

Tabela CarePlus - Empresarial - PME



Simule o seu plano de saúde online



SIMULAR



Referência: Março/2020 - Taxa de Inscrição: Sem Taxa

PME

Faixa Etária	Soho 30 QP 02 a 29 vidas	Soho 60 QP 02 a 29 vidas	Soho 80 QP 02 a 29 vidas
Acomodação	Apto.	Apto.	Apto.
Abrangência	Nac.	Nac.	Nac.
0 a 18	R\$ 559.88	R\$ 779.49	R\$ 870.51
19 a 23	R\$ 621.46	R\$ 865.23	R\$ 966.26
24 a 28	R\$ 689.83	R\$ 960.42	R\$ 1072.56
29 a 33	R\$ 765.69	R\$ 1066.05	R\$ 1190.52
34 a 38	R\$ 849.94	R\$ 1183.33	R\$ 1321.50
39 a 43	R\$ 943.42	R\$ 1313.48	R\$ 1466.85
44 a 48	R\$ 1372.67	R\$ 1911.11	R\$ 2134.26
49 a 53	R\$ 1729.56	R\$ 2408.00	R\$ 2689.17
54 a 58	R\$ 2594.34	R\$ 3612.00	R\$ 4033.76

PME

Faixa Etária	Soho 120 QP 02 a 29 vidas	Soho 160 QP 02 a 29 vidas	Soho 200 QP 02 a 29 vidas	Soho 300 QP 02 a 29 vidas
Acomodação	Apto.	Apto.	Apto.	Apto.
Abrangência	Nac.	Nac.	Nac.	Nac.
0 a 18	R\$ 1022.53	R\$ 1178.87	R\$ 1413.16	R\$ 1724.12
19 a 23	R\$ 1135.01	R\$ 1308.55	R\$ 1568.61	R\$ 1913.77
24 a 28	R\$ 1259.88	R\$ 1452.51	R\$ 1741.18	R\$ 2124.32
29 a 33	R\$ 1398.44	R\$ 1612.26	R\$ 1932.68	R\$ 2357.95
34 a 38	R\$ 1552.29	R\$ 1789.63	R\$ 2145.30	R\$ 2617.36
39 a 43	R\$ 1723.03	R\$ 1986.47	R\$ 2381.27	R\$ 2905.25
44 a 48	R\$ 2507.00	R\$ 2890.31	R\$ 3464.73	R\$ 4227.12
49 a 53	R\$ 3158.82	R\$ 3641.78	R\$ 4365.56	R\$ 5326.17
54 a 58	R\$ 4738.23	R\$ 5462.67	R\$ 6548.34	R\$ 7989.26

Carência

Procedimentos	Carências Contratuais	12 meses de plano anterior	24 meses de plano anterior
Acidentes pessoais, urgência e/ou emergência.	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas, exames simples, vacinas.	30 dias	24 horas	24 horas
Escleroterapia.	180 dias	60 dias	24 horas
Quimioterapia antineoplástica, radioterapia, radiomoldagem, radioimplante, IMRT e braquiterapia, hemodiálise e diálise, hemoterapia.	180 dias	90 dias	24 horas

Fisioterapia, fonoaudiologia, acupuntura.	180 dias	30 dias	24 horas
Psiquiatria e internações decorrentes de transtornos psiquiátricos e internações químicas, internação hospitalar, procedimento de alta complexidade, cirurgia em consultório ou ambiente Hospitalar.	180 dias	90 dias	24 horas
Maternidade.	300 dias	300 dias	300 dias
Preexistentes.	24 meses	24 meses	24 meses

Critérios de Redução de Carência

Redução para beneficiários ate 58 anos 11 meses e 29 dias Redução para ex – beneficiários de planos individuais ou PME dentro da mesma operadora, enviar somente cópia da carteirinha;

Regras Gerais

Mínimo de 12 meses em operadora congênera para redução de carência, ou o mínimo 24 meses para aproveitamento total das carências, exceto parto e preexistência.

Não ultrapassar de 60 dias de inadimplência do plano anterior.

Estar afastado da operadora anterior pelo prazo de até 30 dias.

Redução para ex – beneficiários de PME e Grupal

Cópia da carteirinha, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos, carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermaria ou apartamento, tempo de permanência – Início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assinar a carta. Ou Carta de permanência da operadora anterior. Ou Cópia das 03 últimas faturas quitadas e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

Ex-beneficiário de planos Empresariais e PME Congêneres:

Cópia da carteirinha e documento que comprove início no plano anterior, caso esta informação não esteja na carteirinha.

Última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior. Últimas quatro faturas e quitações da operadora anterior. Ou Carta da empresa original em papel timbrado com carimbo do CNPJ, nome, cargo e telefone do responsável que assinou a carta constando:

Nome da congênera

Nome do Titular e seus dependentes/agregados,

Permanência no plano (início e término)

Acomodação (enfermaria/apartamento),

Ou Carta de Permanência da operadora anterior.

Ex-beneficiário de planos Individuais Congêneres:

Cópia da carteirinha e documento que comprove início no plano anterior, caso esta informação não esteja na carteirinha.

04 últimos boletos quitados.

Documentos necessários

Redução para ex – beneficiários de plano individual

Cópia dos 03 últimos boletos quitados, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras;

Carteirinha com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

Se na carteirinha não constar às informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e o tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento) Ou Carta original da operadora em papel timbrado com carimbo do CNPJ.

Relação de Congêneres

AGF/Allianz, Amil/One Health, Bradesco, Bupa/Denmark, Notre Dame, Omint, Porto Seguro, Sampo e Sul América.

Documentação

Empresa: cópia do contrato social e a última alteração; ou contrato de empresa Individual, cartão do CNPJ vigente, guia e a relação de recolhimento do FGTS, comprovante de endereço e declaração de faturamento da empresa referente aos últimos 06 meses com carimbo CNPJ da empresa, assinatura do responsável e do contador com carimbo CRC.

Titular: cópia do RG, CPF, certidão de nascimento, comprovante de residência, comprovante de vínculo empregatício (carteira de trabalho/contrato social).

Recém-admitidos: cópia da ficha de registro do empregado ou cópia da folha do livro de registro acompanhada de cópia da página índice e da página contendo os termos da abertura do mesmo livro.

Cônjuge: cópia da certidão de casamento, RG e CPF.

Companheiro: cópia do RG e CPF, ou a apresentação de no mínimo dois dos documentos abaixo:

- declaração de união estável pública ou particular lavrada em cartório,
- Certidão de nascimento de filho em comum;
- Contrato de compra e venda de imóvel em nome dos dois;
- Apólice de seguro que comprove o benefício para o companheiro;
- Ficha de registro empregatício que conste o companheiro;
- Contrato de aluguel de imóvel em nome dos dois;
- Conta conjunta / Folha de cheque;
- Declaração de Imposto de Renda;
- Disposições Testamentárias;
- Anotações constantes na Carteira de Trabalho;
- Declaração especial feita em Tabelião;
- Certidão de casamento religioso;
- Provas de encargos domésticos em comum;
- Existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- Procuração ou fiança devidamente reciprocamente outorgada;
- Ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado com responsável.

Filhos naturais: Certidão de nascimento, RG e CPF.

Filhos adotivos: Documento de guarda provisória ou definitiva, RG e CPF;

Enteado: Certidão de nascimento e a certidão de casamento dos pais, RG e CPF.

Atenção

De acordo com a RN 187 é obrigatório o CPF dos titulares, inclusive menores de 18 anos, deficientes e estrangeiros. Cartão nacional de saúde/SUS para quem já tiver ou as seguintes informações: nome do pai, naturalidade, município de nascimento.

Mais Informações

Taxa de Inscrição

Sem taxa

Área de Comercialização/ Utilização

Só podera ser comercializado e utilizado: Nacional em todos os planos.

Formação do Grupo

PME de 02 a 29 Vidas.
Obrigatório 02 titulares com vínculo (01 sócio + 01 funcionários)

Tipo de Contratação

Contrato compulsório - Exige adesão de todos, podendo ser composto de sócios e dirigentes 100% do contrato social e/ou 100% da categoria funcional constante no FGTS e 100% dos dependentes.

Se o contrato for fechado para 100% do FGTS, não poderá ser feita a inclusão posterior na categoria de Sócio.

Para que haja dispensa de adesão de um dos sócios – o mesmo deverá fazer uma carta declarando que não está aderindo o plano por possuir um plano compatível com o da Care Plus e que o mesmo está ciente de que não poderá aderir futuramente (modelo específico da Care Plus).

A escolha de categoria de plano é livre para os titulares. Os dependentes não poderão escolher planos diferentes do Titular.

Prazo Contratual - O prazo contratual é de 36 meses, contados a partir do início da vigência do contrato.

Caso o estipulante rescinda imotivadamente o contrato de prestação de serviços no curso de sua vigência e após o transcurso dos 12 (doze) meses iniciais, deverá comunicar à CARE PLUS com 90 (noventa) dias de antecedência.

Neste caso, a estipulante deverá pagar à CARE PLUS multa correspondente a 03 (três) mensalidades.

A Care Plus garante o limite de reajuste de no máximo 30%.

Remissão de 24 meses - Em caso de falecimento do segurado titular, os dependentes permanecem gratuitamente cobertos pelo seguro.

Composição

Titulares: Sócios ou funcionário com vínculo empregatício.

Dependentes legais: Cônjuge ou companheiro (a), filhos naturais ou adotivos até 29 anos 11 meses e 29 dias.

Prestadores de serviço: afastados pelo INSS e agregados não são elegíveis.

Diferenciais de Cobertura

Consulta garantida - garantia de consulta na rede em até 72 horas para: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia, endocrinologia - para todos os planos.

Assistência Viagem Internacional para os planos SoHo 30 e 60 - cobertura de US\$ 100,000 e a partir do plano SoHo 80 cobertura de US\$ 300,000 superior ao exigido para viagens à Europa, além da comodidade de cobertura de assistência nos casos de perda de bagagem, roubo ou extravio de documentos, atraso de voos, assistência jurídica e reembolso com despesas odontológicas e medicamentos.

Antes de realizar uma viagem, o titular deve entrar no site da Care Plus para efetuar a emissão de seu voucher.

Atendimento Personalizado - atendimento presencial, por telefone ou e-mail, a todos que fazem parte do plano para a resolução de dúvidas, intermediação de processos internos e comunicados sobre serviços e rotinas.

Postos de Atendimento Hospitalar: atendimento personalizado aos usuários no posto Hospital Albert Einstein e Hospital São Luiz.

Bônus de 5% na mensalidade do beneficiário que participar do programa Personal System (a partir do 4º mês de adesão ao programa).
- O Personal System é um programa de prevenção e promoção de saúde.

Care Pharma - poderão ser adquiridos medicamentos com desconto em algumas das principais redes de farmácias do país. Basta informar que você tem acesso ao sistema e-Pharma e apresentar seu cartão de identificação Care Plus com a receita médica (exceto medicamentos de uso livre), os descontos são concedidos sobre o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e não são cumulativos com outras promoções. Consulte as listas oficiais nas farmácias.

Care Plus Garante - O programa foi criado para ampliar a qualidade dos serviços prestados e se compromete a processar as solicitações de autorização de atendimento, reembolso e prévia de reembolso das coberturas contratadas dentro dos prazos apontados abaixo:

Prazos de processamento:

- Autorização: 24 horas;
- Prévia de reembolso: 24 horas;
- Reembolso de até R\$ 500 - até 03 úteis;
- Reembolso acima R\$500 - até 05 dias úteis.

Se não forem cumpridos os prazos acima descritos, o usuário será bonificado, recebendo a quantia abaixo em sua conta corrente:

- Autorização: R\$ 100 por autorização;
- Prévia de reembolso: R\$ 100 por prévia;
- Reembolso: 5% do valor do reembolso até limite de R\$ 100.

A partir do SoHo 30: Check Up anual para o titular no Laboratório Brasil Private ou Hospital Bandeirantes.

A partir do SoHo 60: Check Up anual para o titular e seu cônjuge no Laboratório Fleury, Alta Diagnóstico ou HCor.

Cobertura de vacinas.

Cobertura para escleroterapia.

Exames sem burocracias - os usuários tem a comodidade de realizar uma ampla gama de exames em prestadores diferenciados sem a necessidade de pedir autorização prévia, sendo necessário apenas agendar o exame no laboratório e levar a prescrição médica original, o cartão de identificação da Care Plus e um documento pessoal com foto.

Ferramenta Mobile - Todo usuário terá à sua disposição a ferramenta mobile que permite a consulta, através de um celular com acesso à internet, aos prestadores credenciados (médicos, hospitais e laboratórios), além de acompanhar o andamento dos processos de reembolso solicitados em tempo real.

Personal Collect - você não enfrenta fila no trânsito para realizar exames laboratoriais porque pode contar com uma equipe altamente especializada dos laboratórios para fazer a coleta do material em sua casa. Serviço para usuários a partir do plano SoHo 60.

Rede de retaguarda nos hospitais Sírio Libanês e Albert Einstein a partir do plano SoHo 60.

Rede premium de médicos (Personal Network) a partir do SoHo 60 (Ex.: Dr. Enio Buffolo, Dra. Rosa Maria Neme, Dr. Sergio Roll, Dr. Claudio Lottemberg, Dr. Moises Cohen, etc).

Reembolso via Internet ou via fax - para consultas de até R\$ 500,00, através de digitalização de documentos e envio de dados pelo site da Care Plus ou por fax.

Obs.: A falta do envio do documento original implicará na perda do direito ao serviço de envio de reembolso via web ou fax da Care Plus e será descontado dos próximos reembolsos o valor pago para o recibo enviado sem documentação original.

Serviço disponível a partir do plano **SoHo 60**, que possibilita a realização de exames laboratoriais, em casa ou no escritório, através da coleta de material biológico.

Regras Gerais

Titular: a assinatura do contrato de adesão deve ser exatamente igual ao documento entregue (RG ou CNH), é obrigatório informar também o número do telefone e e-mail do titular.

Somente serão aceitas as empresas dos segmentos a seguir:

Sociedades de advocacia; Agências de propaganda e marketing; Assessoria de imprensa; Software house; Internet; Lojistas de marcas Premium; Bancos de investimento; Corretores de valores; Correspondentes financeiros; Consultoria; Healthcare.

É obrigatório informar o número da Declaração de Nascido Vivo de todos os beneficiários (titulares ou dependentes) nascidos a partir de 1º de Janeiro de 2010.

Este número consta nas certidões de nascimento emitidas a partir desta data.

O corretor não fica com o cheque da 1ª parcela, a comissão é gerada após o pagamento do boleto emitido pela operadora.

Mínimo de 12 meses de constituição da empresa.

Os beneficiários que residirem fora do estado de São Paulo contam com apoio da rede Mediservice.

A inclusão é feita automaticamente na implantação através da carteirinha com código Care Plus e código Mediservice e podem ter acesso as duas redes sem custo adicional.

Dados da Proposta

A Proposta Contratual, assim como os aditivos e todo e qualquer campo onde seja solicitada a assinatura do responsável pela empresa, deverá estar devidamente preenchida com assinatura exatamente igual ao Contrato Social do sócio ou proprietário da Empresa que estiver indicado na cláusula de ADM.

Obrigatório o preenchimento do campo da inscrição estadual ou municipal, e o e-mail da empresa;

A Ficha de Adesão com declaração de saúde e carta de orientação ao beneficiário que deverá ser assinada pelo Titular e deverão conter obrigatoriamente os nomes completos sem abreviações: do usuário, dos dependentes e da mãe.

O endereço da **ficha de adesão** deve ser o **endereço residencial** de cada titular (não podendo ser o mesmo endereço da empresa).

Vigencia / Vencimento

Data da Assinatura	Início da vigência	Data de Vencimento
01 a 15	Dia 1º do 1º mês subsequente	Dia 28 do 1º mês subsequente
16 a 31	Dia 1º do 2º mês subsequente	Dia 28 do 2º mês subsequente

Mudança de Faixa Etária

Se o início de vigência da proposta coincidir com o mês do aniversário do beneficiário, a proposta deverá ser preenchida com o valor da nova faixa etária.

Movimentação Cadastral

MovimentaçãoCadastral - [Clique](#)[aqui](#)

Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão), exclusões, alterações de dados, 2ª via de cartões e etc., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa.

Observando sempre que inclusão de dependentes só em caso de nascimento, casamento, adoção.

ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas. As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.