



Informações Comercial Unimed - SINDFAZ

O SINDFAZ possui parceria comercial com a Unimed Grande Florianópolis através da P4H Gestão de Benefícios. A parceria leva ao filiado condições diferenciadas para a sua saúde através da maior cobertura dos planos de saúde em Santa Catarina.

Abaixo detalhamos as condições e opções disponíveis para os filiados SINDFAZ:

Planos Coletivos por Adesão

Regulamentado pela resolução normativa – RN Nº 557, de 14 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo associativo ou similar com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial definidas no artigo 9º da resolução normativa 557 – ANS.

Planos disponíveis e abrangência pela Unimed Grande Florianópolis

- Plano Uniflex Regional Enfermaria com 50% Coparticipação
- Plano Uniflex Estadual Enfermaria com 50% Coparticipação
- Plano Uniflex Estadual Apartamento com 50% Coparticipação
- Plano Uniflex Nacional Enfermaria 50% Coparticipação
- Plano Uniflex Nacional Apartamento com 50% Coparticipação



Abaixo apresentamos a tabela de valores dos planos

Tabela Unimed - SINDFAZ					
Nome do plano	Uniflex Regional	Uniflex Estadual	Uniflex Estadual	Uniflex Nacional	Uniflex Nacional
Coparticipação	50%	50%	50%	50%	50%
Abrangência	Grupo de Municípios	Estadual	Estadual	Nacional	Nacional
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Nº Registro	487716201	471955147	471956145	435411017	471954149
0 a 18 anos	R\$ 177,45	R\$ 217,14	R\$ 280,47	R\$ 258,06	R\$ 328,70
19 a 23 anos	R\$ 218,28	R\$ 267,07	R\$ 344,97	R\$ 317,42	R\$ 404,31
24 a 28 anos	R\$ 269,77	R\$ 330,04	R\$ 426,32	R\$ 392,27	R\$ 499,64
29 a 33 anos	R\$ 317,67	R\$ 388,63	R\$ 502,04	R\$ 461,93	R\$ 588,38
34 a 38 anos	R\$ 372,70	R\$ 455,95	R\$ 589,01	R\$ 541,95	R\$ 690,29
39 a 43 anos	R\$ 433,03	R\$ 529,78	R\$ 684,36	R\$ 629,67	R\$ 802,07
44 a 48 anos	R\$ 496,89	R\$ 607,92	R\$ 785,29	R\$ 722,54	R\$ 920,35
49 a 53 anos	R\$ 587,38	R\$ 718,62	R\$ 928,29	R\$ 854,13	R\$ 1.087,93
54 a 58 anos	R\$ 716,89	R\$ 877,07	R\$ 1.132,98	R\$ 1.042,48	R\$ 1.327,82
59 anos +	R\$ 970,68	R\$ 1.187,55	R\$ 1.534,06	R\$ 1.411,51	R\$ 1.797,85

Valores válidos até junho/2024

Coparticipação

Procedimento	Valor	50% coparticipação	Total a pagar
Consulta Eletiva	R\$98,00	R\$49,00	R\$49,00
Hemograma	R\$9,58	R\$4,79	R\$4,79
US Abdome Total	R\$166,92	R\$83,46	R\$83,46
RM Mama Bilateral	R\$1249,81	R\$642,91	R\$220,00
Internações	-	R\$0,00	R\$0,00



Carências

Cobertura	Carências
Urgência/Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames Simples	180 dias
Fisioterapias	180 dias
Exames de imagem de Alta Complexidade	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas	180 dias
Partos a termo ou cesárea	300 dias

Declaração de Saúde: Consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela ANS, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

Cobertura Parcial Temporária – CPT: Admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de 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 representante legal.



Condições Gerais e Movimentações Cadastrais

01 – Inclusão de Recém-Nascido

Dentro dos 30 dias de nascimento, pelos canais de atendimento da P4H Saúde.

02 – Boletos

Os boletos serão enviados ao beneficiário titular via e-mail e com vencimento no dia 10 de cada mês. As segundas dos boletos poderão ser retiradas no site www.p4hsaude.com ou deverão ser solicitadas através do (48) 99142-4770 ou pelo e-mail contato@p4hsaude.com.

03 – Débito em conta

Será possível ter débito em conta para cobrança pelo Banco do Brasil. Esta função só pode ser ativada após o pagamento da primeira mensalidade.

04 – Solicitações e Dúvidas da Área Comercial

Qualquer solicitação ou dúvida sobre os trâmites administrativos e comerciais terão que ser encaminhada ao setor de Apoio Comercial pelo telefone (48) 99142-2747.

05 – Horário limite para validação de novas vendas

As propostas e seus respectivos documentos deverão ser encaminhadas das 9h às 17h e serão analisadas em até 48h úteis.

06 – Cancelamento de plano

Deverá ser feito pelo próprio beneficiário até o dia 10 de cada mês junto a nossa Central de relacionamento nos seguintes canais: www.p4hsaude.com ou deverão ser solicitadas através do (48) 99142-4770 ou pelo e-mail contato@p4hsaude.com.



06.1- Cancelamento de plano por RN N° 561, de 15 de dezembro de 2022

A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora. Deverá ser feito pelo próprio beneficiário junto a nossa Central de Atendimento no número (48) 99142-4770 ou pelo e-mail contato@p4hsaude.com.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADEÇÃO AOS PLANOS DE SAÚDE UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

TITULAR:

- CPF e RG (Ou CNH)
- Comprovante de situação cadastral do CPF (Últimos 30 dias)
- Comprovante de endereço atualizado (Últimos 60 dias)*
- Comprovante de vínculo associativo (Últimos 30 dias)**

*No caso de não haver endereço em nome do titular, pode-se utilizar o comprovante de um terceiro, desde que apresentando um documento autenticado em cartório pelo proprietário(a) da residência confirmando a informação. Também é possível a utilização de uma certidão de casamento ou união estável autenticada em cartório para o caso de o comprovante de endereço estar em nome do cônjuge.

**Conselhos profissionais e entidades de classe exigem a apresentação de carteira de exercício profissional com validade ou documento equivalente, expedido pelo respectivo órgão.

CÔNJUGE / COMPANHEIRO(A):

- RG e CPF (ou CNH)
- Certidão de casamento ou declaração de União Estável feita em cartório ou escritura pública declaratória de União Estável com firma reconhecida
- Comprovante de situação cadastral do CPF (Últimos 30 dias)



FILHO NATURAL / ADOTIVO SOLTEIRO (ATÉ 32 ANOS)

- RG e CPF
- Comprovante de situação cadastral do CPF
- Certidão de Nascimento
- Declaração de consentimento para o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes

CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES

NETO (ATÉ 32 ANOS)

- RG e CPF
- Comprovante de situação cadastral do CPF
- Certidão de Nascimento
- Declaração de consentimento para o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes

ENTEADO SOLTEIRO (ATÉ 32 ANOS)

- RG e CPF
- Comprovante de situação cadastral do CPF
- Certidão de Nascimento
- Declaração de consentimento para o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes



TUTELADO

- RG e CPF (comprovante de situação cadastral do CPF)
- CNS (Aguardando retorno de chamado UGF)
- Certidão de Nascimento (quando não possuir RG)
- Termo de guarda (provisório ou definitivo)
- Declaração de consentimento para o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes

CURATELADO

- RG e CPF (comprovante de situação cadastral do CPF)
- CNS (Aguardando retorno de chamado UGF)
- Certidão de Nascimento / Certidão de casamento
- Termo de curatela
- Declaração de consentimento para o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes

Atenção: A P4H Saúde pode solicitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados a fim de comprovar as informações prestadas na proposta.

DATAS DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Contrato assinado até o dia 10, vigência será para o 1º dia do mês seguinte

Contrato assinado após dia 10, vigência será para o 1º dia do mês subsequente



PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

- Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas.

- declaração da operadora do plano de origem* ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;

** A declaração para fins de portabilidade deverá ser fornecida pela operadora do plano de origem no prazo de 10 dias.*

- Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada

- Contrato assinado OU declaração da operadora do plano de origem* ou do contratante do plano atual;

- Relatório de compatibilidade** entre os planos de origem e destino emitido pelo Guia ANS de Planos de Saúde;

Link: https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/pages/tela_inicial.xhtml?LOGOUT

- Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial.

*** O relatório de compatibilidade terá validade de 5 dias a partir da emissão do protocolo.*

APROVEITAMENTO PARCIAL DE CARÊNCIAS

Documentação Necessária:

- Carta de carência da operadora de origem com no máximo 30 dias de emissão*

**Mínimo de 6 (seis) meses de plano na operadora de origem*

- Documentação restante idêntica a de uma contratação de novo plano (pg 1)



COMO ADQUIRIR O PLANO UNIMED SINDFAZ?

Canais de vendas Acelera Saúde (empresa parceira Unimed) :

Whatsapp: (48) 99144-5540

E-mail: vendas@acelerasaude.com

Site: www.acelerasaude.com

ADMINISTRADORA RESPONSÁVEL PELO CONTRATO UNIMED SINDFAZ

P4H GESTÃO DE BENEFÍCIOS LTDA

CNPJ: 43.873.924/0001-05

REGISTRO ANS: 423483

E-mail: contato@p4hsaude.com

Whatsapp: (48) 99142-4770

www.p4hsaude.com