado de forma **DIGITAL** ao cliente, no email em que foi preenchido a proposta no item dados do **CONTRATANTE**;
- Nossa plataforma de assinaturas é a **CONTRAKTOR**;
- Avisaremos sua corretora, de acordo com o focal via **Whatsapp** sobre o envio de cada proposta, além disso você também pode acompanhar pelo seu **Bitrix**;

Guia de assinatura Contraktor: <https://shre.ink/Ht3r>

CRONOGRAMA FIXO – PESSOA FÍSICA

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Data de assinatura do contrato | 01 a 06 | 07 a 12 | 12 a 17 | 18 a 21 | 22 a 26 | 27 a 31 |
| Data de vencimento dos boletos | 30 | 05 | 10 | 15 | 20 | 25 |

05

SERÃO ENVIADOS ENTRE OS DIAS **7 E 12** DESTE MÊS

10

SERÃO ENVIADOS ENTRE OS DIAS **12 E 17** DESTE MÊS

15

SERÃO ENVIADOS ENTRE OS DIAS **18 E 21** DESTE MÊS

20

SERÃO ENVIADOS ENTRE OS DIAS **22 E 26** DESTE MÊS

25

SERÃO ENVIADOS ENTRE OS DIAS **27 E 31** DESTE MÊS

30

SERÃO ENVIADOS ENTRE OS DIAS **01 E 06** DESTE MÊS

- Prazo de auditoria e envio de contratos: **72h/úteis**
- Prazo de regularização de pendências: **36h/úteis**
- Prazo para baixar assinaturas: **24h/úteis**

Em casos de pendência ou atraso na assinatura do contrato a data de vencimento será alterada automaticamente no próximo vencimento, seguindo o cronograma.

Fluxo após assinatura e pagamento

1. ASSINATURA

- Atualmente utilizamos a plataforma de assinaturas digitais CONTRAKTOR.
- O cliente recebe um e-mail e se cadastra na plataforma para realizar a assinatura.
- Nossa equipe administrativa, fará a validação da assinatura e cadastro do contrato internamente

2. ATENDIMENTO EMERGENCIAL

- Após 24h da assinatura do contrato e pagamento o beneficiário já possui cobertura de urgência e emergência.
- O cliente deve se deslocar a um prestador de pronto atendimento, levando consigo a cópia do contrato, ao chegar no local, ligar no 0800 642 2002 e solicitar a liberação do atendimento emergencial.

3. CADASTRO E AUDITORIA

- A Unimed Curitiba realiza um DOUBLE CHECK extremamente rigoroso na auditoria do contrato, tanto para cadastro do beneficiário na operadora quanto para envio do processo para registro na ANS.

NESTA ETAPA, PODEMOS SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES*

4. PARAMETRIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO - ANS

- Os trâmites entre a Unimed Curitiba e ANS são realizados em um período de 10 dias úteis, para gerar o número do cartão e parametrização das carências do beneficiário.

5. Nº DE CARTEIRINHA

- O nº da carteirinha do cliente é enviado via SMS, mas caso o cliente não localize, o corretor pode solicitar à equipe do Canal corretor.

6. APLICATIVO

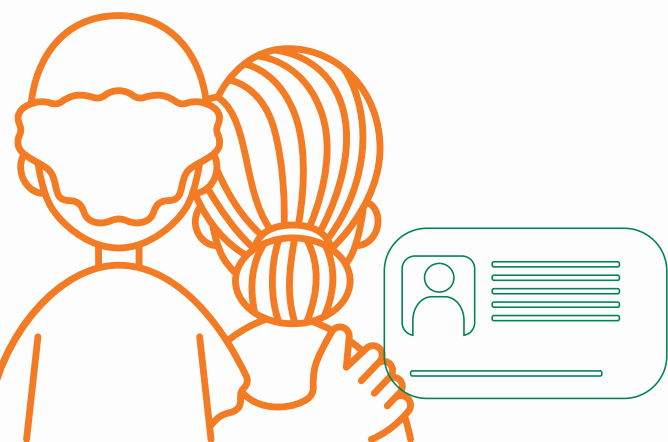
- Guia médico
- Carteirinha virtual
- Extrato de coparticipação
- Cód. de barras para pagamento de boletos.

Carteirinhas e canais Unimed Curitiba



00 - 58 ANOS: NÃO haverá emissão de cartão físico;

Prazo de emissão do cartão digital após assinatura de contrato: **10 dias úteis contados de segunda a sexta..**



59 +: Haverá emissão e envio de cartão físico.

Para saber o número da carteirinha do seu cliente, após 10 dias úteis da assinatura, solicite ao Canal Corretor.

Unimed Cliente PR

- Guia médico
- Boletos
- Extrato financeiro
- Liberações
- Carteirinha digital

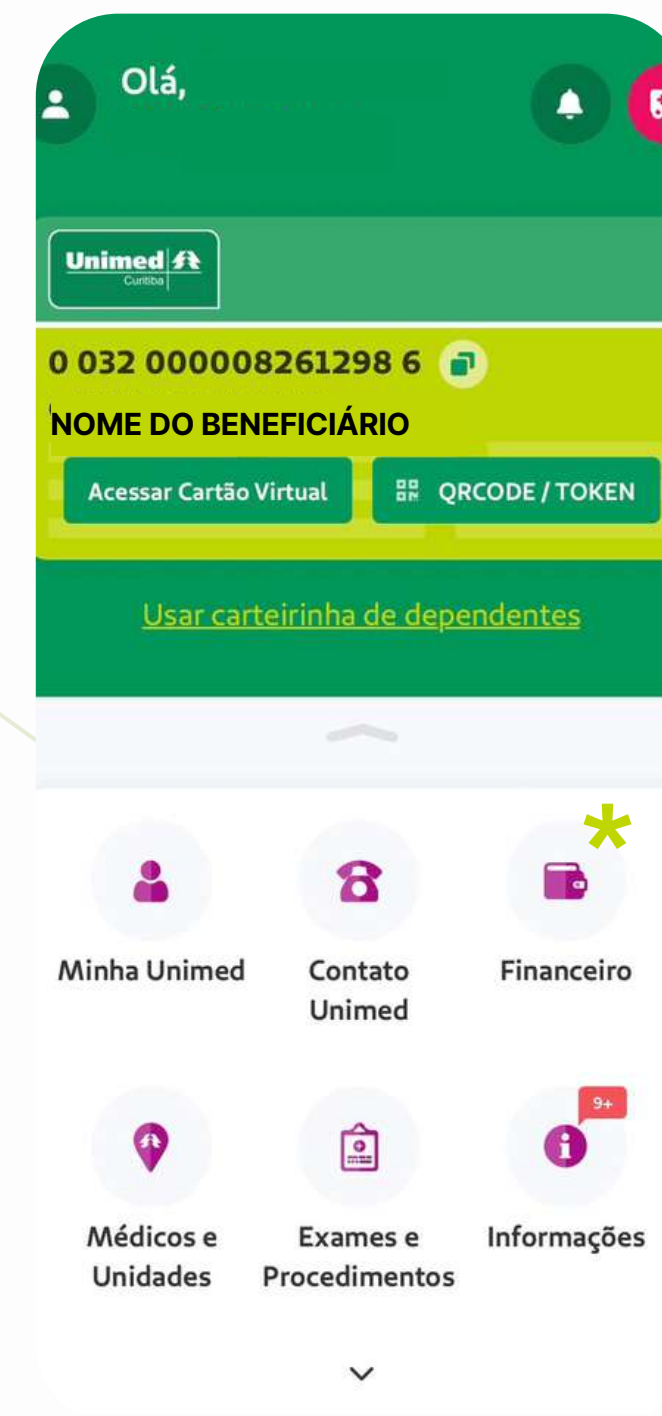
CANAIS DE ATENDIMENTO

- **0800 642 2002**



Dúvidas
Financeiro
Movimentações
Alterações cadastrais

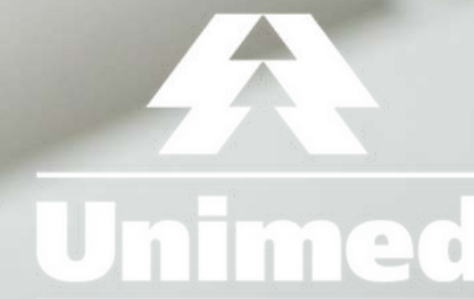
- **3019 - 2000**

Liberação de procedimentos



Equipe Canal Corretor

-  **Lohayne:** 41 9 7402-6444 - Gestão - Comissionamento, reuniões presenciais/online, resolutivas pontuais de processos PF e PJ.
-  **Gabrielle Resende:** 📞 41 9 9741-6423 - Análises - PF e PJ, treinamentos, integrações, cotações PJ.
-  **Gustavo Avila:** 📞 41 9 9786-0094 - Especialista Pessoa jurídica - Buscas de data base, esclarecimento de dúvidas e implantações de contratos PJ.
-  **Kauane Souza:** 📞 41 9963-0479 - Especialista Pessoa física Back Office de dúvidas PF, resolução de pendências PF, esclarecimento de dúvidas e contrato PF, implantações e CRM.
-  **Stephanie Venturino** 📞 41 9681-7196 - Especialista Análises médicas Back Office de dúvidas sobre processos de CPT pessoa física, resolução de pendências de CPT, esclarecimento de dúvidas e envio de números de carteirinhas PF.



Obrigada!

"Apaixone-se pelo processo de se tornar sua melhor versão."