



### COMUNICADO - PLANO DE SAÚDE

A Cohab Campinas informa que realizou no dia 01/10/21, o pregão do processo licitatório que contratou a nova empresa para fornecimento do plano de saúde aos empregados da empresa. Neste processo participaram 2 proponentes, tendo como vencedora a empresa **Saúde Santa Tereza LTDA**.

**Diante do exposto, informamos a todos que o atual contrato com a Unimed Campinas será encerrado a partir do dia 30/11/2021, e o novo plano iniciará a partir de 01/12/2021.**

Aproveitamos para informar abaixo os novos valores dos planos para os empregados, com a manutenção do percentual de subsídio da empresa que já é aplicado atualmente.

#### QUARTO COLETIVO - R\$ 276,78

Faixa Salarial – (Salário mínimo: R\$ 1.100,00)	Funcionários	Cohab
Até 5.500,00 - (Até 5 SM)	R\$ 79,74	R\$ 197,04
De 5.500,01 a 8.800,00 - (Até 8 SM)	R\$ 131,17	R\$ 145,61
De 8.800,01 a 11.000,00 - (Até 10 SM)	R\$ 157,93	R\$ 118,85
De 11.000,01 a 13.200,00 - (Até 12 SM)	R\$ 186,74	R\$ 90,04
Acima de 13.200,01 - (Acima de 12 SM)	R\$ 210,38	R\$ 66,40

#### QUARTO PRIVATIVO - R\$ 415,18

Faixa Salarial – (Salário mínimo: R\$ 1.100,00)	Funcionários	Cohab
Até 5.500,00 - (Até 5 SM)	R\$ 218,14	R\$ 197,04
De 5.500,01 a 8.800,00 - (Até 8 SM)	R\$ 269,57	R\$ 145,61
De 8.800,01 a 11.000,00 - (Até 10 SM)	R\$ 296,33	R\$ 118,85
De 11.000,01 a 13.200,00 - (Até 12 SM)	R\$ 325,14	R\$ 90,04
Acima de 13.200,01 - (Acima de 12 SM)	R\$ 348,78	R\$ 66,40

O valor de coparticipação do novo plano é de R\$ 40,00 por consulta, sem limite de cobrança. Não será aplicada nenhuma coparticipação sobre exames ou outros procedimentos.

Para o plano de agregados o valor da mensalidade é de R\$ 484,37 por beneficiário, tendo a mesma coparticipação do contrato principal.

Encaminhamos em anexo, o novo formulário para adesão ao novo plano, que **deverá ser entregue preenchido e assinado à CGPES por todos os empregados**, o mais rapidamente possível.

Assim que tivermos informações a respeito da rede credenciada do novo plano, estaremos divulgando a todos. Dúvidas podem ser esclarecida na CGPES.

Campinas, 21 de outubro de 2021.

Atenciosamente,

Ana Cristina dos Santos  
Coordenadora de Gestão de Pessoas



À  
Coordenadoria de Gestão de Pessoas  
COHAB/CAMPINAS

Eu, \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_, empregado(a) desta Companhia de Habitação Popular  
de Campinas, declaro:

( ) Ter interesse em integrar o Convênio Médico firmado entre a COHAB  
CAMPINAS e a SAÚDE SANTA TEREZA LTDA., para prestação de serviços médico  
hospitalares, podendo ser descontado mensalmente de meu salário as importâncias  
para o pagamento das contribuições mensais e consultas, no plano ( ) Coletivo ou  
( ) Privativo, relativas a mim e aos dependentes abaixo relacionados.

Nome	Parentesco	Data Nascto.	CPF

Observações:

São considerados dependentes, para inclusão no Convênio Médico: cônjuge ou companheiro(a) devidamente comprovado; filhos solteiros até 24 anos; enteados solteiros até 24 anos; filhos inválidos de qualquer idade; tutelado, curatelado ou interditado sob a responsabilidade do empregado;

( ) Não ter interesse em integrar o Convênio Médico firmado entre a COHAB  
CAMPINAS e a SAÚDE SANTA TEREZA LTDA., para prestação de serviços médico  
hospitalares.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura