Manual de Vendas

Coletivo por Adesão

Fortaleza - CE

Unimed Fortaleza

allcare

Fevereiro/2024

Menu

Clique no item desejado

Diferenciais Allcare

Diferenciais Operadora

Tabela de preços

Coparticipação

Carências

Vigência

Área de comercialização

Quem pode aderir

Entidades de classe

Unimed Fortaleza

allcare

Diferenciais

Allcare

A Allcare trabalha intensamente na busca por excelência em cada detalhe para promover o cuidado com a saúde e levar bem-estar e qualidade de vida aos nossos clientes.

Com uma estrutura acolhedora, moderna e tecnológica, a Allcare oferece diferenciais e programas de qualidade de vida exclusivos para clientes e seus familiares.

- **Telemedicina**
- **Desconto em Exames e Vacinas**
- **Clube de Vantagens**
- **Ações de promoção à saúde**

Saiba mais ›

allcare

Diferenciais

Unimed Fortaleza

Unimed Urgente

*Remoção exclusivamente na área urbana de Fortaleza/CE

Seguro **Vida Protegida**

Benefícios GRATUITOS. Ver condições contratuais.

Unimed Fortaleza

Menu inicial

Tabela de preços

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

• ***Reajuste:*** *Março*

Com coparticipação

Faixa etária	Unifácil	Salute		Salute Max	
	Grupo de municípios	Estadual	Estadual	Estadual	Estadual
	495.143/23-3	484.301/19-1	484.302/19-9	484.149/19-2	484.150/19-6
	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
0 a 18 anos	R$ 200,69	R$ 258,03	R$ 345,99	R$ 283,07	R$ 378,61
19 a 23 anos	R$ 230,78	R$ 296,71	R$ 397,86	R$ 325,51	R$ 435,37
24 a 28 anos	R$ 265,44	R$ 341,28	R$ 457,61	R$ 374,39	R$ 500,76
29 a 33 anos	R$ 305,22	R$ 392,43	R$ 526,21	R$ 430,51	R$ 575,82
34 a 38 anos	R$ 335,71	R$ 431,63	R$ 578,78	R$ 473,53	R$ 633,35
39 a 43 anos	R$ 386,11	R$ 496,42	R$ 665,65	R$ 544,60	R$ 728,41
44 a 48 anos	R$ 491,68	R$ 632,16	R$ 847,64	R$ 693,49	R$ 927,56
49 a 53 anos	R$ 653,87	R$ 840,69	R$ 1.127,29	R$ 922,27	R$ 1.233,57
54 a 58 anos	R$ 869,66	R$ 1.118,13	R$ 1.499,28	R$ 1.226,62	R$ 1.640,63
59 anos >	R$ 1.203,96	R$ 1.547,94	R$ 2.075,60	R$ 1.698,14	R$ 2.271,30

Com coparticipação

Faixa etária	MULTIPLAN		MULTIMAX	
	Nacional	Nacional	Grupo de Estados	Grupo de Estados
	489.388/21-3	489.379/21-4	494.967/23-6	494.960/23-9
	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
0 a 18 anos	R$ 315,16	R$ 421,95	R$ 362,43	R$ 485,24
19 a 23 anos	R$ 362,41	R$ 485,19	R$ 416,77	R$ 557,97
24 a 28 anos	R$ 416,84	R$ 558,07	R$ 479,37	R$ 641,79
29 a 33 anos	R$ 479,33	R$ 641,72	R$ 551,22	R$ 737,98
34 a 38 anos	R$ 527,21	R$ 705,83	R$ 606,29	R$ 811,71
39 a 43 anos	R$ 606,35	R$ 811,77	R$ 697,30	R$ 933,54
44 a 48 anos	R$ 772,12	R$ 1.033,71	R$ 887,95	R$ 1.188,77
49 a 53 anos	R$ 1.026,85	R$ 1.374,73	R$ 1.180,87	R$ 1.580,94
54 a 58 anos	R$ 1.365,71	R$ 1.828,40	R$ 1.570,57	R$ 2.102,65
59 anos >	R$ 1.890,69	R$ 2.531,23	R$ 2.174,29	R$ 2.910,92

Coparticipação

Procedimentos[1]	Unifácil	Salute e Salute Max	Multplan	Multimax
Consultas Médicas Eletivas.	30%	30%	30%	30%
Consultas Médicas em Pronto Socorro.	30%	30%	30%	30%
Exames Simples.	30%	30%	30%	30%
Exames Complexos.	30%	30%	30%	30%
Terapias incluindo sessões de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e acupuntura	30%	30%	30%	30%
Internações psiquiátricas.[2]	30%	30%	30%	30%

[1]Os beneficiários poderão consultar detalhadamente os exames e demais procedimentos médicos por meio do endereço eletrônico: www.unimedfortaleza.com.br.
[2]Será cobrada a coparticipação a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, contínuos ou não, a cada período de 12 (doze) meses de vigência contratual.
*A coparticipação, quando aplicada, não será cobrada sobre valores referentes às internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias ambulatoriais, quimioterapias, radioterapias e hemodiálise, inclusive sobre consultas e exames realizados durante a internação do beneficiário.

Tabela de Redução de Carências

Assistências médico-hospitalares cobertas	Carências Contratuais	De 3 a 12 meses	Acima de 12 meses
Atendimentos Ambulatoriais em situação de urgência/emergência.	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas e exames simples.	30 dias	4 dias	4 dias
Ultrassonografia, ecocardiograma, teste ergométrico, prova de holter.	90 dias	60 dias	4 dias
Cintilografia	90 dias	90 dias	4 dias
Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional, Fisioterapia, Nutricionista.	180 dias	180 dias	180 dias
Tomografia computadorizada e Ressonância Magnética.	180 dias	120 dias	45 dias
Cirurgias eletivas ambulatoriais, Hemodinâmica, Internações clínicas e cirúrgicas, Diatermia, Litotripsia, Quimioterapia, Diálise e Hemodiálise.	180 dias	120 dias	60 dias
Acupuntura	180 dias	180 dias	180 dias
Internação decorrente de transtornos psiquiátricos.	180 dias	180 dias	180 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura parcial temporária para o tratamento de doenças e lesões pré existentes.	720 dias	720 dias	720 dias

Vigência

Data de adesão	Vigência	Vencimento
01 a 10 do mês	Dia 01 do mês Subsequente	Dia 01 de cada mês
11 a 20 do mês	Dia 10 do mês Subsequente	Dia 10 de cada mês
21 a 30 do mês	Dia 20 do mês Subsequente	Dia 20 de cada mês

Área de comercialização

Aquiraz, Acarape, Aracati, Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Barreira, Beberibe, Canindé, Caridade, Capistrano, Cascavel, Caucaia,Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Fortim, Guaiuba, Guaramiranga, Horizonte, Icapuí, Itaiçaba, Itapiúna, Itaitinga,Itatira, Jaguaruana, Maracanaú, Maranguape, Mulungu, Ocara, Pacajus, Pacatuba, Pacoti, Palhano, Palmácia,Paracuru, Paraipaba, Paramoti, Pindoretama, Redenção e São Luís do Curu.

Quem pode aderir

Titulares: Deverá obrigatoriamente ter vínculo associativo com a entidade de classe, comprovado através do envio de documentação.

Serão considerados beneficiários dependentes aqueles com grau de parentesco e dependência econômica com o beneficiário TITULAR, assim definidos:

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

Companheiro(a)
• Escritura Pública de União Estável ou outros documentos que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável, dentre os quais a Declaração de União Estável de próprio punho, contendo: o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
• Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a);
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filhos(as) com até 38 (trinta e oito) anos
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;
• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade
• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS;
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;
• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Menor sob guarda, tutela ou curatelado do Beneficiário Titular*
• Cópia da Tutela, curatela ou do "Termo de Guarda" expedido por órgão oficial;
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG do(a) tutelado(a);
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Neto(a) com até 38 (trinta e oito) anos
• Cópia do RG e cópia da Certidão de Nascimento;
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do(a) dependente no benefício, desde que ele(a) tenha até 38 (trinta e oito) anos

Genro/Nora com até 38 (trinta e oito) anos
• Cópia da Certidão de Casamento ou;
• Cópia de Declaração de União Estável lavrada em cartório com os nomes dos pais do casal ou cópia de Declaração de União Estável lavrada em cartório sem os nomes dos pais do casal + cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);
• Cópia do RG e cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Enteado(a) com até 38 (trinta e oito) anos
– Titular casado
• Cópia da Certidão de Casamento;
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;
• Cópia do CPF;
• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
– Titular com companheiro(a)
• Cópia da Declaração de União Estável registrada em cartório;
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Enteado(a) inválido(a) de qualquer idade
Titular casado
• Cópia da Certidão de Casamento;
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;
• Cópia do CPF;
• Cópia do termo de adoção e guarda (conforme o caso);
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.
– Titular com companheiro(a)
• Cópia da Declaração de União Estável registrada em cartório;

• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG;
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
• Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

Sobrinho(a) com até 38 (trinta e oito) anos
• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) sobrinho(a);
• Cópia do RG do(a) irmão(a) do beneficiário titular para comprovação do grau de parentesco do dependente sobrinho;
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Irmão(a) com até 38 (trinta e oito) anos
• Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG para comprovação dos pais em comum com o titular;
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Cunhado(a) com até 38 (trinta e oito) anos
• Cópia da Certidão de casamento ou declaração de união estável lavrada em cartório, com documento de identificação do irmão(ã) do beneficiário titular;
• Cópia do CPF;
• Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Comprovante Endereço:

• **Comprovação de residência atualizado:** conta de água, luz, telefone/celular, internet, IPTU;(até 60 dias do vencimento)

• Financiamento habitacional remetidos ao endereço pelo banco e com referência de (até 60 dias do vencimento)

No caso de menor, titular, serão aceitos comprovantes em nome de parentes de até 2º grau consanguíneo, mediante comprovação de documento.

Caso titular/responsável financeiro não tenha comprovação em seu nome, serão aceitos comprovantes em nome de parentes de até 2º grau consanguíneo, mediante comprovação de documento*

Ao enviar a comprovação, especificar quais são os parentes.

São considerados parentes de 1º grau: pai, mãe e filhos; e parentes de 2º grau: avôs, avós, netos e irmãos.

*A referência do grau de parentesco vai depender de quem será o titular ou responsável de endereço.

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

Entidades de classe

Associação Nacional dos Consultores Empresariais Profissionais Liberais e Autonômos

Público Elegível: Profissional Liberal
Profissões: Advogado, Administrador, Aeronauta, Agrônomo, Anestesista, Arquiteto, Arquivista, Artista, Assistente Social, Atleta Profissional, Atuário, Auditores Independentes, Autônomo*, Bibliotecário, Biólogo, Biomédico, Cinema Áudio Visual, Cinema e Mídias Digitais, Comércio Exterior, Comunicação Social, Contabilista, Corretor de Seguros de Imóveis, Desenhista Industrial, Designer, Despachante Aduaneiro, Economista, Engenheiro, Estatístico, Farmacêutico, Filósofo, Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Fotógrafo, Gastrônomo, Geógrafo, Geólogo, Gráficos, Historiador, Jornalista, Letras, Logística, Marketing, Matemático, Médico, Musico, Nutricionista, Odontólogo, Pedagogo, Professor , Profissional de Educação Física, Profissional de Enfermagem (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar) Profissional de Finanças, Profissional da Tecnologia da Informação, Profissional de Recursos Humanos, Profissional da Saúde , Profissional de Segurança no Trabalho, Profissional de Segurança Privada, Profissional de Seguros, Profissional de Hotelaria e Turismo, Profissionais com Formação Técnica, Técnico em Contabilidade, Técnico em Informática, Técnico em Radiologia, Técnico Industrial, Técnico Laboratorial, Técnico de Radiologia, Protéticos, Psicólogo, Psicoterapeuta, Publicitário, Químico, Radialista, TV e INTERNET, Relações Públicas e Internacionais, Representante Comercial, Secretário, Sociólogo, Tecnólogo, Tradutores, Urbanista e veterinário
Comprovação:
• Comprovante de vínculo com a entidade;
• Cópia simples do diploma (frente e verso) OU cópia simples do certificado / declaração de conclusão de curso OU cópia da carteira do conselho regional OU certificado de pagamento de anuidade do conselho regional OU comprovante que está escrito no conselho regional.
Obs.:
-Representante comercial autônomo deverá apresentar carteirinha do CORE para comprovar a elegibilidade.
-*Comprovante de elegibilidade Autônomo: Declaração de autônomo.

Associação dos Funcionarios das Empresas do Comercio de Bens e Serviços do Brasil

Público Elegível: Profissional que atuam como representante ou empregado no comércio de bens e serviços correlatos ao setor comercial.
Comprovação:
• Comprovante de vínculo com a entidade;
• Apresentar contracheque com até 90 (noventa) dias do mês de competência OU carteira profissional OU contrato de trabalho,
comprovando o vínculo empregatício com empresas do comércio de bens e serviços ou contrato social ou firma individual (CEI, MEI, Req. Empresário Individual).
Obs.: Associações privadas ou indústrias, independente do CNAE, não são elegíveis.

União Nacional de Assistencia aos Servidores Federais, Estaduais e Municipais

Público Elegível: Servidor Público Municipal, Estadual e Federal
Comprovação:
• Comprovante de vínculo com a entidade;
• Cópia do Holerite atual ou com menos de 60 dias ou carteira funcional ativa, ou nomeação no diário oficial comprovando o vínculo, CLT ou estatutário com órgãos públicos.

Este material é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores e sujeito a alterações.
Plano de Saúde Coletivo por Adesão de acordo com as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
REDE CREDENCIADA SUJEITA A ALTERAÇÕES PELA OPERADORA, SEM AVISO PRÉVIO.
ESSE MATERIAL CONTÉM INFORMAÇÕES RESUMIDAS PREVALECENDO AS CONDIÇÕES DO CONTRATO DE ADESÃO.

ANS - nº31714-4

ANS - nº41728-9

Em caso de dúvida, ligue para a Central de atendimento Allcare:

0800 941 4962 / 3003-6400

Porque a vida fica melhor
quando a gente cuida da saúde.