

TABELA SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO

ENTIDADES DE CLASSE

MARANHÃO

SEGURADORA: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

ESTIPULANTE: EXTRAMED ADM. E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

SUBESTIPULANTE:

TABELA VÁLIDA ATÉ: **20/07/2019**

Características do Seguro

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	NACIONAL
PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO SEGURO	Sem Limite
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRICIA
VIGÊNCIA DA APÓLICE	Anual (Setembro)
PRAZO REEMBOLSO	30 DIAS (MÁXIMO)
REMISSÃO DO PAGAMENTO POR MORTE DO TITULAR	Não possui

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

PLANOS	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Reembolso Segurado não Internado									
Valor da USR R\$0,73136									
CONSULTAS MÉDICAS	1,1xTAB(*)	1,1xTAB(*)	1,1xTAB(*)	2,9xTAB(*)	3,4xTAB(*)	5,1xTAB(*)	6,5xTAB(*)	8,0xTAB(*)	11,0xTAB(*)
DIAGNOSE E TERAPIA	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)
Reembolso Segurado Internado									
Valor da USR R\$0,73136									
HONORÁRIOS MÉDICOS	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,2xTAB(*)	2,0xTAB(*)	3,6xTAB(*)	5,3xTAB(*)	4,0xTAB(*)	8,0xTAB(*)	9,5xTAB(*)
DIÁRIAS E DESPESAS HOSPITALARES	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)

TAB(*) - TABELA SUL AMÉRICA SAÚDE

EXEMPLOS DE REEMBOLSO

PLANOS	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA MÉDICA	72,40	72,40	72,40	190,88	223,80	335,69	427,85	526,58	724,05
APENDICECTOMIA	408,10	408,10	816,20	1.360,33	2.448,59	3.604,87	2.720,66	5.441,32	6.461,57
CESÁREA	776,70	776,70	1.553,41	2.589,01	4.660,23	6.860,89	5.178,03	10.356,06	12.297,82
HISTERECTOMIA TOTAL	781,09	781,09	1.562,18	2.603,64	4.686,55	6.899,65	5.207,28	10.414,57	12.367,30
PROSTATA RADICAL	1.500,75	1.500,75	3.001,50	5.002,50	9.004,50	13.256,63	10.005,00	20.010,01	23.761,89
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	2.457,37	2.457,37	4.914,74	8.191,23	14.744,22	21.706,76	16.382,46	32.764,93	38.908,35

Reajustes / Variação de Prêmios por Mudança de Faixa Etária

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FAIXA ETÁRIA	SIM

CARÊNCIAS

CONSULTAS - 15 DIAS	EXAMES - DE 15 A 180 DIAS	INTERNAMENTO / TERAPIAS / DEMAIS PROCEDIMENTOS - 180 DIAS	PARTO A TERMO - 300 DIAS
---------------------	---------------------------	---	--------------------------

Para proponentes que comprovarem permanência em plano equivalente nas congêneres, desde que estejam ativos em plano anterior ou que tenham sido cancelados num prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do início de vigência de adesão ao seguro, haverá análise para redução de carências, conforme tabela de redução de carências da Operadora.

Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) 3 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano anterior; / b) cópia da carteira de identificação do beneficiário com indicação do início de vigência, padrão e plano; c) carta da Operadora congênera comprovando o tempo, nº do produto junto a ANS, abrangência e segmentação.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

Período de Adesão	Início do Seguro	Vencimento da Fatura
1º ao 20º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente.	Dia 30 do mês anterior ao início de vigência.
21º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.	Dia 30 do mês anterior ao início de vigência.

TABELA DE VALORES - SEM COPARTICIPAÇÃO

FAIXAS ETÁRIAS	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	466.057/11-9	476.927/16-9	476.941/16-4	476.937/16-6	476.937/16-6	476.937/16-6	476.934/16-1	476.934/16-1	476.934/16-1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Quarto Coletivo	Quarto Coletivo	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18 anos	373,64	293,79	321,03	426,88	445,92	514,86	854,75	1.025,19	1.122,37
19 a 23 anos	514,57	404,60	442,12	587,90	614,12	709,06	1.177,17	1.411,90	1.545,72
24 a 28 anos	558,93	439,47	480,22	638,58	667,06	770,18	1.278,64	1.533,59	1.678,96
29 a 33 anos	663,23	521,48	569,84	757,74	791,53	913,90	1.517,22	1.819,77	1.992,25
34 a 38 anos	723,59	568,94	621,70	826,69	863,56	997,07	1.655,30	1.985,36	2.173,55
39 a 43 anos	800,93	629,75	688,16	915,05	955,89	1.103,64	1.832,25	2.197,59	2.405,92
44 a 48 anos	915,23	719,63	786,35	1.045,63	1.092,29	1.261,13	2.093,71	2.511,20	2.749,23
49 a 53 anos	1.125,63	885,10	967,13	1.286,02	1.343,41	1.551,07	2.575,06	3.088,53	3.381,28
54 a 58 anos	1.401,53	1.102,00	1.204,16	1.601,22	1.672,67	1.931,24	3.206,20	3.845,52	4.210,03
59 anos ou mais	2.241,67	1.762,59	1.925,99	2.561,08	2.675,35	3.088,93	5.128,17	6.150,73	6.733,74

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2019 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

TABELA DE VALORES - COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXAS ETÁRIAS	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	476.942/16-2	476.939/16-2	476.936/16-8	476.936/16-8	476.936/16-8	476.932/16-5	476.932/16-5	476.932/16-5
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Quarto Coletivo	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18 anos	249,71	272,88	362,85	379,03	437,63	726,53	871,41	954,01
19 a 23 anos	343,91	375,82	499,72	522,00	602,70	1.000,59	1.200,11	1.313,85
24 a 28 anos	373,55	408,21	542,80	566,99	654,65	1.086,84	1.303,54	1.427,10
29 a 33 anos	443,26	484,38	644,08	672,79	776,81	1.289,65	1.546,78	1.693,40
34 a 38 anos	483,60	528,45	702,70	734,01	847,50	1.407,02	1.687,54	1.847,50
39 a 43 anos	535,28	584,95	777,81	812,49	938,10	1.557,43	1.867,94	2.045,00
44 a 48 anos	611,67	668,41	888,81	928,43	1.071,96	1.779,67	2.134,50	2.336,82
49 a 53 anos	752,29	822,08	1.093,14	1.141,88	1.318,42	2.188,83	2.625,21	2.874,06
54 a 58 anos	936,69	1.023,59	1.361,06	1.421,77	1.641,57	2.725,32	3.268,64	3.578,49
59 anos ou mais	1.498,18	1.637,18	2.176,95	2.274,06	2.625,60	4.358,99	5.228,04	5.723,61

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2019 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PLANOS	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA ELETIVA	25,00	25,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
PS	50,00	50,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
EXAMES SIMPLES	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
EXAMES COMPLEXOS	25,00	25,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
FISIOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
FONOAUDILOGIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
DEMAIS PROCEDIMENTOS	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
PSICOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
INTERNACÕES	250,00	250,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

BANCOS CADASTRADOS PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

BANCO DO BRASIL	BRADESCO	ITAÚ	SANTANDER	CAIXA ECONÔMICA
-----------------	----------	------	-----------	-----------------

Somente serão aceitos os associados que tenham vínculo formal com o Subestipulante e seus cônjuges e filhos.

IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADEÇÃO.

PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA. A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.

Rua Des. Clotário Portugal, 243 - CEP 80410-220 - Curitiba - Paraná - Fone: 4007 2270 - 0800 000 2270 - contrateagora@extramed.com.br
www.extramed.com.br

Rede Referenciada - Exemplo de Prestadores

Cidade	Prestador	TIPO DE ATENDIMENTO	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
MARANHÃO							
CAXIAS	CASA DE SAUDE DE CAXIAS	HOSPITAL (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
IMPERATRIZ	HOSPITAL DAS CLINICAS	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLINICA RICARDO XAVIER	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LABORACIN	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LABORATORIO CORTEZ MOREIRA LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	ONCORADIUM	ONCOLOGIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
RAPOSA	INCONS	HOSPITAL (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
SAO LUIS	CENTRO DE OLHOS DE SAO LUIS	HOSPITAL (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CENTRO MEDICO MARANHENSE SA	HOSPITAL E P.S (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLIN SAO MARCOS LTDA	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLINICA SAO JOSE	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA	HOSPITAL E P.S (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	POLICLINICA IBIRAPUERA LTDA	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CARDIOMED	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CEGINE COHAB	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CENTRO DE ATENDIMENTO UROLOGICO	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLIN DO CORACAO E CARDIO PREVENTIVA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLIN MARANHENSE LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLINICA DA MULHER	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLINICA DA VISAO	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLINICA DO CALHAU	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLINICA RHINUS	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CT TRAUMA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CTR DIAGNOSTICO POR IMAGEM	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	DERMACARE	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	DIAGNOSE IMAGEM	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	GASTROCENTRO	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	IMMA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	INLAB	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	INST DE OTORRINOL DRA PATRICIA PRAZ	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	INST DE RADIOLOGIA SAO LUIS	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	INSTITUTO MARANHENSE DO RIM LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LAB CEDRO LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LAB DE PESQ PATOLOGICAS LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LABORATORIO GASPAR	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LABORATORIO GEMMA GALGANI	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	NEURO IMAGENS LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	RESPIRARE	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	SOS TRAUMA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
UROMAR INST UROLOGIA DO MARANHAO	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
SÃO PAULO							
SÃO PAULO	HOSP ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	HOSPITAL, MAT. e P.S (*)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
	HOSPITAL SIRIO LIBANES	HOSPITAL e P.S (*)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

*Poderá haver prestadores de serviços médicos e especialidades médicas não credenciadas.

O beneficiário deverá consultar diretamente no site da operadora as especialidades credenciadas - www.sulamerica.com.br

A Seguradora pode alterar a Rede Referenciada conforme normas da ANS.

A RELAÇÃO APRESENTADA NÃO É UMA INDICAÇÃO DA OPERADORA/ADMINISTRADORA. PARA CONSULTAR A REDE REFERENCIADA CADASTRADA, DE ACORDO COM O PLANO A SER CONTRATADO, CONSULTE O PORTAL DA OPERADORA.

Documentação Necessária para Implantação

Titular	Cônjuge ou Companheiro	Filhos Solteiros	Filhos Inválidos	Enteados	Menor sob Guarda
Cópia CNH, Holerite, Comprovante de residência, Cópia da ficha associativa e declaração que comprove que esta ativo junto a entidade	Cópia da CNH ou do RG e CPF e Certidão de Casamento ou Escritura Pública (Instrumento Legal) ou Declaração de União Estável (padrão SulAmerica).	Certidão de nascimento (obrigatória para filhos nascidos a partir de 2010), Cópia do RG e CPF.	Certidão de invalidez emitida pelo INSS, Cópia RG e CPF.	Certidão de nascimento (obrigatória para filhos nascidos a partir de 2010), Cópia do RG e CPF, Comprovação de vínculo financeiro com o titular e certidão de casamento ou união estável.	Certidão de Nascimento (obrigatória para filhos nascidos a partir de 2010) ou cópia do RG e CPF, cópia da tutela ou termo de guarda.

Corretor/Consultor	Contato:
--------------------	----------

Somente serão aceitos os associados que tenham vínculo formal com o Substituído e seus cônjuges e filhos .

IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADEÇÃO.

PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA.

A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.

Rua Des. Clotário Portugal, 243 - CEP 80410-220 - Curitiba - Paraná - Fone: 4007 2270 - 0800 000 2270 - contrateagora@extramed.com.br
www.extramed.com.br