

ANS - nº 00624-6

MATERIAL DE APOIO AO CORRETOR MARANHÃO

Desde 2001 no mercado, a **Extramed Administradora de Benefícios** se especializou em buscar os melhores formatos de Planos Coletivos por Adesão para que você, CORRETOR, tenha a facilidade na comercialização destes produtos.



ATENÇÃO!

A EXTRAMED POSSUI OS MEHORES PLANOS ODONTOLÓGICOS COM CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA FACILITAR NA COMERCIALIZAÇÃO, SAIBA MAIS!

APOIO AO CORRETOR

41 99821.0126 (WhatsApp)

SulAmérica
Odonto

ANS - nº 00624-6

DENTALUNI
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

ANS - nº 30448-4

MetLife

ANS - nº 40648-1



OdontoPrev

ANS Nº 30194-9



CARACTERÍSTICAS DO PLANO

SEGMENTAÇÃO DO PLANO	COLETIVO POR ADEÇÃO
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	NACIONAL
PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO PLANO	SEM LIMITE DE IDADE DESDE QUE O TITULAR ESTEJA VIGENTE
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
VIGÊNCIA DA APÓLICE	ANUAL (SETEMBRO)
PRAZO REEMBOLSO	30 DIAS (MÁXIMO)



EXEMPLOS DE REEMBOLSO*

PLANOS	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA MÉDICA	80,50	80,50	212,22	248,81	373,21	475,67	585,43	804,97
APENDICECTOMIA	453,71	907,42	1.512,37	2.722,27	4.007,79	3.024,75	6.049,49	7.183,77
CESÁREA	863,52	1.727,03	2.878,39	5.181,10	7.627,73	5.756,78	11.513,55	13.672,34
HISTERECTOMIA TOTAL	868,40	1.736,79	2.894,65	5.210,37	7.670,82	5.789,30	11.578,60	13.749,59
PRÓSTATA RADICAL	1.668,49	3.336,98	5.561,63	10.010,94	14.738,32	11.123,26	22.246,53	26.417,75
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	2.732,03	5.464,06	9.106,76	16.392,18	24.132,93	18.213,53	36.427,06	43.257,13

*LIMITADO AO VALOR DO RECIBO - VALORES EM REAIS (R\$).

REAJUSTES E/OU VARIAÇÃO DE PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE DE MESTRA DA EXTRAMED
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA OPERADORA
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 em um 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:

- 3 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano anterior;
- Cópia de carteira de identificação do beneficiário com indicação do início da vigência, padrão e plano;
- Carta da Operadora congênere 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. CPT (Cobertura Parcial Temporária) não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.



TABELA DE VALORES



SEM COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	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	COLETIVO	COLETIVO	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL
00 a 18 anos	500,19	393,30	429,77	571,47	596,97	689,26	1.144,28	1.372,44	1.502,54
19 a 23 anos	688,86	541,64	591,88	787,03	822,13	949,23	1.575,89	1.890,14	2.069,28
24 a 28 anos	748,26	588,33	642,88	854,88	893,00	1.031,06	1.711,74	2.053,05	2.247,65
29 a 33 anos	887,87	698,12	762,85	1.014,40	1.059,64	1.223,45	2.031,14	2.436,16	2.667,06
34 a 38 anos	968,67	761,66	832,28	1.106,71	1.156,07	1.334,80	2.215,98	2.657,83	2.909,77
39 a 43 anos	1.072,22	843,06	921,25	1.225,00	1.279,66	1.477,46	2.452,87	2.941,95	3.220,85
44 a 48 anos	1.225,24	963,38	1.052,70	1.399,81	1.462,27	1.688,30	2.802,89	3.361,79	3.680,45
49 a 53 anos	1.506,89	1.184,90	1.294,72	1.721,63	1.798,45	2.076,45	3.447,29	4.134,66	4.526,58
54 a 58 anos	1.876,25	1.475,26	1.612,04	2.143,58	2.239,23	2.585,39	4.292,20	5.148,07	5.636,04
59 anos ou mais	3.000,97	2.359,61	2.578,36	3.428,56	3.581,53	4.135,21	6.865,18	8.234,10	9.014,58

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS CONTRATUALMENTE EM 01/09/2022 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL. VALORES EM REAIS (R\$).



COM COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	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	COLETIVO	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL
00 a 18 anos	334,29	365,31	485,76	507,41	585,87	972,62	1.166,57	1.277,14
19 a 23 anos	460,40	503,11	668,98	698,81	806,84	1.339,50	1.606,61	1.758,88
24 a 28 anos	500,07	546,48	726,66	759,04	876,40	1.454,97	1.745,08	1.910,48
29 a 33 anos	593,40	648,46	862,24	900,68	1.039,93	1.726,48	2.070,70	2.266,98
34 a 38 anos	647,40	707,44	940,72	982,64	1.134,57	1.883,60	2.259,14	2.473,29
39 a 43 anos	716,59	783,08	1.041,26	1.087,69	1.255,85	2.084,96	2.500,65	2.737,68
44 a 48 anos	818,85	894,81	1.189,86	1.242,91	1.435,05	2.382,48	2.857,49	3.128,35
49 a 53 anos	1.007,11	1.100,53	1.463,41	1.528,65	1.764,99	2.930,22	3.514,42	3.847,56
54 a 58 anos	1.253,97	1.370,29	1.822,08	1.903,35	2.197,61	3.648,44	4.375,79	4.790,59
59 anos ou mais	2.005,64	2.191,73	2.914,32	3.044,33	3.514,95	5.835,46	6.998,87	7.662,31

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS CONTRATUALMENTE EM 01/09/2022 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL. VALORES EM REAIS (R\$).



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
FONOAUDIOLOGIA	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
INTERNAÇÕES	250,00	250,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

VALORES EM REAIS (R\$).

PERÍODO DE ADESÃO

1º ao 20º dia

21º ao 30º dia

INÍCIO DO SEGURO

A partir do 1º dia do mês subsequente

A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

VENCIMENTO DA FATURA

Dia 30 do mês anterior ao início de vigência

Dia 30 do mês anterior ao início de vigência



FORMAS DE PAGAMENTO

- **BOLETO** vencimento todo dia 30
- **DÉBITO** em conta corrente - vencimento todo dia 05

BANCO DO BRASIL

BRABESCO

ITAÚ

SANTANDER

CAIXA ECONÔMICA

TABELA DE PRESTADORES - MARANHÃO

Cidade	Prestador	Tipo de Atendimento	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
CAXIAS	CASA DE SAÚDE DE CAXIAS	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
IMPERATRIZ	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLÍNICA RICARDO XAVIER	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	LABORACIN	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	LABORATÓRIO CORTEZ MOREIRA LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	ONCORADIUM	ONCOLOGIA	✓	✓	✓	✓	✓
RAPOSA	INCONS	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
SÃO LUÍS	CENTRO DE OLHOS DE SÃO LUIS	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CENTRO MEDICO MARANHENSE SA	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLIN SÃO MARCOS LTDA	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLINICA SÃO JOSÉ	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL SÃO DOMINGOS LTDA	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	POLICLÍNICA IBIRAPUERA LTDA	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CARDIOMED	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CEGINE COHAB	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CENTRO DE ATENDIMENTO UROLÓGICO	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CLIN DO CORAÇÃO E CARDIO PREVENTIVA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CLIN MARANHENSE LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CLÍNICA DA MULHER	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL UDI	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLÍNICA DO CALHAU	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CLÍNICA RHINUS	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CT TRAUMA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CTR DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	DERMACARE	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	DIAGNOSE IMAGEM	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	GASTROCENTRO	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	IMMA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	INLAB	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	INST DE OTORRINOL DRA PATRÍCIA PRAZ	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	INST DE RADIOLOGIA SÃO LUÍS	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	INSTITUTO MARANHENSE DO RIM LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	LAB DE PESQ PATOLOGICAS LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	LABORATÓRIO GEMMA GALGANI	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	NEURO IMAGENS LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	RESPIRARE	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	SOS TRAUMA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	UROMAR INST UROLOGIA DO MARANHÃO	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
SÃO PAULO	HOSP ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	HOSPITAL, MAT. e P.S (*)	X	X	X	X	✓
	HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS	HOSPITAL e P.S (*)	X	X	X	X	✓
LEGENDA:			✓	PRESTADOR CREDENCIADO			
			X	PRESTADOR NÃO CREDENCIADO			

*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 OPERADORA PODERÁ 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

Cópia CNH, holerite, comprovante de residência, cópia da ficha associativa e declaração que comprove que está ativo junto a entidade.

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

Cópia da CNH ou do RG e CPF e certidão de casamento ou escritura pública (Instrumento Legal) ou declaração de união estável (padrão SulAmérica).

SOMENTE SERÃO ACEITOS OS ASSOCIADOS QUE TENHAM VÍNCULO FORMAL COM O SUBESTIPULANTE E SEUS CÔNJUGES E FILHOS.

FILHOS SOLTEIROS

Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010 deverá constar a DNV – Declaração de Nascido Vivo), cópia do RG e CPF.

FILHOS INVÁLIDOS

Certidão de invalidez emitida pelo INSS, cópia RG e CPF.

ENTEADOS

Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010 deverá constar a DNV – Declaração de Nascido Vivo), cópia do RG e CPF, comprovação de vínculo financeiro com o titular e certidão de casamento ou união estável.

MEIOR SOB GUARDA

Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010 deverá constar a DNV – Declaração de Nascido Vivo) ou cópia do RG e CPF, cópia da tutela ou termo de guarda.

IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADESÃO, 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

ATENDIMENTO AO CORRETOR

4007 2270

(Capitais e Região Metropolitana)

0800 000 2270

(Demais Regiões)

41 998210126

apoioaocorretor@extramed.com.br

www.extramed.com.br



ANS - nº 41420-4