

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

HJV - Hospital Jorge Valente Urgência e Emergência, Internações Eletivas, UTI.	Partos e Emergências Obstétricas HJV - Hospital Jorge Valente.	Emergências Ortopédicas HJV - Hospital Jorge Valente.
HJV Pediatria Urgência e Emergência Pediátrica, Hospital Pediátrico, UTI Pediátrica.	HJV Day Hospital Cirurgias Ambulatoriais.	Hospital da Cidade Urgência e Emergência adulto 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
Variação por mudança de faixa etária	-	16.00%	18.00%	20.00%	18.00%	13.00%	20.00%	17.50%	30.00%	49.00%
Enfermaria 468.832/13-5	235,81	273,54	322,78	387,33	457,05	516,47	619,76	728,22	946,69	1.410,56
Apartamento 504.451/25-1	281,84	326,93	385,78	462,94	546,27	617,28	740,74	870,37	1.131,48	1.685,90

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 anatâmo-patológico (biópsias), Internações*, Partos, Curativos pós-cirúrgicos. Procedimentos realizados nas urgências e/ou emergências, a exemplo de suturas gesso, imobilizações, curativos.

*INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA 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: _____