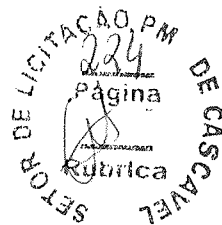


Proposta Comercial

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL/CE

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001-2026-CR

Processo Administrativo Nº 1612012025



À PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL/CE

Ref.: Edital de Credenciamento Nº 001-2026 CR - Processo Administrativo Nº 1612012025

A **ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.165.556/0001-54, vem respeitosamente à presença de V. Sa., através dos representantes legais **Sr. Farias Pereira de Sousa**, portador do RG nº 1.428.385 SSP/DF e CPF nº 634.673.801-15, Diretor Presidente e a **Sra. Renata Adriana Costa Danesi**, portadora do RG nº 3.034.744 SSP/DF e CPF nº 288.124.988-41, Superintendente de Licitações, apresentar a seguinte proposta de preços abaixo, na forma disciplinada pela Legislação vigente e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, conforme especificações técnicas do Edital de Credenciamento e demais anexos.

PROPOSTA COMERCIAL

1 OBJETO

1.1. O presente Edital tem por objeto a seleção de pessoas jurídicas administradoras ou operadoras de planos de assistência à saúde suplementar, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para constituição de cadastro de CREDENCIAMENTO junto ao Município de Cascavel/CE para eventual formalização de contrato para oferta de planos coletivos empresariais aos servidores da Prefeitura Municipal de Cascavel e seus dependentes, em conformidade com as especificações, termos e condições definidas no presente edital e anexos que o compõem.

2. DOS PLANOS OFERTADOS, PREÇOS E OPERADORA PRESTADORA DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR.

2.1. UNIMED FORTALEZA

UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., CNPJ/MF sob nº: 05.868.278/0001-07, sediada na Avenida Santos Dumont, nº 949 – Centro, Fortaleza/CE, CEP: 60.150-160, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o Nº 31714-4.

2.2 CARACTERÍSTICAS DOS PRODUTOS

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Tipo de contratação	Coletivo empresarial
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Nome do Produto	Nº de Registro do Plano na ANS	Abrangência	Acomodação em Internação	Coparticipação
Unifácil	489.385/21-9	Grupo de Municípios	Enfermaria	Sim
Salute	484.297/19-9	Estatual	Enfermaria	Sim
Salute	484.298/19-7	Estadual	Apartamento	Sim
Salute Max	484.145/19-0	Estadual	Enfermaria	Sim
Salute Max	484.146/19-8	Estadual	Apartamento	Sim
Multiplan	489.383/21-2	Nacional	Enfermaria	Sim
Multiplan	489.382/21-4	Nacional	Apartamento	Sim

2.3. VALORES DOS PRODUTOS

Faixa Etária	UNIFACIL	SALUTE	SALUTE
	489.385/21-9	484.297/19-9	484.298/19-7
	Com coparticipação		
	Grupo de Municípios	Estadual	
	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento
Até 18 anos	R\$ 212,00	R\$ 283,79	R\$ 383,12
De 19 a 23 anos	R\$ 243,79	R\$ 326,34	R\$ 440,56
De 24 a 28 anos	R\$ 280,41	R\$ 375,35	R\$ 506,73
De 29 a 33 anos	R\$ 322,43	R\$ 431,62	R\$ 582,69
De 34 a 38 anos	R\$ 354,65	R\$ 474,74	R\$ 640,90
De 39 a 43 anos	R\$ 407,89	R\$ 546,00	R\$ 737,10
De 44 a 48 anos	R\$ 519,39	R\$ 695,27	R\$ 938,63
De 49 a 53 anos	R\$ 690,75	R\$ 924,65	R\$ 1.248,28
De 54 a 58 anos	R\$ 918,69	R\$ 1.229,77	R\$ 1.660,20
59 anos ou +	R\$ 1.271,84	R\$ 1.702,51	R\$ 2.298,39

Faixa Etária	SALUTE MAX	SALUTE MAX	MULTIPLAN	MULTIPLAN
	484.145/19-0	484.146/19-8	489.383/21-2	489.382/21-4
	Com coparticipação			
	Estadual		Nacional	
	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
Até 18 anos	R\$ 308,28	R\$ 416,17	R\$ 344,52	R\$ 465,10
De 19 a 23 anos	R\$ 354,50	R\$ 478,56	R\$ 396,17	R\$ 534,82
De 24 a 28 anos	R\$ 407,74	R\$ 550,44	R\$ 455,67	R\$ 615,16
De 29 a 33 anos	R\$ 468,86	R\$ 632,95	R\$ 523,97	R\$ 707,37
De 34 a 38 anos	R\$ 515,69	R\$ 696,19	R\$ 576,32	R\$ 778,04
De 39 a 43 anos	R\$ 593,10	R\$ 800,68	R\$ 662,84	R\$ 894,82
De 44 a 48 anos	R\$ 755,25	R\$ 1.019,59	R\$ 844,04	R\$ 1.139,46
De 49 a 53 anos	R\$ 1.004,41	R\$ 1.355,96	R\$ 1.122,50	R\$ 1.515,37
De 54 a 58 anos	R\$ 1.335,87	R\$ 1.803,42	R\$ 1.492,92	R\$ 2.015,44
59 anos ou +	R\$ 1.849,38	R\$ 2.496,66	R\$ 2.066,80	R\$ 2.790,17

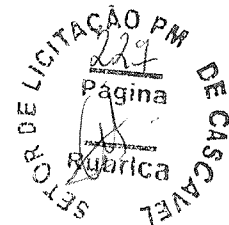
2.4. INFORMAÇÕES DE COPARTICIPAÇÃO

Procedimento	Coparticipação
Consulta Eletiva	30%
Consulta de Urgência e Emergência	30%
Exames e insumos quando necessários	30%
Sessões de Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Acupuntura (e seus métodos agregados).	30%

A coparticipação, quando aplicada, não será cobrada sobre valores referentes às internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias ambulatoriais, quimioterapias, radioterapias e hemodiálise, inclusive sobre consultas e exames realizados durante a internação do beneficiário.

2.5. DAS ADESÕES E PERÍODOS DE CARÊNCIA

2.5.1. A adesão dos titulares será feita mediante a assinatura de “Termo de Adesão”, a ser fornecido pela CONTRATANTE, no qual deve constar a opção diante os planos oferecidos pela CONTRATADA.



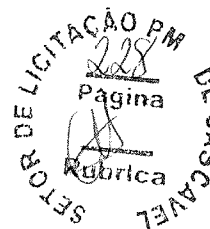
2.5.2. A adesão dos dependentes deverá ser efetuada pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura Termo de Adesão específico, no qual deverá constar a opção pelo(s) plano(s) ofertado(s) pela CONTRATADA, sendo condição indispensável que o titular esteja aderente à mesma modalidade escolhida.

2.5.3. A inscrição do beneficiário deverá respeitar o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, quando aplicável:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º a 20º	partir do primeiro dia do mês subsequente.
21º a 30º	a partir do primeiro dia do 2º mês subsequente.

2.5.4. O BENEFICIÁRIO TITULAR disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, para solicitar a sua adesão e a dos seus dependentes, se for o caso, no plano de saúde, ficando, neste caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após esse prazo, os USUÁRIOS cumprirão as carências estabelecidas abaixo:

Prazo para Aquisição do Direito de Uso	Assistências Médico-hospitalares Cobertas
24 horas	Pronto-atendimento nos casos de urgência e/ou emergência, exclusivamente nas primeiras 12 horas ambulatoriais, exceto para os atendimentos decorrentes de acidente pessoal que não se submetem à aludida limitação do tempo, conforme regulamentação da ANS.
30 dias	- Consultas médicas eletivas; - Exames complementares simples (laboratoriais e radiológicos)
180 dias	- Fonoaudiologia; - Fisioterapia; - Nutricionista; - Psicoterapia; - Terapia Ocupacional; - Tomografia computadorizada; - Ressonância magnética; - Hemodinâmicas; - Diatermia e Litotripsia; - Quimioterapia e Radioterapia; - Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD; - Acupuntura; - Cirurgias ambulatoriais. - Internações clínicas e cirúrgicas; - Internação para transtornos mentais e comportamentais, inclusive tratamento em regime de hospital-dia.
300 dias	- Parto a termo



3. Condições Gerais

3.1. Em atendimento ao Edital de Credenciamento Nº 001-2026 CR, declaramos que na proposta os preços estão considerados todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para execução dos serviços, conforme objeto do Edital acima citado.

3.2. Declaramos que temos pleno conhecimento do teor do Edital de Credenciamento Nº 001-2026 CR da Prefeitura Municipal de Cascavel e aceitamos e cumprimos suas cláusulas e de seus anexos, de acordo com a legislação vigente pertinente ao setor.

3.3 Enfatizamos que a primeira vigência a ser comercializada, dependerá da data de assinatura do Termo de Acordo a ser celebrado entre o Município de Cascavel e a AllCare Benefícios, respeitando prazos de movimentação cadastral de operadora e Edital.

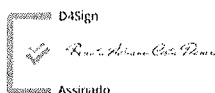
3.4 Quando se tratar de produtos coparticipativos, as operadoras exigirão coparticipação psiquiátrica, nos termos da RN nº 465 da ANS (e suas atualizações).

3.5 Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 565/2022 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Prefeitura de Cascavel/CE serão objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), conforme Edital e seus anexos.

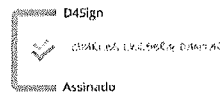
3.7 O prazo de validade da proposta é de 60 (sessenta) dias, contado a partir da data de sua apresentação.

Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, através do telefone (61) 99528-3704; e pelos e-mails: renata.danesi@allcare.com.br e polyene.dutra@allcare.com.br.

renata.danesi@allcare.com.br



Cascavel/CE, 12 de março de 2026. charles.lindberg@allcare.com.br



ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA.

CNPJ 11.165.556/0001-54

Nome: Renata Adriana Costa Danesi
Cargo: Superintendente de Licitações
CPF: 288.124.988-41
RG: 3.034.744 SSP/DF

Nome: Charles Lindberg Dantas
Cargo: Diretor de Ressarcimento
CPF: 859.627.671-87
RG: 1.714.327 SSP/DF

SCS Quadra 03, Bloco A, Lote 107/111 Ed. Antônio Alves Pereira de Sousa Asa Sul - Brasília - DF
CEP: 70303-907 | CNPJ 11.165.556/0001-54 | 0800 941 4962 | (61) 4063-8576

D4Sign a0d4ba37-1035-43f9-8678-688d31d9d0ed - Para confirmar as assinaturas acesse <https://secure.d4sign.com.br/verificar>
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2. Brasil



Proposta Allcare - Cascavel CH e RD pdf

Código do documento a0d4ba37-1035-43f9-8678-688d31d9d0ed



Assinaturas



Renata Adriana Costa Danesi
renata.danesi@allcare.com.br
Assinou

Renata Adriana Costa Danesi



CHARLES LINDBERG DANTAS
charles.lindberg@allcare.com.br
Assinou

CHARLES LINDBERG DANTAS

Eventos do documento

12 Mar 2026, 17:32:51

Documento a0d4ba37-1035-43f9-8678-688d31d9d0ed **criado** por POLYENE TOMAZ DUTRA (53b70ca9-2b57-4254-a10f-01f7e72b5cbb), Email:polyene.dutra@allcare.com.br. - DATE_ATOM: 2026-03-12T17:32:51-03:00

12 Mar 2026, 17:34:21

Assinaturas **iniciadas** por POLYENE TOMAZ DUTRA (53b70ca9-2b57-4254-a10f-01f7e72b5cbb), Email:polyene.dutra@allcare.com.br. - DATE_ATOM: 2026-03-12T17:34:21-03:00

12 Mar 2026, 17:35:10

RENATA ADRIANA COSTA DANESI **Assinou** (e11af30a-f705-4c61-b7fe-81272744aec2) - Email:renata.danesi@allcare.com.br - IP: 191.176.72.103 (bfb04867.virtua.com.br porta: 64748) - Documento de identificação informado: 288.124.988-41 - DATE_ATOM: 2026-03-12T17:35:10-03:00

12 Mar 2026, 17:43:49

CHARLES LINDBERG DANTAS **Assinou** (b5fc2876-c612-47bf-95ca-86e390d750a8) - Email:charles.lindberg@allcare.com.br - IP: 83.170.171.4 (83.170.171.4 porta: 11342) - Documento de identificação informado: 859.627.671-87 - **Assinado com EMBED** - Token validado por **email** - DATE_ATOM: 2026-03-12T17:43:49-03:00

Hash do documento original

(SHA256):996cb4a78b4191000ce52d4ab7530ac901ed5ae9e32ecbb32f712d4d1d976c3b

(SHA512):8ffe8602192d38161a51f5710aec87dbb3d6586ad0e149f975b1f8a4fc7b482490fc5f14864efde2329711a27e25c659c258583418a76a1bea7e434c15165f

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima



7 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 12 de March de 2026, 17:46:44



Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e Lei **14.063/2020**.

