



**Alterações no material de
comercialização**

3º trimestre/2018



Unimed 

Material de comercialização Ágil 30 - 3º trimestre



A Unimed-Rio realizou ajustes no material de comercialização que serão válidos a partir do **3º trimestre**.

São eles:

- **Proposta:** Versão **07/2018**
- **Repassa:** Caso o corretor que efetuou a venda esteja vinculado em uma Corretora, cujo a produção é repassada para a Unimed-Rio por alguma outra Concessionária, deve ser informado o nome e código da Corretora no campo “Repassa”.
- **Supervisor:** Os dados do Supervisor responsável pelo corretor na Concessionária ou Corretora Repassa foram acrescentados na primeira página da Proposta Contratual. Obrigatoriamente deverá ser informado o nome e CPF do Supervisor.
- **Recibo:** Inversão do campo de recibo com as declarações gerais do contratante na página 3/3 da Proposta Contratual.
- **Declarações gerais da Contratante:** Foi inserida uma frase onde o responsável legal pela empresa contratante declara ter ciência de que o instrumento contratual do produto também pode ser obtido no site (www.unimedrio.com.br) ou através dos Canais de Atendimento da Unimed-Rio.
- **Declarações gerais da Contratante:** Foram inseridas duas frases onde a empresa contratante declara ter ciência do prazo mínimo de vigência do contrato (12 meses). E em caso de rescisão imotivada por parte da contratante, antes do período mínimo de vigência, será devida multa pecuniária conforme cláusula do contrato.
- **Declarações gerais do Contratante:** Foi inserida uma frase onde a empresa contratante declara ter ciência dos requisitos necessários para aceitação da Proposta Contratual, em caso de empresas atendidas pela Resolução Normativa nº 432 da ANS.

Proposta Contratual - Ágil 30



SAÚDE ÁGIL 30 PROPOSTA CONTRATUAL		1/3
Unimed	Contratação empresarial 02 a 29 beneficiários	Nº identificação Proposta Versão 07/2018
I. VIGÊNCIA DO CONTRATO E VENCIMENTO DAS MENSALIDADES		
1. Início de Vigência Solicitado	2. Vencimento das Mensalidades (igual ao dia de início de vigência)	
O início de vigência solicitado nesta Proposta Contratual não poderá ser superior a 30 (trinta) dias da sua data de assinatura, sendo que o contrato só será efetivado após a entrega de todos os documentos necessários na sede da Unimed-Rio para o perfeito cadastramento da Contratante, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de vigência solicitada.		
II. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS		
1. Concessionária	2. Repasse	
3. Nome Corretor	4. CPF Corretor	5. Cód. Corretor
6. Nome Supervisor	7. CPF Supervisor	8. Cód. Local de Venda
III. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE		
1. Razão Social		
2. Nomenclatura p/ descrição no cartão magnético		
3. C		
5. Endereço Completo		
7. Complemento		
9. CEP	10. Cidade	
12. Endereço para Correspondência		
14. Complemento		
16. CEP	17. Cidade	
19. Nome do Contato		
20. DDD Telefone	21. DDD Fax	22. E-mail (comunicação inst/operacional)
23. Optamos por receber o boleto da seguinte forma:		
☐ E-mail ☐ Ou impresso no endereço: ☐ Da empresa ☐ De correspondência		
O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura.		
24. Possui Empresa Interviente? ☐ Não ☐ Sim Boleto único ☐ Sim Boleto separado por Interviente		
IV. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO)		
1. Nome do Responsável		
2. Endereço Completo		3. Número
4. Complemento		5. Bairro
6. CEP	7. Cidade	8. UF
Rubrica		
Contact Center/SAC: (21) 3861 9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821		
1ª Via Unimed-Rio 2ª Via Contratante 3ª Via Corretor		
ANS - Nº 39.332-1		

Versão
07/2018

II. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Concessionária

2. Repasse

3. Nome Corretor

4. CPF Corretor

5. Cód. Corretor

6. Nome Supervisor

7. CPF Supervisor

8. Cód. Local de Venda

Proposta Contratual - Ágil 30



SAÚDE ÁGIL 30 PROPOSTA CONTRATUAL		3/3	
Unimed-Rio	Contratação empresarial 02 a 29 beneficiários	Nº identificação Proposta	Versão 07/2018

VI. RECIBO (para uso exclusivo do Corretor)

Recebi da Contratante a importância de R\$ _____ (_____)

referente ao adiantamento da 1ª fatura do(s) produto(s) e opcional(is) contratado(s), cujo início de vigência ocorrerá conforme calendário estabelecido, desde que a documentação entregue à Unimed-Rio esteja em conformidade com as condições contratuais.

_____, ____ de _____ de _____. _____ Corretor

VII. DECLARAÇÕES GERAIS DA CONTRATANTE

Em virtude da solicitação de contratação, declaramos o seguinte:

- termos recebido informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do(s) produto(s) que iremos contratar com a Unimed-Rio.
- termos recebido uma via do Instrumento Particular de Prestação de Assistência referente ao(s) produto(s) contratado(s), estando cientes e de acordo com as cláusulas e condições estabelecidas e de que estas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas. O documento também pode ser obtido no site www.unimedrio.com.br ou através dos Canais de Atendimento da Unimed-Rio.
- termos ciência de que a Proposta Contratual só terá validade se for entregue e protocolada na sede da Unimed-Rio em até 3 (três) dias após a sua assinatura e desde que observado o prazo de validade da Tabela de Preços que originou a emissão desta Proposta.
- termos ciência de que o prazo mínimo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir do início da vigência previsto nesta Proposta.
- termos ciência de que nos casos de rescisão imotivada por parte da Contratante, antes do período mínimo de vigência, será devida multa pecuniária conforme previsto na cláusula 23ª. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO.
- termos ciência de que em atendimento a Resolução Normativa nº 452 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos casos de EPP (empresas de Pequeno Porte), ME (Microempresa), MEI (Microempreendedores individuais) ou ainda uma empresa normal, a depender do seu faturamento anual, a aceitação desta Proposta Contratual depende da comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues ao Representante de Vendas da Unimed-Rio, no ato da assinatura desta Proposta Contratual, podendo a mesma ser recusada em razão da ilegitimidade do Contratante.
- que conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS, recebemos o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e temos ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular.
- termos recebido uma via do Instrumento Particular de Prestação de Assistência referente ao(s) produto(s) contratado(s), estando cientes e de acordo com as cláusulas e condições estabelecidas e de que estas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas. O documento também pode ser obtido no site www.unimedrio.com.br ou através dos Canais de Atendimento da Unimed-Rio.

_____, ____ de _____ de _____. _____

Representante Legal 1 Representante Legal 2 Representante Legal 3

Contact Center/SAC: (21) 3861 9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821 **ANS - Nº 39.332-1**

1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

VI. RECIBO (para uso exclusivo do Corretor)

Recebi da Contratante a importância de R\$ _____ (_____)

referente ao adiantamento da 1ª fatura do(s) produto(s) e opcional(is) contratado(s), cujo início de vigência ocorrerá conforme calendário estabelecido, desde que a documentação entregue à Unimed-Rio esteja em conformidade com as condições contratuais.

_____, ____ de _____ de _____. _____ Corretor

Proposta Contratual - Ágil 30



SAÚDE ÁGIL 30 PROPOSTA CONTRATUAL		3/3	
Unimed-Rio	Contratação empresarial 02 a 29 beneficiários Reservado à Unimed-Rio	Nº identificação Proposta	Versão 07/2018

VI. RECIBO (para uso exclusivo do Corretor)

Recebi da Contratante a importância de R\$ _____ (_____)

referente ao adiantamento da 1ª fatura do(s) produto(s) e opcional(is) contratado(s), cujo início de vigência ocorrerá conforme calendário estabelecido, desde que a documentação entregue à Unimed-Rio esteja em conformidade com as condições contratuais.

_____, ____ de _____ de _____

VII. DECLARAÇÕES GERAIS DA CONTRATANTE

Em virtude da solicitação de contratação

1. termos recebido informações completas e corretas para a contratação com a Unimed-Rio.
2. termos recebido uma via do Instrumento de Contratação, estando cientes e de acordo com as condições estabelecidas, as quais prevalecem sempre para definir direitos e obrigações, obtido no site www.unimedrio.com.br
3. termos ciência de que a Proposta Contratual só terá validade se for entregue e protocolada na sede da Unimed-Rio em até 3 (três) dias após a sua assinatura e desde que observado o prazo de validade da Tabela de Prazos que origina a emissão desta Proposta.
4. termos ciência de que o prazo mínimo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir do início da vigência previsto nesta Proposta.
5. termos ciência de que nos casos de rescisão imotivada por parte da Contratante, antes do período mínimo de vigência, será devida multa pecuniária conforme previsto na cláusula 23ª. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO.
6. termos ciência de que em atendimento a Resolução Normativa nº 432 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos casos de EPP (empresas de Pequeno Porte), ME (Microempresa), MEI (Microempreendedores individuais) ou ainda uma empresa normal, a depender do seu faturamento anual, a aceitação desta Proposta Contratual depende da comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues ao Representante de Vendas da Unimed-Rio, no ato da assinatura desta Proposta Contratual, podendo a mesma ser recusada em razão da ilegitimidade do Contratante.
7. que conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS, recebemos o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e temos ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular.
8. termos recebido as informações mínimas acerca dos tipos de contratação, conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS.
9. que as condições e valores são próprios.
10. termos ciência de que a contratação foi assinada anteriormente.
11. que as informações são corretas.
12. que autorizamos a Unimed-Rio para fins de comunicação.

Representante Legal _____

Contact Center/SAC: (21) 3861.9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821
1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

ANS - Nº 39.332-1

4. termos ciência de que o prazo mínimo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir do início da vigência previsto nesta Proposta.

5. termos ciência de que nos casos de rescisão imotivada por parte da Contratante, antes do período mínimo de vigência, será devida multa pecuniária conforme previsto na cláusula 23ª. DA RESCISÃO/SUSPENSÃO.

6. termos ciência de que em atendimento a Resolução Normativa nº 432 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos casos de EPP (empresas de Pequeno Porte), ME (Microempresa), MEI (Microempreendedores individuais) ou ainda uma empresa normal, a depender do seu faturamento anual, a aceitação desta Proposta Contratual depende da comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues ao Representante de Vendas da Unimed-Rio, no ato da assinatura desta Proposta Contratual, podendo a mesma ser recusada em razão da ilegitimidade do Contratante.

Planilha de Inclusão e Movimentação - Ágil 30



Unimed-Rio **SAÚDE ÁGIL 30 PLANILHA DE INCLUSÃO E MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL** 1/7

Contratação empresarial
02 a 29 beneficiários

Reservado à Unimed-Rio

Versão
07/2018

I. TIPO DE SOLICITAÇÃO ☐ Venda Nova ☐ Movimentação

Marque apenas uma das opções abaixo.

☐ Inclusão de Titular/Dep. ☐ Transferência de Plano ☐ Inclusão de Serviço Opcional
☐ Alteração Cadastral ☐ Inclusão de Dependente(s) ☐ Transferência de Código para: _____

II. DADOS DA EMPRESA

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome da Empresa Interviente

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Código do Beneficiário Titular (não se aplica em caso de inclusão de Titular/Família)

2. Nome do Beneficiário Titular

3. Lotação _____ 4. LCAT _____

8. Número de Identidade _____ 9. Órgão Exped _____

12. Nome da Mãe do Titular

13. Nome do Pai do Titular

14. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv, Pç.) _____ 15. Nº _____

16. Complemento _____ 17. Bairro _____

18. CEP _____ 19. Cidade _____ 20. UF _____ 21. DDD | Telefone _____

22. DDD | Celular _____ 23. E-mail _____

Exclusivo em caso de Venda Nova - Inclusão de Beneficiário Titular/Dependente

24. Plano Anterior (Anexar Documentação Comprobatória)
☐ Não Possui ☐ Unimed-Rio ☐ Outras Operadoras - Qto. Tempo: _____ Operadora: _____

25. Condição(ões) Promocional(is) _____

Exclusivo em caso de Venda Nova - Inclusão de Beneficiário Titular/Dependente

24. Plano Anterior (Anexar Documentação Comprobatória)
☐ Não Possui ☐ Unimed-Rio ☐ Outras Operadoras - Qto. Tempo: _____ Operadora: _____

25. Condição(ões) Promocional(is) _____

IV. TIPO DE PLANO E SERVIÇOS OPCIONAIS

Com Coparticipação Rede	Sem Coparticipação Rede	Sem Coparticipação + Dental Rede
UniPart Básico QC	Alfa 2	Alfa 2
UniPart Básico QP	Alfa 2 Regional	Beta 2
UniPart Especial	Beta 2	Delta 2
	Beta 2 Regional	Ômega Plus
	Delta 2	Incluir Unimed Dental 2?
	Ômega Plus	Incluir Unimed Dental Total?

Opcionais

☐ SOS Unimed ☐ Transporte Aeromédico

Os números de registro ANS dos produtos constam no contrato firmado com a empresa contratante.

Rubrica

Contact Center/SAC: (21) 3861 9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821
1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

ANS - Nº 39.332-1

Versão
07/2018

Proposta Contratual - Ágil 30 Dental



Unimed

DENTAL ÁGIL 30

Contratação empresarial
02 a 29 beneficiários

PROPOSTA CONTRATUAL

Nº identificação Proposta

1/3

CONTRATO Nº UD030/0118
VERSÃO 07/2018

I. VIGÊNCIA DO CONTRATO E VENCIMENTO DAS MENSALIDADES

1. Início de Vigência Solicitado 2. Vencimento das Mensalidades (igual ao dia de início de vigência)

II. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Concessionária 2. Repasse

3. Nome Corretor 4. CPF Corretor

6. Nome Supervisor 7. CPF Supervisor 5. Cód. Corretor

8. Cód. Local de Venda

III. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE

1. Razão Social 2. Nomenclatura para descrição no cartão magnético 3. CNPJ

5. Endereço Completo 7. Complemento 4. CNAE

9. CEP 10. Cidade 8. Bairro 6. Número

12. Endereço para Correspondência 11. UF

14. Complemento 13. Número

16. CEP 17. Cidade 15. Bairro 18. UF

19. Nome do Contato 20. DDD | Telefone 21. DDD | Fax

22. E-mail (Comunicação inst./operacional)

23. Optamos por receber o boleto da seguinte forma:
☐ E-mail ☐ Ou impresso no endereço: ☐ Da empresa ☐ De correspondência
O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura.

IV. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO)

1. Nome do Responsável 2. Endereço Completo

4. Complemento 3. Número

6. CEP 7. Cidade 5. Bairro 8. UF

Contact Center/SAC: (21) 3861 9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821

1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

ANS - Nº 39.332-1

A Proposta Ágil 30 Dental (Versão 07/2018) também foi reformulada para seguir o mesmo padrão da Proposta Ágil 30 Saúde (07/2018).

Planilha de Inclusão - Ágil 30 Dental



Unimed-Rio **DENTAL ÁGIL 30** **PLANILHA DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO** 1/2

Contratação empresarial
02 a 29 beneficiários

Reservado à Unimed-Rio

Versão 07/2018

I. DADOS DA EMPRESA

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome da Empresa Interviente

II. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome do Beneficiário Titular

2. Lotação 3. LCAT 4. Sexo 5. Est. Civil 6. CPF do Titular

7. Número de Identidade 8. Órgão Exped. 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Data de Nasc.

11. Nome da Mãe do Titular

12. Nome do Pai do Titular

13. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv, Pç.) 14. Nº

15. Complemento 16. Bairro

17. CEP 18. Cidade 19. UF 20. DDD | Telefone

21. DDD | Celular 22. E-mail

23. Plano Anterior (Anexar Documentação Comprobatória)
☐ Não Possui ☐ Unimed-Rio ☐ Outras Operadoras - Qto. Tempo: _____ Operadora: _____

24. Condições Promocionais

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Autorizo a Unimed-Rio a entrar em contato comigo por meio dos dados fornecidos, para fins de comunicação institucional ou operacional. ☐ Sim ☐ Não

III. TIPO DE PLANO E SERVIÇOS OPCIONAIS

Plano	
X	Unimed Dental
	Incluir Unimed Dental 2?
	Incluir Unimed Dental Total?

Os números de registro ANS dos produtos constam no contrato firmado com a empresa contratante.

Contact Center/SAC: (21) 3861.9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821
1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

ANS - Nº 39.332-1

Versão
07/2018

A **Planilha de Inclusão Ágil 30 Dental (Versão 07/2018)** também foi reformulada para seguir o mesmo padrão da **Planilha de Inclusão e Movimentação Ágil 30 Saúde (07/2018)**.

Aditivo Ágil 30 DO UNIMED DENTAL 2



Unimed **DENTAL ÁGIL 30 DO UNIMED DENTAL 2** 1/2
Contratação empresarial - 02 a 29 beneficiários
Período de contratação de 01/07/2018 a 30/09/2018
Versão 07/2018
Reservado à Unimed-Rio

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, REFERENTE À PROPOSTA CONTRATUAL nº _____

CLÁUSULA 1ª. Esta contratação tem por objeto a cobertura dos procedimentos especificados na CLÁUSULA 2ª deste instrumento, para o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus DEPENDENTES, porventura inscritos.

CLÁUSULA 2ª. Quando contratado o UNIMED DENTAL 2, haverá a cobertura para os seguintes procedimentos abaixo relacionados:

I - Documentação ortodôntica, nesta inclusa:

- a) radiografia panorâmica com finalidade ortodôntica;
- b) 1 (uma) Telerradiografia;
- c) 1 (um) Traçado cefalométrico;
- d) 5 (cinco) fotografias;
- e) 1 (um) par de modelos ortodônticos;
- f) 1 (uma) caixa para acondicionamento de modelos;
- g) 1 (uma) pasta plástica para acondicionamento de exames radiográficos.

II - Mantenedores de espaço em Odontopediatria:

- a) Mantenedor de espaço fixo; e
- b) Mantenedor de espaço removível.

CLÁUSULA 3ª. Os procedimentos acima somente poderão ser realizados após a realização de perícia prévia.

CLÁUSULA 4ª. As coberturas previstas neste instrumento terão prazo de carência de 90 (noventa) dias para utilização, contado a partir da inclusão de cada beneficiário nesta assistência.

CLÁUSULA 5ª. Os atendimentos deverão ser requisitados pelo cirurgião-dentista assistente.

CLÁUSULA 6ª. A cobertura atualmente é prestada, única e exclusivamente pela prestadora de serviços contratada pela UNIMED-RIO e expressamente mencionada na Proposta Contratual. A UNIMED-RIO reserva-se o direito de contratar essa assistência com outra pessoa jurídica, diversa daquela informada por ocasião da contratação, a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.

6.1. A UNIMED-RIO se reserva ao direito de, a qualquer tempo, cancelar a prestação deste serviço, mediante prévia comunicação à CONTRATANTE, cessando-se a cobrança dos valores correspondentes.

CLÁUSULA 7ª. As coberturas previstas neste instrumento serão prestadas em âmbito nacional.

CLÁUSULA 8ª. Estão expressamente excluídas da cobertura deste contrato:

- a) todas as coberturas não mencionadas na CLÁUSULA 2ª deste instrumento, inclusive os procedimentos das especialidades de ortodontia, nesta inclusos instalação e manutenção mensal de aparelhagem fixa ou móvel;
- b) procedimentos experimentais e utilização de materiais importados não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão oficial governamental;
- c) procedimentos prestados por profissionais não pertencentes à rede assistencial contratada;
- d) atendimentos domiciliares;
- e) atendimentos efetuados antes da inclusão dos beneficiários ou do cumprimento das carências previstas neste instrumento;

Contact Center/SAC: (21) 3861 9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e 0800 286 3821
1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante

ANS - Nº 39.332-1

ATENÇÃO:

Na contratação exclusivamente odontológica, sempre que o beneficiário optar pela cobertura adicional DO Unimed Dental 2, é necessário assinatura do aditivo que inclui a cobertura dos procedimentos no contrato.



BOAS VENDAS!

Unimed 