



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	1 VIDA*	2 VIDAS*	≥ 3 VIDAS*
0 a 18	R\$ 232,98	R\$ 186,38	R\$ 173,96
19 a 23	R\$ 282,82	R\$ 226,26	R\$ 211,17
24 a 28	R\$ 377,12	R\$ 301,70	R\$ 281,59
29 a 33	R\$ 449,27	R\$ 359,42	R\$ 335,46
34 a 38	R\$ 499,19	R\$ 399,35	R\$ 372,73
39 a 43	R\$ 560,52	R\$ 448,42	R\$ 418,53
44 a 48	R\$ 725,58	R\$ 580,47	R\$ 541,77
49 a 53	R\$ 898,45	R\$ 718,76	R\$ 670,84
54 a 58	R\$ 1.037,06	R\$ 829,65	R\$ 774,34
>= 59	R\$ 1.394,87	R\$ 1.115,90	R\$ 1.041,51

APARTAMENTO - 40% COPARTICIPAÇÃO			
FAIXA ETÁRIA	1 VIDA*	2 VIDAS*	≥ 3 VIDAS*
0 a 18	R\$ 327,99	R\$ 262,39	R\$ 244,90
19 a 23	R\$ 398,16	R\$ 318,53	R\$ 297,29
24 a 28	R\$ 530,92	R\$ 424,74	R\$ 396,42
29 a 33	R\$ 632,51	R\$ 506,01	R\$ 472,27
34 a 38	R\$ 702,76	R\$ 562,21	R\$ 524,73
39 a 43	R\$ 789,11	R\$ 631,29	R\$ 589,20
44 a 48	R\$ 1.021,47	R\$ 817,18	R\$ 762,70
49 a 53	R\$ 1.264,87	R\$ 1.011,90	R\$ 944,44
54 a 58	R\$ 1.459,99	R\$ 1.167,99	R\$ 1.090,13
>= 59	R\$ 1.963,74	R\$ 1.570,99	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;
 - Nº 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.