Unimed Ceará

UNIMED CEARÁ PME - CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL

CNPJ: 10.395.358/0001-14 Registro ANS: 32.195-8

PROPOSTA DE ADMISSÃO № 13208

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO (dd/mm/aaaa)	DIA DO VENCIMENTO DA FATURA UNIMED (Marque com um "X" a opção escolhida)
20 / 11 / 2019	05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☒ 25 ☐ 30 ☐

01. DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

Nome Fantasia: CAU-CE			
Razão Social: CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO CEARÁ - CAU-CE			
CNPJ: 14.929.252/0003-04	Inscrição Municipal:	Inscrição Estadual:	
Endereço para envio dos cartões magnéticos, correspondência e visita (local de recebimento de correspondência): AV. SANTOS DUMONT			
Número: 2626	Complemento: Loja 15		
Bairro: ALDEOTA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CE	Cep: 60.150.161
Endereço para envio da Fatura por E-mail:			
Telefone Comercial: ( )	Celular: ( )	Nome do responsável pela assinatura do contrato:	
Cargo do responsável pelo contrato: PRESIDENTE		Quantidade de beneficiários no contrato: 06	

02. DADOS DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

Escritório de Vendas	Vendedor
IMPERIO CORRETORA	CLEIA LIMA

03. ERRATA DE DADOS CADASTRAIS (PREENCHER APENAS SE HOUVER ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS/VENCIMENTO)

Item a ser alterado	Informações corretas
Data do vencimento	05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐
Dados da empresa contratante	
Assinatura do Responsável:	Data:

04. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazos de carências e não haverá aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo nos casos de doenças e lesão preexistentes, desde que a inclusão do beneficiário titular ou a de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, nascimento, vinculação ao contratante). Os beneficiários incluídos fora dos prazos citados estão sujeitos ao cumprimento das carências descritas na proposta de admissão, ao processo de alegação de doenças e lesões preexistentes (DLP) e ao cumprimento do período de cobertura parcial temporária (CPT).

UNIMED CEARÁ PME - CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL

CNPJ: 10.395.358/0001-14 Registro ANS: 32.195-8

05 TABELA DE PREÇOS: MARQUE UM "X" O PLANO ESCOLHIDO

Nº 13208

5.1 TABELA DE PRODUTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 40% - LINHA EQUILIBRE

COBERTURA: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		PLANO MASTER		PLANO PREMIUM		PLANO CLASSIC	
		ABRANGÊNCIA NACIONAL		ABRANGÊNCIA ESTADUAL		ABRANGÊNCIA GRUPO DE MUNICÍPIOS	
		☐ ENFERMARIA Nº 482.745/19-7	☐ APARTAMENTO Nº 482.748/19-1	☐ ENFERMARIA Nº 482.421/19-1	☐ APARTAMENTO Nº 482.420/19-2	☐ ENFERMARIA Nº 482.429/19-6	☐ APARTAMENTO Nº 482.428/19-8
FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO %	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$
00/18	-	190,43	257,08	154,08	208,01	137,52	185,65
19/23	14,99	218,97	295,61	177,18	239,19	158,13	213,48
24/28	15,02	251,86	340,01	203,79	275,12	181,88	245,54
29/33	14,99	289,62	390,99	234,34	316,36	209,15	282,35
34/38	9,99	318,55	430,04	257,75	347,97	230,04	310,56
39/43	15,01	366,36	494,59	296,44	400,19	264,57	357,17
44/48	27,34	466,53	629,81	377,49	509,61	336,91	454,82
49/53	32,99	620,43	837,58	502,02	677,72	448,05	604,87
54/58	33,00	825,18	1.113,99	667,69	901,38	595,91	804,48
59 ou mais	38,44	1.142,38	1.542,21	924,34	1.247,86	824,98	1.113,72

5.2 TABELA DE PRODUTOS COM COPARTICIPAÇÃO DE 20%

COBERTURA: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		PLANO MASTER		PLANO PREMIUM		PLANO CLASSIC	
		ABRANGÊNCIA NACIONAL		ABRANGÊNCIA ESTADUAL		ABRANGÊNCIA GRUPO DE MUNICÍPIOS	
		☐ ENFERMARIA Nº 482.747/19-3	☐ APARTAMENTO Nº 482.746/19-5	☐ ENFERMARIA Nº 482.425/19-3	☐ APARTAMENTO Nº 482.424/19-5	☐ ENFERMARIA Nº 482.417/19-2	☐ APARTAMENTO Nº 482.416/19-4
FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO %	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$
00/18	-	211,70	285,80	192,60	260,01	171,90	232,06
19/23	14,99	243,45	328,66	221,47	298,99	197,67	266,85
24/28	15,02	280,00	378,00	254,74	343,90	227,36	306,93
29/33	14,99	321,97	434,66	292,93	395,45	261,44	352,94
34/38	9,99	354,13	478,08	322,19	434,96	287,55	388,20
39/43	15,01	407,29	549,84	370,55	500,24	330,72	446,47
44/48	27,34	518,65	700,18	471,86	637,01	421,13	568,53
49/53	32,99	689,74	931,15	627,52	847,16	560,07	756,09
54/58	33,00	917,34	1.238,41	834,61	1.126,72	744,89	1.005,60
59 ou mais	38,44	1.269,97	1.714,46	1.155,43	1.559,83	1.031,22	1.392,15

- INFORMAÇÕES SOBRE A COPARTICIPAÇÃO:

A coparticipação incidirá sobre consultas médicas, exames complementares (laboratoriais e de imagem) realizados em ambulatório e terapias (terapia ocupacional, nutricionista, fonoaudiologia, psicoterapia e fisioterapia). Os valores cobrados pelos serviços utilizados na modalidade coparticipação correspondem a 20% ou 40% (conforme produto contratado) sobre o montante que a Unimed Ceará paga a seus prestadores de serviços e cooperados de acordo com a tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) vigente à época dos eventos, ou outras que venham a substituí-la. A coparticipação também incidirá sobre as internações hospitalares psiquiátricas e por dependência química conforme o estabelecido na cláusula 3.3.19 do contrato.

5.3 TABELA DE PRODUTOS SEM COPARTICIPAÇÃO

COBERTURA: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		PLANO MASTER		PLANO PREMIUM		PLANO CLASSIC	
		ABRANGÊNCIA NACIONAL		ABRANGÊNCIA ESTADUAL		ABRANGÊNCIA GRUPO DE MUNICÍPIOS	
		☒ ENFERMARIA Nº 464.124/11-8	☐ APARTAMENTO Nº 464.123/11-0	☐ ENFERMARIA Nº 409.554/99-5	☐ APARTAMENTO Nº 409.555/99-3	☐ ENFERMARIA Nº 464.485/11-9	☐ APARTAMENTO Nº 464.486/11-7
FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO %	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$	MENSALIDADE R$
00/18	-	264,63	357,25	245,48	331,40	197,68	266,87
19/23	14,99	304,31	410,82	282,28	381,08	227,31	306,87
24/28	15,02	350,00	472,50	324,67	438,30	261,46	352,96
29/33	14,99	402,46	543,32	373,34	504,01	300,65	405,87
34/38	9,99	442,66	597,59	410,62	554,34	330,68	446,42
39/43	15,01	509,11	687,30	472,26	637,55	380,32	513,43
44/48	27,34	648,32	875,23	601,39	811,88	484,30	653,80
49/53	32,99	862,18	1.163,94	799,78	1.079,70	644,07	869,49
54/58	33,00	1.146,67	1.548,00	1.063,68	1.435,97	856,61	1.156,42
59 ou mais	38,44	1.587,46	2.143,07	1.472,57	1.987,97	1.185,89	1.600,95

5.4 ESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS SÃO VÁLIDAS PARA A PERMENÊNCIA DO GRUPO MÍNIMO DE 02 (DOIS) BENEFICIÁRIOS ATIVOS. OCORRENDO A REDUÇÃO NESTE NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS O CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO PELA UNIMED CEARÁ.

Observações: _____

Unimed Ceará

UNIMED CEARÁ PME - CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL

CNPJ: 10.395.358/0001-14 Registro ANS: 32.195-8

Declaramos estar cientes das informações e condições contratuais a seguir: Nº 13208

- O Contrato tem vigência mínima de 12 meses, e a solicitação de cancelamento deve ser feita mediante aviso prévio de 60 dias.
- A coparticipação é cobrada por procedimento realizado. A internação psiquiátrica/dependência química será cobrada, conforme previsto em contrato.
- As mensalidades serão reajustadas quando houver mudança da faixa etária, anualmente pelo indíce autorizado pela ANS, ou caso ocorra algum desequilibrio econômico-financeiro, conforme está previsto na cláusula do "REAJUSTE" do contrato.
- Recebemos o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
- Declaramos que fomos esclarecidos sobre a Resolução Normativa nº 279/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que dispõe sobre o direito de permanência dos ex-empregados (demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados) na condição de beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial, conforme artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Estamos cientes também que devemos informar à Unimed Ceará quando ocorrerem alterações na Política de Benefícios desta empresa no tocante ao custeio do plano de saúde.
- As partes reconhecem que, de acordo com o princípio da boa fé, por ter o contrato conteúdo regulado por lei, suas assinaturas somente constarão nesta proposta, o que não exime de cumprir o inteiro teor do contrato, que foi devidamente lido, compreendido e aceito pelas partes aqui signatárias.
- Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que estamos firmando a presente contratação.
- Lemos e tomamos ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas do(s) contrato(s) ao(s) qual(is) se refere esta Proposta de Admissão bem como dos produtos e serviços opcionais contratados.
- Declaramos que entre as categorias de planos que me foram oferecidas, inclusive o plano referência, indicamos nossa opção conforme especificado nesta proposta de admissão.
- As empresas constituídas com natureza jurídica de empresário individual, conforme determina a RN nº432/2017, deverão comprovar no ato da contratação sua constituição por pelo menos 6 (seis) meses. Além disso, a cada 12 meses, a CONTRATANTE deverá apresentar à CONTRATADA os comprovantes legais capazes de atestar a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos orgãos competentes, bem como a elegibilidade de BENEFICIÁRIOS TITULARES vinculados ao contrato.
- A CONTRATANTE tem conhecimento e concorda que a manutenção do contrato firmado dependerá da comprovação, por parte da CONTRATANTE, da sua regularidade junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário do contrato, conforme determina a RN 432/2017.

DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES E COBERTURAS CONTRATUAIS:

1 Cobertura de consultas médicas, realizadas em consultórios ou clínidas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina de livre escolha dos beneficiários do plano; conforme o tipo de plano e rede de atendimento contratados.

2 Cobertura de serviços de apoio, métodos complementares de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos executados em serviços reconhecidamente capacitados, de livre escolha dos beneficiários, conforme o tipo de plano e rede de atendimento contratados.

3 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica (ROL de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, vigente à época do evento), fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de iternação hospitalar;

4 Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em ambuância, dentro dos limites de abrangência geográfica proposto no contrato;

5 Cobertura de internação hospitalar no padrão enfermaria com opção para apartamento simples com banheiro privativo desde que o usuário venha optar por este tipo de acomodação de acordo com os valores expressos nesta proposta, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade. Nos casos de internação do paciente é necessário que a unidade hospitalar faça parte da relação de prestadores do Sistema Unimed de acordo com a área de abrangência especificada na proposta de admissão (nacional, estadual ou grupos de município);

6 Cobertura de internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

7 Garantia de reembolso aos beneficiários do plano pela tabela da UNIMED CEARÁ, de valores correspondentes à despesas relativas aos atendimentos de urgência ou emergência realizados em hospitais ou por médicos não credenciados na área de atuação do plano, desde que a solicitação de reembolso seja feita em até 01 (um) ano após a utilização dos serviços;

8 Garantia de cobertura e assistência à saúde aos recém-nascidos dos beneficiários nos trinta primeiros dias de vida, com direito garantido à criança de ser incluída no plano neste período, sem carências, inclusive para doenças e lesões preexistentes;

9 Cobertura de tratamento hospitalar psiquiátrico nas patologias citadas no CID-10 (código Internacional das Doenças) em hospital psiquiátrico em situação de crise, ou em hospital geral para tratamento dos quadros de intoxicação ou abstinência provocadas pelo alcoolismo ou outra formas de dependência química, de acordo com as diretrizes da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com prazo de até 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato.

10 Transplantes de rins, córnea e autólogo de medula óssea com cobertura de todas as despesas efetuadas com doador, nos casos de doador vivo, relacionadas com o ato cirúrgico, tais como: exames pré operatórios, internação e procedimento cirúrgico do mesmo ou todas as despesas do transporte do órgão a ser transplantado, em casos de doador cadáver.

Unimed Ceará

UNIMED CEARÁ PME - CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL

CNPJ: 10.395.358/0001-14 Registro ANS: 32.195-8

Nº 13208

PRINCIPAIS SERVIÇOS NÃO COBERTOS:

1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
2 Procedimento clínico ou cirúrgico para fins estéticos;
3 Inseminação artificial;
4 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento para finalidade estética;
5 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial;
6 Tratamentos ilícitos e antiéticos;
7 Aviamentos de óculos, lentes, aparelhos para surdez e ortopédicos;
8 Órteses, proteses, dermolipidectomia e mamoplastia para fins estéticos;
9 Permanência hospitalar após alta médica;
10 Tratamento realizado por médico ou hospital não credenciado, exeto nos casos de urgência ou emergência;
11 Atendimento nos casos de greve, calamidade, cataclismos e epidemias;
12 Atendimento e tratamento domiciliar (homecare);
13 Órteses, próteses e seus acessórios importados e não ligados ao ato cirúrgico;
14 Órteses, próteses e seus acessórios importados;
15 Materiais e medicamentos importados não nacionalizados utilizados durante o período de internação hospitalar;
16 Serviços e coverturas que não fazem parte do Rol de Procedimentos da ANS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O CONTRATO:

1 Para inclusões de beneficiários (titulares e dependentes) o contratante deverá apresentar ficha de inscrição e declaração de saúde devidamente preenchidas e assinadas pelos titulares, bem como documentação comprobatória de vínculo junto a empresa.
2 Para inclusão de beneficiários com idade maior ou igual a 59 anos, será realizado exame pré-admissional.
3 Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito o fato à Unimed Ceará, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R$ 10,00 (dez reais).
4 Caso o contratante não efetue o pagamento da fatura em até 5 (cinco) dias após o seu vencimento, as coberturas assistenciais contratadas ficarão suspensas até a quitação total do débito.

SERÃO CONSIDERADOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1 O cônjuge.
2 O(a) companheiro(a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
3 Os filhos, enteados, irmãos e netos do BENEFICIÁRIO TITULAR até 38 anos de idade.
4 Os tutelados e os menores sob guarda.

As inclusões, alterações e exclusões de beneficiários deverão ser informadas à Unimed Ceará com pelo menos 15 dias de antecedência da data de vencimento da fatura.

AS INCLUSÕES DEVERÃO OBEDECER AOS SEGUINTES PRAZOS DE CARÊNCIAS

- 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
- 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames ambulatoriais de rotina (laboratoriais e raio X simples);
- 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- 90 (noventa) dias para fisioterapia, ultrassonografia, cintilografia, teste ergométrico, ecocardiograma e mamografia;
- 180 (cento e oitenta) dias para ressonância magnética, tomografia computadorizada, diálise e hemodiálise;
- 180 (cento e oitenta) dias para cobertura dos casos de quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, litotripsia, hemoterapia, radiologia intervencionista e cirurgias ambulatoriais;
- 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;
- 180 (cento e oitenta) dias para a utilização de acomodação em apartamento, para aqueles beneficiários que mudarem de plano, oriundos de produto com acomodação em enfermaria. Durante este período de carência, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada;
- 180 (cento e oitenta) dias para terapias (psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional).
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.