

Proposta Comercial ACS – Associação das Empresas e Funcionários do Comércio de Bens e Serviços no Estado do Espírito Santo

Produtos regulamentados de acordo com a Lei nº 9.656, de 03 de Junho de 1998 / Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial / Segmentação: AMB + HOSP + OBST

FAIXA ETÁRIA	PERSONAL AMBULATORIAL 1251	PERSONAL FIT	PERSONAL PLUS	PARTICIPATIVO ESTADUAL FLEX 10		PARTICIPATIVO ESTADUAL FLEX 2		PREMIUM NACIONAL	
				9801		9799		9800	
ACOMODÇÃO	NÃO HÁ	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0 - 18	R\$ 75,71	R\$ 124,89	R\$ 149,96	R\$ 132,55	R\$ 160,23	R\$ 126,25	R\$ 152,61	R\$ 171,43	R\$ 209,83
19 - 23	R\$ 75,71	R\$ 124,89	R\$ 149,96	R\$ 148,46	R\$ 179,47	R\$ 141,41	R\$ 170,94	R\$ 192,00	R\$ 234,99
24 - 28	R\$ 75,71	R\$ 124,89	R\$ 149,96	R\$ 170,73	R\$ 206,39	R\$ 162,60	R\$ 196,58	R\$ 220,80	R\$ 270,24
29 - 33	R\$ 75,71	R\$ 124,89	R\$ 149,96	R\$ 187,81	R\$ 227,02	R\$ 178,88	R\$ 216,23	R\$ 242,89	R\$ 297,25
34 - 38	R\$ 75,71	R\$ 124,89	R\$ 149,96	R\$ 221,60	R\$ 267,89	R\$ 211,04	R\$ 255,13	R\$ 286,59	R\$ 350,76
39 - 43	R\$ 75,71	R\$ 124,89	R\$ 149,96	R\$ 254,88	R\$ 308,08	R\$ 242,74	R\$ 293,41	R\$ 329,61	R\$ 403,38
44 - 48	R\$ 102,75	R\$ 304,74	R\$ 365,93	R\$ 331,33	R\$ 400,50	R\$ 315,55	R\$ 381,44	R\$ 428,47	R\$ 524,40
49 - 53	R\$ 102,75	R\$ 304,74	R\$ 365,93	R\$ 430,72	R\$ 520,65	R\$ 410,20	R\$ 495,88	R\$ 557,03	R\$ 681,72
54 – 58	R\$ 102,75	R\$ 304,74	R\$ 365,93	R\$ 577,15	R\$ 697,69	R\$ 549,69	R\$ 664,46	R\$ 746,43	R\$ 913,50
59 ACIMA	R\$ 102,75	R\$ 743,56	R\$ 892,88	R\$ 790,72	R\$ 955,83	R\$ 753,06	R\$ 910,30	R\$ 1.022,60	R\$ 1.251,50
COPARTICIPAÇÃO									
CONSULTA ELETIVA NO PERSONAL	NÃO HÁ COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO	R\$ 0,00		NÃO POSSUI					
CONSULTA ELETIVA REDE ABERTA UNIMED VITÓRIA		R\$ 25,00		R\$ 25,00		R\$ 35,00			
CONSULTA EM PS		R\$ 50,00		R\$ 50,00		R\$ 55,00			
GRUPO 1		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00			
GRUPO 2		R\$ 2,50		R\$ 2,50		R\$ 2,50			
GRUPO 3		R\$ 5,00		R\$ 5,00		R\$ 5,00			
GRUPO 4		R\$ 10,00		R\$ 10,00		R\$ 10,00			
GRUPO 5		R\$ 25,00		R\$ 25,00		R\$ 25,00			
GRUPO 6		R\$ 55,00		R\$ 55,00		R\$ 55,00			
LIMITE MENSAL/ BENEFICIARIO	NÃO HÁ	R\$ 150,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00					
SOS REMOÇÃO	NÃO HÁ	SEM CUSTO							

A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária será automática e obedecerá aos valores da tabela.

Próximos reajustes: Ambulatorial, Participativo Estadual Flex 10, Participativo Estadual Flex 2, Premium Nacional: **NOVEMBRO 2019**

Obs.: O produto ambulatorial é compulsório, ou seja, devem ser incluídos todos os funcionários da GFIP.

HOSPITAIS

PERSONAL AMBULATORIAL

- ✓ Pronto Atendimento Unimed Vitória (Vitória) - 08h às 21:30h.
- ✓ Pronto Atendimento Unimed Vitória (Aracruz) - 07h às 19h.
- ✓ Santa Casa - 21:30h às 08h.
- ✓ Hospital Evangélico - 21:30h às 08h.
- ✓ Hospital e Maternidade São Camilo - 21:30h às 08h.

PERSONAL FIT

- ✓ Maternidade Unimed
- ✓ Hosp. Metropolitano
- ✓ Hosp. Evangélico
- ✓ Hosp. São Camilo
- ✓ Hosp. São Pedro
- ✓ Maternidade Santa Paula
- ✓ Clínica dos Acidentados
- ✓ Santa Casa de Vitória

PERSONAL PLUS

- ✓ Fundação Hospital Maternidade São Camilo
- ✓ Hosp. São Pedro
- ✓ Hosp. Metropolitano
- ✓ Hosp. Vitória Apart
- ✓ Hosp. Evangélico
- ✓ Hospital Vila Velha
- ✓ Hospital Praia da Costa
- ✓ Hospital Unimed Vitória
- ✓ Maternidade Unimed Vitória
- ✓ Hospital Meridional
- ✓ Hospital São Francisco
- ✓ Hospital São Luiz
- ✓ Maternidade Santa Paula
- ✓ Clínica de Acidentados - Vitória

TABELA DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
EMERGÊNCIA E URGÊNCIA/ ACIDENTES PESSOAIS	24 HORAS
CONSULTAS, ANÁLISES CLÍNICAS E RX SIMPLES	30 DIAS
EXAMES OBSTÉTRICOS/ RADIOLÓGICOS CONTRASTADO	120 DIAS
PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE/ INTERNAÇÃO CLÍNICA	180 DIAS
ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO	180 DIAS
PSIQUIATRIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	180 DIAS
RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS, PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS	180 DIAS
ÓRTESE E PRÓTESE, CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E CIRURGIA REFRACTIVA OFTALMOLÓGICA	180 DIAS
CIRURGIA CARDÍACA, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM HEMODINÂMICA	180 DIAS
TRANSPLANTE DE RIM E CÓRNEA	180 DIAS
PARTOS A TERMO	300 DIAS
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	24 MESES

***Quando houver cobertura**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESAO:
EMPRESA:
➤ Cartão do CNPJ; ➤ Contrato Social; ➤ Identidade e CPF do responsável pela assinatura do contrato; ➤ Comprovante de endereço da empresa; ➤ GFIP da empresa.
TITULAR:
➤ Cópia do RG e CPF; ➤ Ficha de Registro ou GFIP (com carimbo da empresa); ➤ Cópia do comprovante de residência atualizado; ➤ Cópia cartão nacional de saúde.
DEPENDENTES
CÔNJUGE
➤ Cópia da certidão de casamento; ➤ Cópia do RG e CPF; ➤ Cópia cartão nacional de saúde.
COMPANHEIRO(A)
➤ Cópia da declaração de União Estável (feita em cartório com duas testemunhas ou Escritura Pública Declaratória de União Estável) – companheiros ➤ Cópia do RG e CPF. ➤ Cópia cartão nacional de saúde.
FILHO(A) OU ENTEADO(A) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 28 ANOS INCOMPLETOS
➤ Cópia da certidão de nascimento ou RG e CPF; ➤ Cópia cartão nacional de saúde. ➤ Para os menores de 02 anos é necessário Cartão de Vacina e a Alta da Maternidade.
NETO(A) SOLTEIRO (A) COM ATÉ 18 ANOS OU ATÉ 24 ANOS INCOMPLETOS CASO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO
➤ Cópia da certidão de nascimento ou RG e CPF; ➤ Cópia cartão nacional de saúde. ➤ Declaração de Escolaridade (acima de 18 anos). ➤ Para os menores de 02 anos é necessário Cartão de Vacina e a Alta da Maternidade
FILHO(A) INVÁLIDO(A) COM ATÉ 28 ANOS INCOMPLETOS
➤ Cópia da certidão de nascimento ou RG e CPF; ➤ Cópia cartão nacional de saúde. ➤ Cópia da certidão de invalidez emitida pelo INSS. ➤ Para os menores de 02 anos é necessário Cartão de Vacina e a Alta da Maternidade