



PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL

**Plano exclusivo para Pessoa Jurídica (Empresarial)*
para pessoas que tenham vínculo com a empresa.**

(*) A ANS determina que o CNPJ MEI deve estar ativo há pelo menos 6 (seis) meses.

- **Proprietários e seus dependentes:** Cônjuge; filhos até 21 anos ou 24 anos desde que cursando faculdade em nível de graduação; filhos inválidos; filhos adotivos; o(a) enteado(a) e menor sob tutela.
- **Empregados regularmente registrados e seus dependentes:** Cônjuge; filhos até 21 anos ou 24 anos desde que cursando faculdade em nível de graduação; filhos inválidos; filhos adotivos; o(a) enteado(a) e menor sob tutela.

VALORES DE COBRANÇA POR PESSOAS

| COLETIVO - 40% COPARTICIPAÇÃO | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| FAIXA ETÁRIA | ATÉ 2 VIDAS* | 3 A 9 VIDAS* | > 10 VIDAS* |
| 0 a 18 | R\$ 201,86 | R\$ 191,05 | R\$ 180,23 |
| 19 a 23 | R\$ 245,05 | R\$ 231,93 | R\$ 218,80 |
| 24 a 28 | R\$ 326,76 | R\$ 309,25 | R\$ 291,75 |
| 29 a 33 | R\$ 389,27 | R\$ 368,42 | R\$ 347,57 |
| 34 a 38 | R\$ 432,50 | R\$ 409,33 | R\$ 386,16 |
| 39 a 43 | R\$ 485,65 | R\$ 459,64 | R\$ 433,62 |
| 44 a 48 | R\$ 628,67 | R\$ 595,00 | R\$ 561,32 |
| 49 a 53 | R\$ 778,45 | R\$ 736,75 | R\$ 695,05 |
| 54 a 58 | R\$ 898,54 | R\$ 850,40 | R\$ 802,26 |
| >= 59 | R\$ 1.208,56 | R\$ 1.143,82 | R\$ 1.079,07 |

| APARTAMENTO - 40% COPARTICIPAÇÃO | | | |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| FAIXA ETÁRIA | ATÉ 2 VIDAS* | 3 A 9 VIDAS* | > 10 VIDAS* |
| 0 a 18 | R\$ 274,29 | R\$ 259,60 | R\$ 244,90 |
| 19 a 23 | R\$ 332,97 | R\$ 315,13 | R\$ 297,29 |
| 24 a 28 | R\$ 443,99 | R\$ 420,21 | R\$ 396,42 |
| 29 a 33 | R\$ 528,94 | R\$ 500,61 | R\$ 472,27 |
| 34 a 38 | R\$ 587,69 | R\$ 556,21 | R\$ 524,73 |
| 39 a 43 | R\$ 659,91 | R\$ 624,55 | R\$ 589,20 |
| 44 a 48 | R\$ 854,23 | R\$ 808,46 | R\$ 762,70 |
| 49 a 53 | R\$ 1.057,77 | R\$ 1.001,11 | R\$ 944,44 |
| 54 a 58 | R\$ 1.220,94 | R\$ 1.155,54 | R\$ 1.090,13 |
| >= 59 | R\$ 1.642,21 | R\$ 1.554,24 | R\$ 1.466,26 |

(*) Valores sujeitos à alterações sem aviso prévio.

MODERADOR

- O plano possui um **FATOR MODERADOR** para consultas, exames e tratamento ambulatorial (quimioterapia, radioterapia, etc.) que corresponde a **40% da tabela AMB - Associação Médica Brasileira**. Como exemplo, hoje, uma consulta médica em consultório custa R\$ 56,02* cada, um hemograma com plaquetas R\$ 6,68* e uma tomografia computadorizada abdome superior R\$ 217,57* que serão cobrados na fatura da empresa juntamente com as mensalidades.

OPCIONAIS

- **S.O.S. UNIMED** – R\$ 15,76*
MED LINE – R\$ 8,05*
(valores por pessoa)

CARÊNCIAS

- 60 dias para exames especializados;
- 150 dias para tratamento ambulatorial, quimioterapia, radioterapia;
- 180 dias para internações Clínicas / Cirúrgicas;
- 300 dias para parto a termo;
- 60 dias **S.O.S. UNIMED / MED LINE**;
- 24 meses para doenças pré-existentes.

Não existe carência para consultas e exames simples. Portanto, uma vez com a carteirinha em mãos, o beneficiário já poderá usar estes serviços.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

- **DA EMPRESA**
 - Cópia do Contrato Social ou Declaração de Empresa Individual;
 - Cópia da DECA de Abertura (Estadual);
 - Cópia da Inscrição Municipal;
 - Cópia do Cartão do CNPJ.
- **DOS PROPRIETÁRIOS:**
 - Cópia do RG;
 - Cópia do CPF;
 - N° do Cartão Nacional de Saúde – (SUS).

(*) Valores sujeitos à alterações sem aviso prévio.

■ DOS FUNCIONÁRIOS:

- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia da Carteira de Trabalho (pág. Foto e nº da carteira, dados pessoais e registro de trabalho na empresa);
- Cópia do Cartão do PIS;
- Nº do Cartão Nacional de Saúde - (SUS);
- Cópia da GFIP - SEFIP (Relação dos funcionários registrado na empresa).

■ DOS DEPENDENTES (PROPRIETÁRIOS E FUNCIONÁRIOS):

- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (mais de 03 anos) com firma reconhecida em cartório;
- Nº do Cartão Nacional de Saúde – (SUS).

EMPRESAS APTAS A ADERIREM AO PLANO

- Se da categoria econômica do **COMÉRCIO VAREJISTA** deverão estar com a Contribuição Assistencial Patronal quitada.
- Se de **CATEGORIA DIFERENCIADA (Prestadores de Serviços, Indústrias, Transportes, Restaurantes, Combustíveis, Representantes Comerciais, Farmácias, etc.)** se associarão ao Sincomércio pagando uma anuidade.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Inclusões e exclusões até o dia 15 (quinze) de cada mês, serão efetivadas no primeiro dia do mês subsequente;
- Inclusões e exclusões após o dia 15 (quinze) de cada mês, serão efetivadas no primeiro dia do mês posterior ao subsequente;
- Taxa de inscrição no valor de R\$ 25,00* (vinte e cinco reais) por carteirinha emitida, cobrada na primeira fatura da UNIMED.

CONTATOS

 (14) 99652-8751 (Katiana)

 unimed@sincomerciobauru.com.br

(*) Valores sujeitos à alterações sem aviso prévio.