

**TABELA DE PREÇOS**
**Planos Coletivos Empresariais Promédica Com Coparticipação**

| Planos/ Características                    | CO-PARTICIPADO PREFERENCIAL CE       | PREFERENCIAL COPART APT. CE          |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Padrão de Acomodação                       | Enfermaria                           | Apartamento                          |
| Registro ANS                               | 468.832/13-5                         | 504.451/25-1                         |
| Abrangência Geográfica Municipal           | Salvador                             | Salvador                             |
| Atendimento Ambulatorial Médico Hospitalar | Rede Própria Promédica.              | Rede Própria Promédica.              |
| Quantidade Mínima                          | 02 vidas, sendo 01 titular elegível. | 02 vidas, sendo 01 titular elegível. |

**REDE PRÓPRIA HOSPITALAR EM SALVADOR**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>HJV - Hospital Jorge Valente</b><br>Urgência e Emergência,<br>Internações Eletivas, UTI.       | <b>Partos e Emergências Obstétricas</b><br>HJV - Hospital Jorge Valente. | <b>Emergências Ortopédicas</b><br>HJV - Hospital Jorge Valente.                         |
| <b>HJV Pediatria</b><br>Urgência e Emergência Pediátrica,<br>Hospital Pediátrico, UTI Pediátrica. | <b>HJV Day Hospital</b><br>Cirurgias Ambulatoriais.                      | <b>Hospital da Cidade</b><br>Urgência e Emergência adulto<br>Internações Eletivas, UTI. |

**CARÊNCIAS:**

- **Após 24 horas de contratação:** Cobertura para Acidentes Pessoais. Atendimentos de urgência, emergência e complicações no processo gestacional limitados até 12h, **conforme regulamentação;**
- **30 dias:** Consultas médicas e exames simples de raio X e laboratório (exceto imuno-histoquímica, biologia molecular e citogenética), preventivo ginecológico, acuidade visual, fundoscopia, tonometria;
- **100 dias:** Ultrassonografia, ecocardiograma, ecodoppler, eletroencefalograma, eletrocardiograma, holter 24h, M.A.P.A. (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), densitometria óssea, mamografia, exames com doppler, teste ergométrico, MRPA (monitorização residencial da pressão);
- **180 dias:** Demais casos;
- **300 dias:** Partos a termo;
- **730 dias:** CPT – Cobertura Parcial Temporária (Para os casos de doenças e lesões preexistentes).

**Assinatura do responsável legal pela empresa:** \_\_\_\_\_

**CPF e Assinatura do Corretor responsável pela venda:** \_\_\_\_\_

## PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS COM COPARTICIPAÇÃO

Valor Por Faixa Etária Para Contratos entre 02 até 29 Vidas

| Faixa Etária                        | 0 a 18        | 19 a 23       | 24 a 28       | 29 a 33       | 34 a 38       | 39 a 43       | 44 a 48       | 49 a 53       | 54 a 58         | > de 59         |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Varição por mudança de faixa etária | -             | 16.00%        | 18.00%        | 20.00%        | 18.00%        | 13.00%        | 20.00%        | 17.50%        | 30.00%          | 49.00%          |
| <b>Enfermaria</b><br>468.832/13-5   | <b>235,81</b> | <b>273,54</b> | <b>322,78</b> | <b>387,33</b> | <b>457,05</b> | <b>516,47</b> | <b>619,76</b> | <b>728,22</b> | <b>946,69</b>   | <b>1.410,56</b> |
| <b>Apartamento</b><br>504.451/25-1  | <b>281,84</b> | <b>326,93</b> | <b>385,78</b> | <b>462,94</b> | <b>546,27</b> | <b>617,28</b> | <b>740,74</b> | <b>870,37</b> | <b>1.131,48</b> | <b>1.685,90</b> |

### REAJUSTE CONTRATUAL - COLETIVO EMPRESARIAL

Reajuste conforme regra de agrupamento de contratos da ANS, para todas empresas contratadas até 29 vidas.

### COPARTICIPAÇÃO POR CADA BENEFICIÁRIO:

- a)** Consultas médicas eletivas e/ou de urgência/emergência: **R\$ 30,00 (trinta reais)** por cada consulta realizada.
- b)** Exames ambulatoriais e de urgência/emergência **50%** do valor do exame, limitando à cobrança de até **R\$ 40,00 (quarenta reais)**, por cada exame realizado.
- c)** Terapias (sessões com fonoaudiólogos, ocupacionais, fisioterapias, psicoterapias, etc) **20%** do valor Da terapia, limitando à cobrança de até **R\$ 40,00 (quarenta reais)**, por cada sessão realizada.
- d)** Procedimentos e cirurgias ambulatoriais **R\$ 80,00 (oitenta reais)**, por cada evento realizado. (Exemplos: colocação de DIU, vasectomias, pequenas cirurgias, endoscopias, etc.)

### ISENÇÕES DA COBRANÇA DA COPARTICIPAÇÃO

Quimioterapias, Radioterapias, Terapia renal substitutiva, Exame anatámo-patológico (biópsias), Internações\*, Partos, Curativos pós-cirúrgicos. Procedimentos realizados nas urgências e/ou emergências, a exemplo de suturas gesso, imobilizações, curativos.

### \*INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA com coparticipação:

Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de **50%** incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

**A cobrança da coparticipação será emitida para a empresa em boleto único (mensalidade e coparticipação).**

Solicito proceder com a análise para implantação do Contrato de Prestação de Serviços de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde Com Coparticipação.

Empresa: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável legal: \_\_\_\_\_

**MARQUE A OPÇÃO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL COM COPARTICIPAÇÃO:**

- Preferencial - com coparticipação - Enfermaria  
 Preferencial - com coparticipação - Apartamento

## Informações Gerais

**PERÍCIAS:**

Critérios para agendamento de Perícias: Todas as crianças menores de 11 anos, adultos com idade igual ou superior a 59 anos e àqueles proponentes, **independente da idade, que saibam ser portador** de doenças ou lesões preexistentes.

Demais beneficiários apenas preencher DPS.

**\*O processo de implantação da empresa será iniciado após a conclusão das perícias. O prazo de implantação será de 10 dias úteis, ocorrendo pendência de documentos novos prazos serão estabelecidos.**

**CONTRATAÇÃO PARA PLANO COLETIVO EMPRESARIAL:**

- **Modalidade de contratação** única na formatação com coparticipação.
- **Contração no mínimo de 02 vidas**, sendo obrigatório 01 titular elegível (vínculo CLT/Sócio). Cada plano contratado conter o mínimo de 02 vidas, sendo obrigatório 01 titular elegível (vínculo CLT ou Sócio).
- Manutenção do contrato **Mínimo 02 vidas**, sendo obrigatório 01 titular elegível (vínculo CLT ou Sócio).
- Os titulares deverão **conter vínculo empregatício** em regime CLT ou sócios.
- Os **dependentes:**  
Esposa (o) ou companheira (o);  
Filhos **solteiros menores** de 39 anos incompletos. Limite contratual para **permanência** de filhos é de 39 anos.
- **Qual a forma de custeio da mensalidade do plano de saúde para titulares e dependentes:**  
Empresa paga \_\_\_\_\_% para o Titular Ativo, \_\_\_\_\_% para o Dependente do Titular Ativo.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

- Empresa - Cartão **\*CNPJ ativo** na Receita Federal, GFIP com RE atualizada e Comprovante de Pagamento, ESocial atualizado, CAGED do mês da vigência para funcionários recém-contratados, Contrato Social e alterações recentes, Documentação de identificação dos sócios.
- Beneficiários - Cartão ou número do SUS válidos, CPF, documento com foto RG (validade de 10 anos) ou Habilitação (dentro da validade) e comprovante de residência **atual** com CEP válido (checagem no site dos Correios), DPS e COB preenchidas.
- Cônjuges - Certidão de Casamento/Escritura Pública expedida pelo Cartório (Tabelião).

⇒ **CNPJ com o mínimo de 06 meses de abertura na Receita Federal.**

⇒ **CNPJ deverá permanecer ativo na Receita Federal durante a vigência do contrato.**

**Assinatura do responsável legal pela empresa:** \_\_\_\_\_

**CPF e Assinatura do Corretor responsável pela venda:** \_\_\_\_\_

**VIGÊNCIA:**

- Datas de vigência e vencimento 10 ou 20;
- *Vencimento da fatura mesma data de vigência.*
- Ativação 24h útil após o pagamento do primeiro boleto.

**RESCISÃO CONTRATUAL - COLETIVO EMPRESARIAL****1) Multa rescisória :**

Multa pecuniária pela rescisão do contrato **antes** do término da vigência mínima: 03 (três) contraprestações calculadas pela média dos 03 (três) últimos faturamentos cobrados até a data da efetiva rescisão.

**2) Aviso prévio:**

Após o término do prazo mínimo de vigência contratual de 12(doze) meses, é facultado as denunciarem o Contrato a qualquer tempo, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Durante o período do cumprimento do aviso prévio os pagamentos das mensalidades e coparticipações serão cobrados mensalmente.

**3) Cobrança da coparticipação:**

Os atendimentos médico-hospitalares serão prestados e cobrados de acordo com o contrato, até a data da rescisão, bem como a emissão das faturas correspondentes às mensalidades do período. Caso, na data de rescisão, não tenha ainda os valores da coparticipação dos serviços utilizados processados em sistema até a data efetiva rescisão, os valores serão cobrados em faturas posteriores em até 90 dias da rescisão.

**Assinatura do responsável legal pela empresa:** \_\_\_\_\_

**CPF e Assinatura do Corretor responsável pela venda:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_