



MANUAL DO CORRETOR

UNIMED JUNDIAÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO LIMPO

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL UNIMED JUNDIAÍ - SETOR PÚBLICO
Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.
Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, sem coparticipação.
 Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.



TABELA

PRODUTO	CLÁSSICO IDEAL	CLÁSSICO PLUS
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	
COPARTICIPAÇÃO	×	×
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	472.449/14-6	472.450/14-0
0 a 18 anos	R\$ 283,50	R\$ 397,43
19 a 23 anos	R\$ 326,04	R\$ 457,07
24 a 28 anos	R\$ 374,21	R\$ 524,62
29 a 33 anos	R\$ 431,02	R\$ 604,23
34 a 38 anos	R\$ 496,19	R\$ 695,60
39 a 43 anos	R\$ 575,60	R\$ 806,91
44 a 48 anos	R\$ 694,69	R\$ 973,87
49 a 53 anos	R\$ 904,46	R\$ 1.267,95
54 a 58 anos	R\$ 947,78	R\$ 1.713,14
59 anos ou +	R\$ 1.698,39	R\$ 2.380,93



QUEM PODE ADERIR

Todos os servidores públicos municipais ativos da Prefeitura Municipal de Campo Limpo.



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias);
- Cópia do último contracheque ou nomeação publicada em Diário Oficial;
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

DEPENDENTES

Cônjuge

Cópia de Certidão de Casamento;

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

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio, assinatura de 02 (duas) testemunhas com reconhecimento de firma do titular e do(a) companheiro(a), ou escritura pública de união estável;

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

Filhos(as), naturais ou adotivos(as), e enteados (as) até 39 anos ou 21 anos ou até 24 anos se for realizada a inclusão do dependente após o início, desde que estejam cursando instituição de ensino superior – universidade

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filhos(as) incapazes e/ou inválidos(as)

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Tutela/Guarda

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia autenticada da Tutela/ Guarda Judicial.

ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

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



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, afim de comprovar as informações prestadas na Proposta.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **DEZEMBRO/2026**.
- A venda será administrativa para segurados acima de 65 anos.
- A solicitação de alteração do plano poderá ser realizada sempre no mês de reajuste do contrato: DEZEMBRO, sendo que o beneficiário deverá cumprir carências para a nova categoria.
- Todos os beneficiários deverão passar por Entrevista Médica Qualificada.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA E COMERCIALIZAÇÃO

Cabreúva, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itupeva, Jarinu, Jundiaí, Louveira e Várzea Paulista.



VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01





CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

DESCRIÇÃO DO GRUPO	CARÊNCIA ANS	SEM PLANO ANTERIOR	COM MAIS DE 12 MESES NO PLANO ANTERIOR
Urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas eletivas	180 dias	30 dias	24 horas
Exames simples	180 dias	30 dias	24 horas
Exames Especiais	180 dias	90 dias	24 horas
Terapias Simples	180 dias	180 dias	180 dias
Terapias de alta complexidade - PAC	180 dias	180 dias	180 dias
Internações clínicas, cirúrgicas e UTIs	180 dias	180 dias	180 dias
Procedimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	24 horas
Internações Psiquiatrias	180 dias	180 dias	180 dias
Transplantes	180 dias	180 dias	180 dias
Partos a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária – CPT	730 dias	730 dias	730 dias

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Anexar a carta de permanência com até 30 dias de emissão assinada e data da operadora anterior.