

TABELA DE BENEFÍCIOS PRODESP

PLANO MÉDICO	FORNECEDOR NOTREDAME INTERMEDICA (GNDI)
---------------------	--

OBS: Em todos os planos da NOTREDAME haverá coparticipação de 25% do valor da tabela de credenciamento para consultas e exames simples.
Idem para terapias (sessões de psicologia / fonoaudiologia / nutrição / terapia ocupacional) que excederem o nº de sessões cobertas pelo Rol da ANS)

*** TABELA DE PARTICIPAÇÃO DOS TITULARES / DEPENDENTES LEGAIS (CÔNJUGE / COMPANHª / FILHOS / ENTEADOS/MENOR SOB GUARDA)**

FAIXA ETÁRIA		PLANO NOTREDAME Intermédica							
		PLANO ADVANCE 700 (Enfermaria)		PLANO PREMIUM 800 (Apartamento)		PLANO PREMIUM 900 (Apartamento)		PLANO INFINITY 1000 (Apartamento)	
		Valor do Plano	Valor do Benef.	Valor do Plano	Valor do Benef.	Valor do Plano	Valor do Benef.	Valor do Plano	Valor do Benef.
0	18	172,64	0,00	197,34	24,70	224,50	51,86	372,45	199,81
19	23	233,06	0,00	266,40	33,34	303,07	70,01	502,79	269,73
24	28	276,22	0,00	315,73	39,51	359,19	82,97	595,90	319,68
29	33	288,31	0,00	329,55	41,24	374,91	86,60	621,98	333,67
34	38	296,93	0,00	339,41	42,48	386,13	89,20	640,59	343,66
39	43	326,29	0,00	372,96	46,67	424,30	98,01	703,91	377,62
44	48	424,69	0,00	485,44	60,75	552,26	127,57	916,20	491,51
49	53	552,44	0,00	631,46	79,02	718,39	165,95	1.191,81	639,37
54	58	718,17	0,00	820,90	102,73	933,90	215,73	1.549,34	831,17
59	999	1.032,37	0,00	1.180,04	147,67	1.342,48	310,11	2.227,17	1.194,80
Lim. Desc. Sal.Nom. p/ Grupo Fam. =>		0%		4%		8%		Não há	

PLANO ODONTOLÓGICO - (EMPREGADOS LOTADOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO)	FORNECEDOR	VALOR DO BENEFÍCIO	PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS
Plano Especial (Todas especialidades prevista na Lei 9656 + Doc Ortodôntica) - sem cobertura Implantes e manutenção de aparelhos)	HAPVIDA	R\$ 4,42	R\$ 0,00

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	FORNECEDOR	% DE SUBSÍDIO EMPRESA	PARTICIPAÇÃO EMPREGADOS
Medicamento de Cobertura Integral (Doenças Crônicas / de Base)	RAIA DROGASIL	100%	0%
Medicamento de Cobertura Parcial (Episódicos / Medicamentos Coadjuvantes ao tratamento de base)		55%	45%

VALE REFEIÇÃO	FORNECEDOR	VALOR DO BENEFÍCIO	PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO
25 Vales Refeição de R\$ 18,62 cada (Carga Horária 40h)	TRIVALE (BANDEIRA VALE CARD)	TOTAL = R\$ 465,50	De acordo com a Tabela de Faixa Salarial (entre 2,25% a 13,72% do valor total)
25 Vales Refeição de R\$ 13,96 cada (Carga Horária 30h)		TOTAL = R\$ 349,00	

VALE ALIMENTAÇÃO	FORNECEDOR	VALOR DO BENEFÍCIO	PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO
Crédito Mensal no cartão do benefício (dia 1º de cada mês)	VEROCHEQUE	R\$ 81,89	De acordo com a Tabela de Faixa Salarial (entre 16% a 19% do valor total)

SEGURO DE VIDA EM GRUPO	FORNECEDOR	COBERTURA	PARTICIPAÇÃO DOS EMPREGADOS
Empregado	METROPOLITAN	<ul style="list-style-type: none"> Morte natural, invalidez permanente por doença R\$ 24.099,00 Morte acidental ou invalidez por acidente R\$ 48.198,00 	R\$ 0,00
Cônjuge / Companheiro(a)		<ul style="list-style-type: none"> Morte natural R\$ 24.099,00 	

TABELA DE BENEFÍCIOS PRODESP

VALE TRANSPORTE	FORNECEDOR	PARTICIPAÇÃO EMPRESA	PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO
Auxílio para utilização em transporte público na locomoção residência-trabalho e vice e versa, em conformidade com que determina a Legislação específica.	UP's BENEFICIOS	O valor excedente a 6% do Salário Nominal.	Até 6% do Salário Nominal (c/ desconto em folha de pagamento)

RESTAURANTE	FORNECEDOR	CUSTO DA REFEIÇÃO PADRÃO	FORMA DE PAGAMENTO
Prato Padrão (Somente Sede - Taboão da Serra)	PROCESSO LICITATÓRIO		Vale Refeição (Vale Card) / Dinheiro / Cartão Débito ou Crédito
Refeição por Quilo (Somente Sede - Taboão da Serra)			

LANCHONETE	FORNECEDOR	PRODUTOS VENDIDOS	FORMA DE PAGAMENTO
SOMENTE SEDE (Taboão da Serra)	ROMA CAFÉ	Cafés, Lanches em Geral, Sucos, Doces etc..	Vale Refeição (Vale Card) / Dinheiro / Cartão Débito ou Crédito

AUXÍLIO CRECHE	CRIANÇAS C/ IDADE	FORNECEDOR	VALOR MÁXIMO DO REEMBOLSO
Empregado (Homem)	00 a 24 meses	PRODESP	R\$ 481,98
	24 meses e 1 dia a 60 meses		R\$ 421,74
Empregada (Mulher)	Até 7 anos incompletos		R\$ 481,98

CRECHE (CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL - SEDE PRODESP)	CRIANÇAS C/ IDADE	FORNECEDOR	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	CUSTO POR CRIANÇA
Filhos de Empregada (Mulher)	3 meses a 6 anos incompletos	FADELITO	Segunda a Sexta-Feira das 7 h as 18h	R\$ 1.434,09

AUXÍLIO FUNERAL	FORNECEDOR	VALOR MÁXIMO DO REEMBOLSO
Reembolso Despesas c/ Funeral	PRODESP	Valor do Recibo c/ teto = Salário Nominal do Empregado

AUXÍLIO A FILHOS EXCEPCIONAIS	FORNECEDOR	VALOR MÁXIMO DO REEMBOLSO
Filhos de Empregados e Empregadas portadores de necessidades especiais, comprovados por laudo médico. (50% salário nominativo)	PRODESP	R\$ 602,48

AUXÍLIO A BENEFICIÁRIO DE EMPREGADO FALECIDO	FORNECEDOR	COBERTURA
Beneficiário(s): Designado(s) através de Inventário, ou na falta deste, Alvará Judicial para recebimento de verbas rescisórias.	PRODESP	<ul style="list-style-type: none"> • 5 (cinco) salários médios da empresa, para empregados com salário inferior a esse médio. • 5 (cinco) salários do empregado, para os empregados com salário superior a esse médio.