

TABELA PROMOCIONAL DE PREÇOS - PLANOS EMPRESARIAIS PROMÉDICA COM COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	COPARTICIPADO PREFERENCIAL CE	COPARTICIPADO PROMIX CE	COPARTICIPADO CLASS 10 CE
Padrão de Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento
Abrangência Geográfica	Municipal	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Atendimento Médico Hospitalar	Rede Própria Promédica.	Rede Própria Promédica. Rede referenciada no grupo de municípios.	Rede Própria Promédica. Rede referenciada no grupo de municípios.
Quantidade Mínima	03 vidas	03 vidas	03 vidas

REDE HOSPITALAR EM SALVADOR

PLANOS	COPARTICIPADO PREFERENCIAL CE	COPARTICIPADO PROMIX CE	COPARTICIPADO CLASS 10 CE
Hospital da Cidade Urgência e Emergência adulto e pediátrico, Internações Eletivas, UTI, Ambulatório.	•	•	•
Partos e Emergências Obstétricas HJV - Hospital Jorge Valente.	•	•	•
Emergências Ortopédicas HJV - Hospital Jorge Valente.	•	•	•
Hospital Bom Viver Hospital Psiquiátrico.	•	•	•
HJV - Hospital Jorge Valente Urgência e Emergência, Internações Eletivas, UTI.	•	•	•
HJV Pediatria Urgência e Emergência Pediátrica, Hospital Pediátrico, UTI Pediátrica.	•	•	•
HJV Day Hospital Cirurgias Ambulatoriais.	•	•	•

COM COPARTICIPAÇÃO
Valor Promocional Por Faixa Etária Para Contratos entre 03 até 29 Vidas

Faixa Etária	Variação de Preço por Mudança de Faixa etária por plano	COPARTICIPADO PREFERENCIAL CE (Municipal)	COPARTICIPADO PROMIX CE (Grupo de Municípios)	COPARTICIPADO CLASS 10 CE (Grupo de Municípios)
Registro ANS		468.832/13-5	468.830/13-9	468.838/13-4
		<u>Enfermaria</u>	<u>Enfermaria</u>	<u>Apartamento</u>
0 a 18		200,00	275,52	332,43
19 a 23	16.00%	232,01	319,60	385,62
24 a 28	18.00%	273,76	377,13	455,04
29 a 33	20.00%	328,52	452,55	546,04
34 a 38	18.00%	387,65	534,01	644,33
39 a 43	13.00%	438,05	603,43	728,09
44 a 48	20.00%	525,66	724,12	873,71
49 a 53	17.50%	617,64	850,84	1.026,61
54 a 58	30.00%	802,94	1.106,09	1.334,60
>59	49.00%	1.196,38	1.648,07	1.988,55

MARQUE A OPÇÃO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO:

COPARTICIPADO PREFERENCIAL ()

COPARTICIPADO PROMIX ()

COPARTICIPADO CLASS 10 ()

Abrangência Geográfica:

Municipal: Salvador

Grupo de Municípios: Candeias, Salvador, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Lauro de Freitas.

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:

Informações Gerais

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).

PERÍCIA*:

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.**

COPARTICIPAÇÃO POR CADA BENEFICIÁRIO:

- Consultas médicas eletivas e/ou de urgência/emergência: **R\$ 30,00** (trinta reais) por cada consulta realizada.
- Exames ambulatoriais e de urgência/emergência **50%** do valor do exame, limitando à cobrança de até **R\$ 30,00** (trinta reais), por cada exame realizado.
- 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.
- Procedimentos e cirurgias ambulatoriais **R\$ 80,00** (oitenta reais), por cada evento realizado.

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:**

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).

CONTRATAÇÃO:

- **Modalidade de contratação** única na formatação com coparticipação.
- **Mínimo de 03 vidas**, sendo obrigatório 02 titulares elegíveis (CLT/Sócio).
- Cada plano mínimo de 03 vidas, assim como para continuidade do contrato.
- 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
- **Abrangência Geográfica:**
Municipal: Salvador
Grupo de Municípios: Candeias, Salvador, Simões Filho, Camaçari, Dias D'Ávila, Lauro de Freitas.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Cartão ***CNPJ** ativo na Receita Federal, GFIP com RE atualizada, Contrato Social e alterações recentes, Documentação de identificação dos sócios e beneficiários, Cartão ou número do SUS, Certidões de Nascimento e/ou Casamento, CPF, RG (validade de 10 anos) ou Habilitação (dentro da validade) e comprovante de residência **atual** com CEP válido (checagem no site dos Correios).

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

***Para a manutenção do contrato, o CNPJ Contratante deve permanecer ativo na Receita Federal.**

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.

REAJUSTE CONTRATUAL

Contrato reajustado conforme regra de agrupamento da ANS, para as empresas até 29 vidas.

RESCISÃO CONTRATUAL

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

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.

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.

Assinatura do responsável legal pela empresa: _____

Assinatura do Corretor responsável pela venda: _____