

### APRESENTAÇÃO

A Medial aperfeiçoou sua linha de produtos para oferecer ainda mais vantagens a seus beneficiários.

A Nova linha de produtos contempla **(Individual e Familiar Só Podem Ser Comercializados na Região Metropolitana de São Paulo)**:

\* **Linha Proteção:** Essencial e Ideal **(Plano Ideal Somente no PME)**.

\* **Linha Conforto:** Class, Premium e Platinum.

\* **Plano Odontológico:** Medial Odonto **(Somente PME)**.

Em todos eles, o beneficiário conta com uma cobertura abrangente e várias opções de atendimento, tanto na Rede Preferencial quanto na Rede Credenciada. Nos Planos da Linha Conforto, o beneficiário tem direito a Reembolso em Consultas e Serviços Fora da Rede Preferencial e Credenciada da Medial. **TAXA DE INSCRIÇÃO DE R\$ 15,00 POR CONTRATO.**

### TABELA DE PREÇOS (CUSTOS POR VIDA) - PLANO INDIVIDUAL (EM R\$)

Faixas Etárias	Essencial 220/E	Essencial 240/E	Essencial 240/A	Essencial 260/A	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
00 à 18	64,58	80,74	90,42	99,46	99,17	120,14	150,58	208,12	470,93
19 à 23	64,58	80,74	90,42	99,46	123,96	150,18	188,23	260,15	588,66
24 à 28	90,41	113,04	126,59	139,24	138,84	168,20	210,82	291,37	659,30
29 à 33	90,41	113,04	126,59	139,24	153,71	186,21	233,40	322,58	729,91
34 à 38	96,87	121,11	135,63	149,18	168,59	204,24	255,99	353,81	800,57
39 à 43	96,87	121,11	135,63	149,18	183,46	222,25	278,57	385,02	871,18
44 à 48	158,22	197,81	221,52	243,66	243,66	294,33	368,91	509,88	1.153,70
49 à 53	226,03	282,59	316,46	348,09	320,20	387,90	486,19	671,97	1.520,46
54 à 58	290,61	363,33	406,87	447,54	446,26	540,62	677,60	936,52	2.119,07
59 ou +	387,35	484,28	542,32	596,53	595,00	720,81	903,44	1.248,66	2.825,36

### TABELA DE PREÇOS (CUSTOS POR VIDA) - PLANO FAMILIAR / GRUPO I 01 TITULAR + 01 BENEFICIÁRIO - 5%

Faixas Etárias	Essencial 220/E	Essencial 240/E	Essencial 240/A	Essencial 260/A	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
00 à 18	61,35	76,70	85,90	94,49	94,21	114,13	143,05	197,71	447,38
19 à 23	61,35	76,70	85,90	94,49	117,76	142,66	178,81	247,14	559,23
24 à 28	85,89	107,38	120,26	132,29	131,89	159,78	200,27	276,80	626,34
29 à 33	85,89	107,38	120,26	132,29	146,02	176,89	221,72	306,45	693,42
34 à 38	92,02	115,05	128,85	141,74	160,15	194,01	243,18	336,11	760,54
39 à 43	92,02	115,05	128,85	141,74	174,28	211,12	264,63	365,75	827,62
44 à 48	150,30	187,91	210,45	231,50	230,80	279,59	350,45	484,36	1.096,02
49 à 53	214,72	268,45	300,65	330,72	304,17	368,47	461,86	638,34	1.444,44
54 à 58	276,07	345,15	386,55	425,21	423,92	513,54	643,69	889,65	2.013,12
59 ou +	367,97	460,05	515,23	566,76	565,21	684,70	858,23	1.186,17	2.684,09

### TABELA DE PREÇOS (CUSTOS POR VIDA) - PLANO FAMILIAR / GRUPO II 01 TITULAR + 02 BENEFICIÁRIO - 10%

Faixas Etárias	Essencial 220/E	Essencial 240/E	Essencial 240/A	Essencial 260/A	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
00 à 18	58,12	72,67	81,38	89,51	89,25	108,13	135,52	187,31	423,84
19 à 23	58,12	72,67	81,38	89,51	111,56	135,16	169,40	234,14	529,80
24 à 28	81,37	101,74	113,93	125,31	124,95	151,38	189,73	262,24	593,38
29 à 33	81,37	101,74	113,93	125,31	138,33	167,59	210,05	290,33	656,93
34 à 38	87,18	109,00	122,06	134,26	151,72	183,81	230,38	318,43	720,52
39 à 43	87,18	109,00	122,06	134,26	165,10	200,02	250,70	346,52	784,07
44 à 48	142,39	178,03	199,36	219,29	218,64	264,89	332,00	458,90	1.038,34
49 à 53	203,42	254,33	284,81	313,28	288,15	349,10	437,54	604,78	1.368,43
54 à 58	261,54	326,99	366,18	402,78	401,59	486,54	609,80	842,88	1.907,18
59 ou +	348,61	435,84	488,08	536,87	535,44	648,70	813,05	1.123,81	2.542,84

### TABELA DE PREÇOS (CUSTOS POR VIDA) - PLANO FAMILIAR / GRUPO III 01 TITULAR + 03 BENEFICIÁRIOS - 15%

Faixas Etárias	Essencial 220/E	Essencial 240/E	Essencial 240/A	Essencial 260/A	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
00 à 18	54,89	68,63	76,86	84,54	84,29	102,12	127,99	176,90	400,29
19 à 23	54,89	68,63	76,86	84,54	105,36	127,65	159,99	221,13	500,36
24 à 28	76,85	96,08	107,60	118,36	118,00	142,97	179,19	247,67	560,40
29 à 33	76,85	96,08	107,60	118,36	130,64	158,28	198,38	274,20	620,42
34 à 38	82,34	102,94	115,28	126,81	143,29	173,60	217,58	300,74	680,48
39 à 43	82,34	102,94	115,28	126,81	155,93	188,91	236,77	327,27	740,50
44 à 48	134,49	168,13	188,29	207,12	206,50	250,17	313,55	433,40	980,64
49 à 53	192,13	240,19	268,99	295,89	272,15	329,70	413,23	571,18	1.292,39
54 à 58	247,02	308,81	345,84	380,43	379,30	459,50	575,92	796,05	1.801,20
59 ou +	329,25	411,61	460,97	507,08	505,72	612,65	767,87	1.061,37	2.401,54

**Beneficiário é aquele incluído no mesmo plano do Titular.**

**ABRANGÊNCIA / ACOMODAÇÃO**

**LINHA PROTEÇÃO**

Planos	Atendimentos Eletivos	Atendimentos de Urgência e/ou Emergência	Acomodação	Contratação	Plano Odontológico
Essencial 220/E	Grupos de Municípios da RMSP*	Nacional	Enfermaria	PI, PME e PE	Opcional PME / PE
Essencial 240/E	Grupos de Municípios da RMSP*	Nacional	Enfermaria	PI, PME e PE	Opcional PME / PE
Essencial 240/A	Grupos de Municípios da RMSP*	Nacional	Apartamento	PI, PME e PE	Opcional PME / PE
Essencial 260/A	Grupos de Municípios da RMSP*	Nacional	Apartamento	PI, PME e PE	Opcional PME / PE
Ideal 420/E	Grupo de Municípios do Estado de SP	Nacional	Enfermaria	PME e PE	Incluso - PME Opcional PE
Ideal 420/A	Grupo de Municípios do Estado de SP	Nacional	Apartamento	PME e PE	Incluso - PME Opcional PE

**LINHA CONFORTO**

Planos	Atendimentos Eletivos	Atendimentos de Urgência e/ou Emergência	Acomodação	Contratação	Plano Odontológico
Class 620/E	Nacional	Nacional	Enfermaria	PI, PME e PE	Incluso - PME Opcional PE
Class 620/A	Nacional	Nacional	Apartamento	PI, PME e PE	Incluso - PME Opcional PE
Class 640/A	Nacional	Nacional	Apartamento	PI, PME e PE	Incluso - PME Opcional PE
Premium 840/A	Nacional	Nacional	Apartamento	PI, PME e PE	Incluso - PME Opcional PE
Platinum 880/A	Nacional	Nacional	Apartamento	PI, PME e PE	Incluso - PME Opcional PE

\* Região Metropolitana de São Paulo

PI = Plano Individual / Pessoa Física

PME = Pequena e Micro Empresa

PE = Plano Empresarial

**TABELA DE MÚLTIPLO DE REEMBOLSO**

Para o cálculo de reembolso, válido a partir da Linha de Produtos Conforto - Plano Class 620/E, a Medial toma como base a TMS IV (Tabela Medial Saúde IV), que possui múltiplos de reembolso diferentes da opção de plano escolhido.

A partir da Linha de Produtos Conforto - Plano Class 620/E, o beneficiário já pode contar com o sistema de reembolso das despesas tanto com atendimentos eletivos quanto de urgência e/ou emergência. Tendo como base de cálculo a TMS IV, segue abaixo a Tabela de Exemplos de Reembolsos, tanto para plano PI, PME e PE.

Tipo de Cobertura para Reembolso	Class 620/E Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
Consultas Médicas	R\$ 48,00	R\$ 48,00	R\$ 96,00	R\$ 240,00
Eletrocardiograma	R\$ 27,00	R\$ 27,00	R\$ 41,00	R\$ 81,00
Endoscopia Digestiva	R\$ 144,00	R\$ 144,00	R\$ 216,00	R\$ 432,00
Hemograma Completo	R\$ 18,00	R\$ 18,00	R\$ 27,00	R\$ 54,00
Ressonância Magnética do Crânio	R\$ 1.080,00	R\$ 1.080,00	R\$ 1.620,00	R\$ 3.240,00
Tomografia de Crânio	R\$ 447,00	R\$ 447,00	R\$ 671,00	R\$ 1.341,00
Ultra-Som Obstétrico	R\$ 84,00	R\$ 84,00	R\$ 126,00	R\$ 252,00
Ultra-Som Pélvico	R\$ 63,00	R\$ 63,00	R\$ 95,00	R\$ 189,00

**DESTAQUES DO PRODUTO**

\* A Medial é uma das maiores Operadora de Saúde do país. Com mais de 40 Anos de Tradição e Solidez, possui uma excelente Rede de Atendimento com Cobertura Nacional.

\* O beneficiário conta com a Tranquilidade e Segurança de uma Central de Serviços ao Cliente 24 Horas.

\* Produtos com opção de livre escolha (reembolso)\*

\* Planos Individual e Familiar sem necessidade de comprovação de vínculo entre o responsável e o beneficiário titular.

\* A Medial Possui uma das mais completas estruturas próprias do país. São 10 Hospitais e 43 Centros Médicos e, além disso, possui a Rede Total de Laboratórios, a mais nova empresa de análises e diagnósticas por imagem. Com conjunto mais completo de exames, oferece as mais modernas técnicas de diagnósticos disponíveis no mercado, com foco na agilidade dos serviços, no conforto das instalações e no cuidado com as pessoas. Conta com uma estrutura de 48 locais de atendimento distribuídos pela região metropolitana de São Paulo. Os investimentos nos recursos próprios são constantes, como forma de elevar os padrões de atendimento dos seus beneficiários e zelar pela saúde financeira de suas empresas clientes.

**OPCIONAIS**

**Vida Tranquila (R\$ 6,50 por Mes / Beneficiário):** \* Coleta Laboratorial Domiciliar / \* Atendimento Médico Domiciliar / \* Orientação Médica Telefônica / \* Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência e/ou Emergência.

Reg. ANS.: 302872

### TABELA DE CARÊNCIAS CONTRATUAIS

Carência é o período no qual o beneficiário titular e seus dependentes, mesmo que em dia com o pagamento do plano de saúde, não terão direito a determinadas coberturas. Salvo os casos de redução de carências decorrentes da política comercial vigente, o beneficiário titular e seus dependentes deverão cumprir os prazos de carência abaixo indicados.

Alíneas	Prazos	Coberturas
<b>A</b>	<b>24 Horas</b>	* Acidentes Pessoais. * Urgência e/ou Emergência e Intercorrências da Gravidez, na forma da Resolução 13 do CONSU.
<b>B</b>	<b>30 Dias</b>	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: * Consultas Médicas Eletivas. * Exames Realizados em Regime Ambulatorial: Análises Clínicas, Citopatologia e Anatomia Patológica, Eletrocardiograma e Eletroencefalograma Simples, Exames Radiológicos Simples (Não Contrastados), Colposcopia e Colpocitologia Oncológica (Papanicolau), Testes e Provas Alérgicas.
<b>C</b>	<b>90 Dias</b>	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire direito a: * Exames e Procedimentos Realizados em Regime Ambulatorial: Exames Simples em Oftalmologia (Mobilidade ocular, Fundoscopia, Tonometria de Aplanção e Mapeamento de Retina), Exames Simples em Otorrinolaringologia (Ex.: Audiometria), Fonoaudiologia (40 Sessões por Ano), Terapia Ocupacional (06 Sessões por Ano), Consulta Nutricionista (06 Sessões por Ano), Fisioterapia Ambulatorial, <b>Mamografia*</b> , Provas de Função Respiratória, Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Simples e Com Doppler, Densitometria Óssea, Densitometria Óssea, Ultra-Sonografias Simples, Infiltrações e Punções Articulares, Tilt Tests, <b>Exames em Genética (Ex.: Citogenética Bioquímica Molecular)*</b> , Biópsias, Procedimentos em Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, e Traumatologia, Endoscopias Digestivas Alta e Baixa, Nasofibrosopia.
<b>D</b>	<b>180 Dias</b>	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire direito a: * Radioimunoensaio, Exames de Neurofisiologia, Ecocardiograma Simples e Com Doppler, Exames em Angiologia Com Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultra-Sônica, Exames Especiais em Oftalmologia, Exames Especiais em Otorrinolaringologia, Monitorização da Pressão Arterial - MAPA, Provas Urodinâmicas, Angiografias e Arteriografias, Artroscopias, Tococardiografia, Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diganósticas e Imunocintilografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radioisótopos e Cintilografia, Mielografias, <b>Radiologia Intervencionista*</b> , <b>Radiologia Digital*</b> , Procedimentos de Biópsias Dirigidas por Tomografia, Ultra-Sonografias ou Ressonância Magnética, Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, Histeroscopia Diagnóstica, Videolaparoscopias Diagnósticas, Litotripsias, <b>Inserção de Dispositivo Intra-Uterino (DIU)*</b> , <b>Mamotomia*</b> , Endoscopia Respiratória e Urológica.
<b>E</b>	<b>180 Dias</b>	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire direito a: * Procedimentos de Hemodinâmica e Angioplastias, Procedimentos de Radioterapias, Quimioterapias, Diálise e Hemodiálise em Pacientes Crônicos, Internações Clínicas em Pediatria e Clínica Geral, Exceto as Constantes da Alínea F Abaixo, Internações Cirúrgicas, Inclusive em Hospital-Dia, Exceto as Constantes da Alínea F Abaixo.
<b>F</b>	<b>180 Dias</b>	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire direito a: * Internações Clínicas Decorrentes de Doenças Infectocontagiosas, Inclusive AIDS e suas Consequências, Procedimentos e Internações, Clínicas e Cirúrgicas, Relacionadas Com Transplantes de Rim e Córnea e Implantes, Transplante Autólogo de Medula Óssea, Internações Clínicas para Tratamento de Doenças Crônicas, Internações e Tratamentos Ambulatoriais em Casos de Psiquiatria e Dependência Química, Assim como Tratamento Psicoterápico de Crise em Psiquiatria (12 Sessões por Ano), Psicoterapia de Apoio (12 Sessões por Ano).
<b>G</b>	<b>300 Dias</b>	Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire direito a: * Internação para Parto a Termo.

**\* A Cobertura Será Feita de Acordo com as Diretrizes Definidas pela ANS.**

**Em caso de Declaração Positiva de Doença(s) e/ou Lesão(ões) Pré-Existente(s) Poderá ser Aplicada a Cobertura Parcial Temporária de 24 (Vinte e Quatro) Meses ou, a Pedido do(s) Beneficiário(s), a Medial Saúde Poderá Estudar a Possibilidade de Ofertar Agravo (Acréscimo Pecuniário) ao Valor da Taxa Mensal de Manutenção, pelo Período de 24 (Vinte e Quatro) Meses em Contraprestação pelo Atendimento Imediato de Doença(s) ou Lesão(ões) Pré-Existente(s), Respeitadas as Carências das Alíneas "A" e "G".**

### REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

**Haverá Redução de Carências Desde Que:**

- \* A Segmentação do Plano Anterior Seja Similar aos Planos da Linha Proteção e Linha Conforto, ou seja, Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia.
- \* O Beneficiário Tenha Permanecido no Mínimo 06 Meses em Plano Anterior (Individual ou Empresarial).
- \* A Data de Vencimento da Última Mensalidade Paga do Plano Anterior (Individual ou do Desligamento do Outro Plano (Empresarial) Não Seja Superior a 60 Dias.

**Não Haverá Redução de Carências:**

- \* Para Parto a Termo e Doenças e/ou Lesões Pré-Existentes.
- \* Para Beneficiários Oriundos de Planos Não Regulamentados, ou seja, Adquiridos Antes de 01/01/1999. Os Mesmos Deverão Cumprir Obrigatoriamente Todas as Carências e Com Idade Superior a 59 Anos, 11 Meses e 29 Dias.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

#### Beneficiário Oriundo de Plano Pessoa Física / Individual:

\* Cópia da Carteira de Identificação do Beneficiário ou Cópia da Apólice / Proposta do Plano de Saúde que Comprove a Data da Adesão, o Tipo de Acomodação e Segmentação.

\* 03 (Três) Últimos Comprovantes / Boletos de Pagamento (Quitados), sendo a Data da Última Mensalidade Paga Não Superior a 60 Dias da Data da Assinatura do Novo Plano Contratado.

#### Beneficiário Oriundo de Plano Pessoa Jurídica:

\* Cópia da Carteira de Identificação do Beneficiário + 03 (Três) Últimos Comprovantes de Pagamentos.

\* Carta da Operadora Anterior com Informações sobre o Plano, Vigência e Validade de cada Beneficiário.

\* Carta da Empresa em Papel Timbrado, Com Carimbo do CNPJ e Assinatura do Emitente Contendo as Seguintes Informações: Local e Data, Nome da Operadora Anterior, Tipo de Acomodação, Segmentação, Data de Adesão ao Plano e Data de Exclusão dos Beneficiários no Plano.

**Se o Padrão de Acomodação do Novo Plano for Superior ao Anterior Haverá Redução, porém o Beneficiário Terá que Cumprir 180 (Cento e Oitenta) Dias de Carências para a Nova Acomodação.**

### REGRAS E TABELAS DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

As carências Contratuais serão Reduzidas de Acordo com a Tabela de Redução e Regras Citadas Abaixo:

Alíneas	Carências Contratuais	Prazos em Dias / Alíneas		
		Tabela 1	Tabela 2	Tabela 3
A	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas
B	30 Dias	30 Dias	30 Dias	30 Dias
C	90 Dias	30 Dias	30 Dias	60 Dias
D	180 Dias	30 Dias	30 Dias	60 Dias
E	180 Dias	30 Dias	90 Dias	120 Dias
F	180 Dias	30 Dias	120 Dias	180 Dias
G	300 Dias	300 Dias	300 Dias	300 Dias

**Para os beneficiários da Linha de Produtos Proteção, Utilizar a Tabela 2 do Quadro de Redução de Carências Acima.**

### GRUPO DE CONGÊNERES

Para os beneficiários da Linha Conforto, a Redução de se dará de acordo com a Tabela 1, Tabela 2 e Tabela 3 do Quadro de Redução de Carências acima, e de acordo com o Tempo de Plano Anterior, Grupo e Lista de Congêneres da Tabela Abaixo:

Tempo Coberto	Grupos de Congêneres		Lista de Congêneres	
	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
Maior que 06 Meses e Menor que 12 Meses	Tabela 2	Tabela 3	AGF Brasil, AIG, Amil, Auto Gestões, Blue Life, Bradesco, Care Plus, Cigna, Dix Health, Golden Cross, HSBC, Lincx, Marítima, Mediservice, Notredame, Omint, Porto Seguro, Sul América, Unibanco, Unimed Paulistana.	Aviccena, Avimed, Classes Laboriosas, Cruz Azul, Dix Saúde, Green Line, Hospital São Luiz, Indmed, Interclínicas, Intermédica, Intermedice, Itálica, Jardins, Life System, Lúmina, Medcard, Medical, Metrópole, Nossa Senhora de Lourdes, Ômega, Royal, Samcil, Santa Amália, Santa Helena, São Camilo, São Cristóvão, Saúde ABC, Saúde SP, Servital, SL Oswaldo Cruz, Seisa, SIM, Trasmontano, Unihosp, Universo Saúde, Vasco da Gama e Vip System.
Maior que 12 Meses e Menor que 24 Meses	Tabela 1	Tabela 2		
Maior que 24 Meses		Tabela 1		

### RESUMO DE REDE PREFERENCIAL E CREDENCIADA

#### ESSENCIAL 220

Zona Sul	Zona Norte	Zona Leste	Zona Oeste
Hosp. Alvorada Chácara Flora, Hosp. Dom Antônio de Alvarenga Clínica Infantil do Ipiranga, Hosp. e Mat. Alvorada Sto. Amaro, Hosp. Jaraguá.	Hosp. Albert Sabin - Imirim, Hosp. e Mat. Casa Verde (M/PS), Hosp. Presidente (Somente PS).	Hosp. Central de Guaianazes (M/PS), Hosp. e Mat. São Miguel (Somente PS), Hosp. Nossa Sra. da Penha (M/PS), Maternidade do Brás.	Hosp. e Mat. Jardins (Somente M), Hosp. Iguatemi / Itacolomy (Unidade Butantã), Hosp. Itatiáia.

#### ABCD / Outras Regiões:

Hosp. Diadema (Diadema), Hosp. Saúde Guarulhos (Guarulhos), Hosp. e Mat. Montreal (M/PS - Osasco), Hosp. e Mat. Bartira (Sto. André), Hosp. e Mat. Central (São Caetano do Sul), Hosp. Itacolomy - Unidade Jardim do Mar (São Bernardo do Campo), Hosp. Itacolomy - Unidade Rudge Ramos (São Bernardo do Campo), PS Medial - Infantil (São Bernardo do Campo).

**RESUMO DE REDE PREFERENCIAL E CREDENCIADA - CONTINUAÇÃO**

**ESSENCIAL 240**

Zona Sul	Zona Norte	Centro	Zona Leste	Zona Oeste
Hosp. e Mat Santa Marina (Somente M), Hosp. Rubem Berta (Somente PS).	Hosp. e Pronto-Socorro Portinari (M/PS).	Complexo Hospitalar Paulista (Somente PS).	Casa de Saúde Vila Matilde, Hosp. e Mat. Santo Expedito (M/PS).	Hosp. Albert Sabin - Lapa (M/PS).

**ABCD / Outras Regiões:**

Hosp. e Mat. Bom Clima (Guarulhos), Hosp. Mauá (M/PS - Mauá), Hosp. e Mat. Beneficência Portuguesa de Santo André (Sto. André).

**ESSENCIAL 260**

Zona Norte	Zona Leste
Hosp. San Paolo - Antigo Voluntários (M/PS).	Casa de Saúde Santa Marcelina (M/PS), Cema Hospital Especializado.

**ABCD / Outras Regiões:**

Hosp. Carlos Chagas (M/PS - Guarulhos), Hosp. Stella Maris (Guarulhos), Hosp. América (Somente PA - Mauá), Neomater (São Bernardo do Campo), Hosp. Nossa Sra. de Fátima - Beneficência Portuguesa São Caetano do Sul (São Caetano do Sul), Hosp. e Mat. São Sebastião (Suzano).

**CLASS 620**

Zona Sul	Zona Norte	Centro	Zona Leste	Zona Oeste
API Assistência Psiquiátrica Integrada, Hosp. Defeitos da Face, Hosp. Sta. Marina (M/PS), Hosp. Sepaco, Hosp. Rubem Berta (H/PS), Hosp. Alvorada Moema, Hosp. Bandeirantes, Hosp. Nossa Sra. de Lourdes, Hosp. Santa Cruz, Hosp. São Camilo Ipiranga, Hosp. e Mat. da Criança - Grupo Nossa Sra. de Lourdes.	Hosp. e Mat. Casa Verde (H/M/PS), Hosp. e Pronto-Socorro Portinari (H/M/PS), Hosp. Presidente (H/PS), Hosp. San Paolo - Antigo Voluntários (H/M/PS), Hosp. Nipo-Brasileiro.	Complexo Hospitalar Paulista (H/PS), Hosp. e Mat. Santa Joana (Somente AP), Hosp. Santa Rita.	Casa de Saúde Sta. Marcelina (H/M/PS), Hosp. Aviccena, Hosp. Central de Guaianazes (H/M/PS), Maternidade 8 de Maio, Hosp. e Mat. Master Clin, Hosp. e Mat. Santo Expedito (H/M/PS), Hosp. Nossa Sra. da Penha (H/M/PS), CEMA Hosp. Especializado, Hosp. e Mat. São Miguel (H/M/PS), Hosp. Villa-Lobos (Somente AP.), IBCC - Instituto Brasileiro de Controle do Câncer.	Hosp. Albert Sabin - Lapa (H/M/PS), Hosp. e Mat. Jardins (H/M/PS), Fundação Faculdade de Medicina, Hosp. Metropolitano, Hosp. Santa Isabel (Somente AP.).

**ABCD / Outras Regiões:**

Hosp. Carlos Chagas (H/M/PS - Guarulhos), Hosp. América (H/M/PA), Hosp. Mauá (H/M/PS - Mauá), Hosp. e Mat. Mogi D'or, Casa de Saúde de Maternidade Santana, Hosp. e Mat. Montreal (H/M/PS - Osasco), Hosp. Sino-Brasileiro (Osasco), Hosp. Dr. Christóvão da Gama (Sto. André), Hosp. e Mat. Beneficência Portuguesa de Sto. André (Sto. André), Hosp. e Mat. Assunção, Neomater (São Bernardo do Campo, Hosp. Baeta Neves (São Bernardo do Campo), Hosp. Beneficente São Caetano do Sul), Hosp. e Maternidade de Cristal.

**CLASS 640**

Zona Sul	Zona Norte	Centro	Zona Leste	Zona Oeste
Hosp. São Luiz - Itaim (Somente M), Pronto-Atendimento Bandeira Paulista.	Hosp. e Mat. São Camilo Santana.	Hosp. Nove de Julho, Hosp. Pró Matre Paulista, Hosp. Santa Catarina, Pronto-Socorro Infantil Sabará.	Hosp. São Luiz - Anália Franco (Somente M).	Hosp. Santa Isabel (Somente PA).

**ABCD / Outras Regiões:**

Hosp. e Mat. Brasil (Sto. André).

**PREMIUM 840**

Zona Sul	Centro	Zona Leste
Hosp. São Luiz - Itaim e Morumbi (H/PS).	Hosp. AC Camargo, Hosp. Alemão Oswaldo Cruz, Hosp. Dia Fleury, Hosp. Do Coração, Hosp. Samaritano, Hosp. São José, INCOR.	Hosp. São Luiz Anália Franco (H/M/PS)

**PLATINUM 880**

Zona Sul	Centro
Hosp. Albert Einstein (H/M/PS).	Hosp. Sírio Libanês (H/PS).

**H = Hospital / M = Maternidade / PS = Pronto Socorro / PA = Pronto Atendimento.**

### RESUMO DA REDE DE LABORATÓRIOS

A Rede Total Laboratórios atende à partir dos Planos Essencial 220/E, Essencial 240/E, Essencial 240/A e Essencial 260/A.

Prestadores:	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
Biesp	Não	Não	Não	Sim	Sim
Bioquímico Medicina Diagnóstica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CDB Centro de Diagnósticos Brasil - AFIP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CEDAC Centro de Diagnósticos e Análises Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CELAC	Não	Não	Não	Sim	Sim
Centro de Patologia Clínica Campana	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cimerman Análises Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Clínica Schmillevitch	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CRYA Clínica Radiológica Yeochua Avritchir	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CURA Centro de Ultra-Sonografia e Radiologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Diagnósticos por Imagem Presecor	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Digimagem	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fleury	Não	Não	Não	Não	Sim
Instituto Campinas de Diagnósticos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
LABOR LABIS Laboratório Análises Clínicas e Diagnósticos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Laboratório Biogenese Análises Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Laboratório de Análises Clínicas Vital Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Laboratório Delboni Auriemo	Não	Não	Não	Sim	Sim
Lavoisier Medicina Diagnóstica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Maximagem	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mello Centro de Diagnóstico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Nasa Laboratório Bioclínico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Rhesus Medicina Auxiliar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
SAE Laboratório Médico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Salomão e Zoppi Medicina Diagnóstica	Não	Não	Não	Sim	Sim

### VIGÊNCIA

Imediata, a partir da Data de Assinatura da Proposta de Admissão, com Carência de 24 Horas para os casos de Acidentes Pessoais e Urgência e/ou Emergência.

### VENCIMENTO

Mesma Data de Assinatura da Proposta de Admissão, Exceção feita apenas para Assinaturas Ocorridas no Último Dia do Mês (Dia 30 ou 31), onde nesse caso o Beneficiário terá que Solicitar Através de uma Carta, que Deverá ser Entregue no Ato da Contratação, a Prorrogação da Data de Vencimento para até o Dia 10 (Dez) do Mês Subsequente.

### FORMAS DE PAGAMENTO

**Boleto Bancário:** Opção deve ser Assinalada na Proposta de Admissão.

**Débito Automático:** Opção deve ser Assinalada na Proposta de Admissão e em seguida deve-se escolher o Banco onde será Realizado o Débito Automático - **Sempre em Nome do Proponente.**

### DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

Lembrando que Além de Tudo que já foi Citado Anteriormente a Documentação Mínima e Obrigatória Exigida pela Operadora para o Titular e Seu(s) Beneficiário(s) são:

> Proposta de Admissão.

> **Declaração de Saúde:** Quando o Beneficiário for Menor de 18 (Dezoito) Anos a DCS deve ser Assinada pelo Proponente, Quando Maior de 18 (Dezoito) Anos o Próprio Beneficiário é quem Deve Assiná-la.

> **Declaração de Conhecimento e Oferecimento:** Plano Referência.

> Carta de Orientação ao Beneficiário.

> Aditivo ao Contrato PI - Alteração da Cláusula.

> Cópia RG.

> Cópia CPF.

> Comprovante de Residência.

> Cópia da Certidão de Nascimento (Em Casos de Recém Nascidos é Necessário).

**Estrangeiros:** *Titular:* CPF, caso não possua é necessário apresentar um proponente / *Dependente:* CPF, RNE ou Passaporte.

### PRAZO DE ENTREGA DO MATERIAL DE FECHAMENTO DO CONTRATO

**72 Horas da Data de Assinatura da Proposta de Adesão.**

### ENTREVISTA QUALIFICADA

Será de acordo com os Critérios estabelecidos pela Medial Saúde (Avaliação de Risco).

Todos os beneficiários serão contatados pela Medial para Avaliação das Informações constantes na Declaração de Condições de Saúde. De acordo com o resultado desta ligação, o beneficiário poderá ser chamado para comparecer a uma Entrevista Qualificada.

### REPIQUE

**Será Considerado Repique, Contratos com Menos de 90 Dias de Cancelamento do Sistema da Medial.**

### DOCUMENTAÇÃO FACULTATIVA

> Termo de Proposta Promocional: Caso haja mais de um beneficiário inscrito no mesmo contrato, há necessidade de assinatura do Termo de Proposta Promocional, para que sejam aplicados os Descontos de 5%, 10% ou 15% de acordo com a formação do Grupo.

> Aditivo de Redução de Carências: Quando o Beneficiário se enquadrar nas regras de redução de carências, o mesmo deve assinar o Aditivo que lhe garante esse Direito.

> Termo de Proposta Promocional Vida Tranquila: o mesmo deve ser assinado por beneficiários que adquirirem os Planos Premium 840A ou o Platinum 880A. Os beneficiários dos outros planos não precisam assinar esse termo.

> Termo de Retificação da Proposta de Admissão: caso ocorram erros no preenchimento da Proposta de Admissão o Termo de Retificação deve ser Preenchido e Assinado.

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

**A Proposta de Admissão deve ser Preenchida com o Valor "Cheio" (da Tabela Individual) por Beneficiário Inscrito e o Termo de Desconto Promocional é que Garantirá a Devida Aplicação do Desconto. Porém, o Recibo Deverá ser Preenchido com o Valor, Considerando o Desconto para o Grupo Total Apresentado + a Taxa de Inscrição Vigente por Cada Proposta.**

**ATENÇÃO: Rede Credenciada Sujeita a Alteração Sem Prévio Aviso por Parte da Operadora. As Informações Acima estão Resumidas, para Maiores Informações Sobre a Rede Credenciada Consulte o Orientador Médico ou o Site Oficial para Verificar as Especialidades Cobertas por Cada Prestador. Quaisquer outras Dúvidas, como Regras de Comercialização ou Outras Dúvidas Sobre o Plano / Produto Consulte seu Supervisor / Corretor.**