

**PARTICULARIDADES DO PLANO**

**Grupos de 04 a 49 pessoas:** Adesão de 100% do Grupo Segurável (mínimo de 1 titular).

**Sócios:** Mínimo de 06 meses no contrato social. – 100% do contrato social (não será exigida adesão desde que comprove vigência de plano anterior Sul América ou Congênere).

**Dirigentes:** Devem constar no contrato Social;

**Empregados:** Comprovar vínculo empregatício – 100% da relação do FGTS. (Não será exigida adesão, desde que comprove vigência de plano anterior Sul América ou Congênere).

**Dependentes:** 100% dos dependentes – Opção de plano será igual ao do segurado titular.

(Cônjuge, Companheiro(a), Filhos solteiros e inválidos sem limite de idade, Filhos adotivos sem limite de idade, netos do segurado titular recém nascidos até 30 dias da data do nascimento, com parto pago pela Sul América, e Enteado).

**Veja ao Final da Tabela o Grupo de Municípios para Aceitação do Contrato!!!**

**TABELAS DE PRÊMIOS COMERCIAIS EM REAIS SEM IOF (= 2,38%).  
GRUPO DE 04 À 09 VIDAS - AMBULATORIAL COM OBSTETRÍCIA**

| Faixas Etárias | Regional             |                            | Nacional          |                         |                           |                            |                         |
|----------------|----------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                | Básico SP Enfermaria | Básico SP Quarto Privativo | Básico Enfermaria | Básico Quarto Privativo | Especial Quarto Privativo | Executivo Quarto Privativo | Máximo Quarto Privativo |
| 00 à 18 Anos   | 82,83                | 88,63                      | 97,45             | 104,27                  | 128,04                    | 271,73                     | 489,12                  |
| 19 à 23 Anos   | 104,68               | 112,00                     | 123,15            | 131,77                  | 171,05                    | 371,86                     | 669,34                  |
| 24 à 28 Anos   | 132,29               | 141,55                     | 155,63            | 166,52                  | 228,52                    | 501,49                     | 902,67                  |
| 29 à 33 Anos   | 160,55               | 171,79                     | 188,88            | 202,10                  | 255,11                    | 562,20                     | 1.011,96                |
| 34 à 38 Anos   | 169,37               | 181,22                     | 199,25            | 213,20                  | 259,75                    | 619,83                     | 1.115,69                |
| 39 à 43 Anos   | 182,72               | 195,51                     | 214,96            | 230,01                  | 284,27                    | 659,46                     | 1.187,03                |
| 44 à 48 Anos   | 228,46               | 244,45                     | 268,78            | 287,59                  | 334,89                    | 708,09                     | 1.274,56                |
| 49 à 53 Anos   | 231,61               | 247,82                     | 272,48            | 291,55                  | 441,27                    | 827,79                     | 1.490,02                |
| 54 à 58 Anos   | 286,96               | 307,05                     | 337,60            | 361,23                  | 489,28                    | 950,42                     | 1.710,75                |
| 59 ou Mais     | 496,98               | 531,77                     | 584,68            | 625,61                  | 768,24                    | 1.630,40                   | 2.934,73                |

**GRUPO DE 10 À 20 VIDAS - AMBULATORIAL COM OBSTETRÍCIA**

| Faixas Etárias | Regional             |                            | Nacional          |                         |                           |                            |                         |
|----------------|----------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                | Básico SP Enfermaria | Básico SP Quarto Privativo | Básico Enfermaria | Básico Quarto Privativo | Especial Quarto Privativo | Executivo Quarto Privativo | Máximo Quarto Privativo |
| 00 à 18 Anos   | 78,45                | 83,94                      | 92,29             | 98,75                   | 121,27                    | 257,36                     | 463,25                  |
| 19 à 23 Anos   | 99,14                | 106,08                     | 116,64            | 124,80                  | 162,01                    | 352,19                     | 633,95                  |
| 24 à 28 Anos   | 125,29               | 134,06                     | 147,40            | 157,72                  | 216,43                    | 474,96                     | 854,94                  |
| 29 à 33 Anos   | 152,06               | 162,70                     | 178,89            | 191,41                  | 241,62                    | 532,47                     | 958,45                  |
| 34 à 38 Anos   | 160,41               | 171,64                     | 188,72            | 201,93                  | 246,01                    | 587,05                     | 1.056,69                |
| 39 à 43 Anos   | 173,05               | 185,17                     | 203,59            | 217,85                  | 269,23                    | 624,58                     | 1.124,25                |
| 44 à 48 Anos   | 216,38               | 231,53                     | 254,56            | 272,38                  | 317,18                    | 670,64                     | 1.207,15                |
| 49 à 53 Anos   | 219,36               | 234,71                     | 258,07            | 276,13                  | 417,93                    | 784,01                     | 1.411,22                |
| 54 à 58 Anos   | 271,79               | 290,81                     | 319,75            | 342,13                  | 463,41                    | 900,15                     | 1.620,28                |
| 59 ou Mais     | 470,70               | 503,65                     | 553,76            | 592,52                  | 727,61                    | 1.544,18                   | 2.779,53                |

**GRUPO DE 21 À 30 VIDAS - AMBULATORIAL COM OBSTETRÍCIA**

| Faixas Etárias | Regional             |                            | Nacional          |                         |                           |                            |                         |
|----------------|----------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                | Básico SP Enfermaria | Básico SP Quarto Privativo | Básico Enfermaria | Básico Quarto Privativo | Especial Quarto Privativo | Executivo Quarto Privativo | Máximo Quarto Privativo |
| 00 à 18 Anos   | 77,25                | 82,66                      | 90,89             | 97,25                   | 119,42                    | 253,44                     | 456,20                  |
| 19 à 23 Anos   | 97,63                | 104,47                     | 114,86            | 122,90                  | 159,54                    | 346,83                     | 624,29                  |
| 24 à 28 Anos   | 123,38               | 132,02                     | 145,16            | 155,32                  | 213,14                    | 467,73                     | 841,92                  |
| 29 à 33 Anos   | 149,74               | 160,22                     | 176,17            | 188,50                  | 237,94                    | 524,36                     | 943,85                  |
| 34 à 38 Anos   | 157,97               | 169,02                     | 185,84            | 198,85                  | 242,26                    | 578,11                     | 1.040,60                |
| 39 à 43 Anos   | 170,42               | 182,35                     | 200,49            | 214,53                  | 265,13                    | 615,07                     | 1.107,13                |
| 44 à 48 Anos   | 213,08               | 228,00                     | 250,69            | 268,24                  | 312,35                    | 660,43                     | 1.188,77                |
| 49 à 53 Anos   | 216,02               | 231,14                     | 254,14            | 271,93                  | 411,57                    | 772,07                     | 1.389,73                |
| 54 à 58 Anos   | 267,65               | 286,38                     | 314,88            | 336,92                  | 456,35                    | 886,45                     | 1.595,60                |
| 59 ou Mais     | 463,53               | 495,98                     | 545,33            | 583,50                  | 716,53                    | 1.520,67                   | 2.737,20                |

**GRUPO DE 31 À 49 VIDAS - AMBULATORIAL COM OBSTETRÍCIA**

| Faixas Etárias | Regional             |                            | Nacional          |                         |                           |                            |                         |
|----------------|----------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                | Básico SP Enfermaria | Básico SP Quarto Privativo | Básico Enfermaria | Básico Quarto Privativo | Especial Quarto Privativo | Executivo Quarto Privativo | Máximo Quarto Privativo |
| 00 à 18 Anos   | 71,68                | 76,70                      | 84,33             | 90,23                   | 110,80                    | 235,15                     | 423,28                  |
| 19 à 23 Anos   | 90,59                | 96,93                      | 106,57            | 114,03                  | 148,03                    | 321,80                     | 579,24                  |
| 24 à 28 Anos   | 114,48               | 122,49                     | 134,68            | 144,11                  | 197,75                    | 433,98                     | 781,16                  |
| 29 à 33 Anos   | 138,94               | 148,66                     | 163,45            | 174,90                  | 220,77                    | 486,52                     | 875,74                  |
| 34 à 38 Anos   | 146,57               | 156,83                     | 172,43            | 184,50                  | 224,78                    | 536,39                     | 965,50                  |
| 39 à 43 Anos   | 158,12               | 169,19                     | 186,02            | 199,05                  | 246,00                    | 570,69                     | 1.027,23                |
| 44 à 48 Anos   | 197,71               | 211,55                     | 232,60            | 248,88                  | 289,81                    | 612,77                     | 1.102,98                |
| 49 à 53 Anos   | 200,43               | 214,46                     | 235,80            | 252,31                  | 381,87                    | 716,36                     | 1.289,44                |
| 54 à 58 Anos   | 248,33               | 265,71                     | 292,16            | 312,61                  | 423,42                    | 822,48                     | 1.480,46                |
| 59 ou Mais     | 430,08               | 460,18                     | 505,97            | 541,39                  | 664,83                    | 1.410,93                   | 2.539,67                |

**CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DA EMPRESA**

| Empresas   | Saúde   |
|--|---|
|  | <p>&gt; <b>Grupos de 04 à 49 pessoas:</b> Adesão de 100% do Grupo Segurável (Mínimo de 01 Titular).</p> |
| <p><b>Empresas Ex-Seguradas Sul América</b></p> <p>&gt; <b>Canceladas por Sinistralidade:</b> Aceitação de Novo Contrato Após 01 Ano da Data de Cancelamento.</p> <p>&gt; <b>Canceladas por Inadimplência:</b> Aceitação de Novo Contrato Após 01 Ano da Data de Cancelamento, com Débitos Anteriores Quitados.</p> <p>&gt; <b>Canceladas por Solicitação:</b></p> <p>* <b>Empresarial e Administrativo:</b> Não Haverá Tempo Mínimo para o seu Retorno.</p> <p>* <b>PME:</b> A Aceitação se Dará Após 01 Ano da Data do Cancelamento do Seguro.</p> |   |
| <p><b>Empresas Coligadas</b></p> <p>&gt; Grupos de 04 à 49 pessoas: Adesão de 100% do Grupo Segurável (<b>Mínimo de 01 Titular</b>).</p> <p>&gt; Contratação Junto com a Empresa Estipulante.</p> <p>&gt; Mínimo de 04 Pessoas por Empresa (Empresa e Coligada).</p> <p>&gt; Fatura para Cada Empresa (Empresa e Coligada).</p> <p>&gt; A Somatória do Grupo (Empresa e Coligada) terá Efeito Exclusivamente para Redução de Carência e no Momento da Implantação.</p>   |   |

**OBS.: Migração - Não Haverá Mudança de um Produto PME para Outro PME em Comercialização.**

**PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO E MOTIVOS DE DEVOLUÇÕES**

> Entregar Documentação em Até 02 (Dois) Dias Úteis a Partir da Data da Quitação da Ficha de Compensação em Rede Bancária.

> A Implantação do Seguro Ocorrerá em Até 10 (Dez) Dias Após a Entrega de Toda a Documentação Completa e Correta na Sul América.

**A PROPOSTA DE SEGURO E O VALOR DO PRÊMIO PAGO, SERÃO RECUSADOS E DEVOLVIDOS NAS SEGUINTE SITUATÓES:**

> Irregularidades nas Documentações Apresentadas e/ou;

> Propostas Entregues na Sul América com Mais de 30 (Trinta) Dias da Data de Quitação.

**REDUÇÃO / ISENÇÃO DE CARÊNCIAS - SAÚDE PME:**

**Grupo de 04 à 09 Vidas - Redução de Carência:** Para Propostas com Declaração de Saúde Positiva **NÃO** Haverá Redução de Carência e Estarão Sujeitos a Cobertura Parcial Temporária - CPT Até 24 (Vinte e Quatro) Meses nos Termos da Lei 9.656/98.

**Grupo de 10 à 49 Vidas - Redução de Carência:** Para Propostas com Declaração de Saúde Positiva **Haverá** Isenção de Carência, Porém as Doenças Declaradas Estarão Sujeitas a Cobertura Parcial Temporária - CPT Até 24 (Vinte e Quatro) Meses nos Termos da Lei 9.656/98.

\* Para Efeito de Redução dos Prazos de Carência, o Plano Anterior Deverá ter o Padrão de Acomodação Hospitalar Igual ou Superior ao Plano Contratado.

\* Não Haverá Isenção de Carências para Agregados.

**TABELAS DE CONGÊNERES - SAÚDE PME**

|                  |              |            |                        |
|------------------|--------------|------------|------------------------|
| AGF              | Care Plus    | Marítima   | Porto Seguro           |
| Amil             | Dix Saúde    | Medial     | Unibanco Seguros - AIG |
| Blue Life        | Golden Cross | Notre Dame | Unimed                 |
| Bradesco Seguros | Lincx        | Omint      |                        |

**TABELA DE CARENÇIA - PRAZOS DE REDUÇÃO - SAÚDE PME**

| Código Grupo | Procedimentos   | Carência | Redução de Carência<br>Ex-Segurados / Tempo de Plano Anterior |               |                   |   |                          |                  |
|--------------|---|----------|---|---------------|-------------------|---|--------------------------|------------------|
|              |   |          | Congêneres  |               |                   | Sul América Individual, Empresarial ou PME. | Sul América Administrado |                  |
|              |   |          | 03 à 06 Meses   | 07 à 12 Meses | Acima de 12 Meses | Acima de 12 Meses                           | 00 à 06 Meses (Incompl)  | 06 Meses ou Mais |
| 00           | Urgência e Emergência.  | 24 Horas | 24 Horas  | 24 Horas      | 24 Horas          | 24 Horas                                    | 24 Horas                 | 24 Horas         |
| 01           | Consultas Médicas, Cirurgias Ambulatoriais (Porte Anestésico Zero).   | 15 Dias  | 24 Horas  | 24 Horas      | 24 Horas          | 24 Horas                                    | 15 Dias                  | 24 Horas         |
| 02           | Internações Hospitalares e Exames.  | 06 Meses | 03 Meses  | 02 Meses      | 24 Horas          | 24 Horas                                    | 04 Meses                 | 03 Meses         |
| 03           | Parto.  | 10 Meses | 10 Meses  | 10 Meses      | 10 Meses          | 24 Horas                                    | 10 Meses                 | 10 Meses         |
| 04           | Transplantes, Implantes, Próteses e Órteses.  | 06 Meses | 04 Meses  | 04 Meses      | 04 Meses          | 24 Horas                                    | 04 Meses                 | 04 Meses         |
| 05           | Internações Psiquiátricas, Cirurgias de Refração em Oftalmologia Acupuntura, Psicoterapia de Crise e Obesidade Mórbida. | 06 Meses | 04 Meses  | 04 Meses      | 04 Meses          | 24 Horas                                    | 04 Meses                 | 04 Meses         |

**CRITÉRIOS E DOCUMENTAÇÃO PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS - SAÚDE PME**

| Ex-Segurados                                  | Crítérios para Redução de Carências  | Documentação  |
|---|--|---|
| Empresas Relacionadas na Tabela de Congêneres | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; No Máximo 65 (Sessenta e Cinco) Anos de Idade.</li> <li>&gt; Contratação do Sul América Saúde em Até 90 (Noventa) Dias Após o Último Pagamento Efetuado do Plano Anterior.</li> <li>&gt; A Redução dos Prazos <b>NÃO</b> se Aplica aos Casos de Transplantes.</li> <li>&gt; Filhos dos Proponentes Recém Nascidos (Até 30 Dias do Nascimento) Não Incluídos na Vigência do Plano da Congênere, Terão os Mesmos Prazos de Carências Concedidos aos Pais.</li> </ul>   | <p><b>Seguros Individuais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Contrato Original ou Cópia do Contrato Autenticado do Plano Anterior.</li> <li>&gt; Cópia do Cartão de Identificação do Titular e Dependentes.</li> <li>&gt; Três Últimos Comprovantes de Pagamento, o Último Deverá ser Original ou Cópia Autenticada.</li> </ul> <p><b>Seguros Empresariais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Correspondência Original Datada em Papel Timbrado da Empresa, Com Assinatura, Carimbo, Nome Legível, Função e Telefone do Responsável pelas Informações Seguintes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Nome do Titular e Dependentes.</li> <li>* Nome da Empresa em que o Titular possuía o Seguro da Congênere.</li> <li>* Nome da Congênere.</li> <li>* Padrão de Acomodação Hospitalar.</li> <li>* Data Inicial e Final do Seguro.</li> </ul> </li> </ul> |
| Administrados pela Sul América                | <p>Crítérios para Redução dos Prazos de Carência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; No Máximo 65 (Sessenta e Cinco) Anos de Idade.</li> <li>&gt; Contratação do Sul América Saúde em Até 90 (Noventa) Dias Após o Término da Cobertura do Plano Anterior.</li> <li>&gt; A Redução dos Prazos <b>NÃO</b> se Aplica aos Casos de Transplantes.</li> <li>&gt; Filhos dos Proponentes Recém Nascidos (Até 30 Dias do Nascimento) Não Incluídos na Vigência do Plano da Congênere, Terão os Prazos de Carências Concedidos aos Pais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Cópia do Cartão de Identificação.</li> </ul>  |

**CRITÉRIOS E DOCUMENTAÇÃO PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS - SAÚDE PME (CONTINUAÇÃO)**

| Ex-Segurados                                     | Crítérios para Redução de Carências  | Documentação                        |
|--|--|-------------------------------------|
| Sul América Saúde Individual, Empresarial ou PME | > Contratação do Sul América em Até 90 (Noventa) Dias Após o Término da Cobertura do Plano Sul América Empresarial ou PME.<br>> Contratação do Sul América Saúde em Até 90 (Noventa) Dias Após o Último Pagamento Efetuado do Plano Sul América Individual.<br><b>Prazos para Cobertura Parcial Temporária</b><br>> CPT:<br>Permanência no Plano Sul América Anterior:<br>> Mais de 02 (Dois) Anos, <b>NÃO</b> Será Aplicado CPT (Cobertura Parcial Temporária).<br>> Mais de 18 (Dezoito) Meses, Doenças ou Lesões Pré-Existentes Terão Obrigatoriamente Prazo de 06 (Seis) Meses de CPT.<br>> Menos de 18 (Dezoito) Meses, Doenças ou Lesões Pré-Existentes Terão o Prazo de 24 (Vinte e Quatro) Meses de CPT. | > Cópia do Cartão de Identificação. |

**EXEMPLOS DE REEMBOLSO - SAÚDE PME**

| Procedimentos                      | Básico SP Enfermaria | Básico SP Quarto Privativo | Básico Enfermaria | Básico Quarto Privativo | Especial Quarto Privativo | Executivo Quarto Privativo | Máximo Quarto Privativo |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Consulta                           | 27,10                | 27,10                      | 54,20             | 54,20                   | 54,20                     | 162,59                     | 325,19                  |
| Endoscopia                         | 72,26                | 72,26                      | 144,53            | 144,53                  | 144,53                    | 433,58                     | 722,64                  |
| Hemograma                          | 09,03                | 09,03                      | 18,07             | 18,07                   | 18,07                     | 54,20                      | 90,33                   |
| USS Abdômen                        | 100,87               | 100,87                     | 215,57            | 215,57                  | 215,57                    | 619,04                     | 1.022,52                |
| Parto Cesárea Honorários Médicos   | 647,37               | 647,37                     | 1.294,73          | 2.589,46                | 2.589,46                  | 5.178,92                   | 19.420,95               |
| Parto de Safena Honorários Médicos | 1.144,18             | 1.144,18                   | 2.288,36          | 4.576,72                | 4.576,72                  | 9.153,44                   | 34.325,40               |

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA - EMPRESA**

| Documentos Necessários para Implantação da Empresa Saúde |  |
|--|--|
| <b>Empresas</b>  | > Caderno das Condições Gerais (Condições Gerais Condições Particulares, Cláusulas Adicionais: Assistência 24 Horas e Remissão do Pagamento dos Prêmios).<br>* Via Única - Entregar para Empresa   |
| <b>Empresas Ex-Seguradas Sul América</b>                 | Proposta de Seguro Saúde - PME (Assinar Frente e Verso).<br>* 1ª Via Sul América.<br>* 2ª Via Corretor.<br>* 3ª Via Empresa.<br>> Ficha de Compensação Quitada em Rede Bancária:<br>* Uma Via para Empresa e Outra para Sul América.<br>* Cópia do Contrato Social Registrado no Órgão Competente. |
| <b>Empresas Coligadas</b>                                | > Comprovação de Vínculo Societário, pelo Menos um Sócio em Comum com a Empresa Estipulante (Somente para Empresas Coligadas).   |

**CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DOS SEGURADOS**

| Grupo Segurável Elegível | Crítérios para Inclusão dos Segurados Saúde   |
|--------------------------|---|
| <b>Sócios</b>            | > Mínimo de 06 (Seis) Meses no Contrato Social.<br>> 100% do Contrato Social, (Não Será Exigida Adesão Desde que Comprove a Vigência de Plano Anterior Sul América ou Congênere). |
| <b>Dirigentes</b>        | > Deve Constar no Contrato Social.  |
| <b>Empregados</b>        | > Comprovar Vínculo Empregatício.<br>> 100% da Relação do FGTS, (Não Será Exigida Adesão Desde que Comprove a Vigência de Plano Anterior Sul América ou Congênere).               |

## CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DOS SEGURADOS (CONTINUAÇÃO)

| Grupo Segurável Elegível | Crítérios para Inclusão dos Segurados  |
|--------------------------|--|
|                          | Saúde  |
| Dependentes              | > 100% dos Dependentes.<br>> Opção de Plano Será Igual ao Segurado Titular.<br>* Cônjuge.<br>* Companheiro(a)<br>* Filhos Solteiros e Inválidos Sem Limite de Idade.<br>* Filhos Adotivos Sem Limite de Idade.<br>* Netos do Segurado Titular Recém Nascidos Até 30 Dias da Data do Nascimento, Com Parto Pago pela Sul América.<br>* Enteado. |
| Aprendizes               | > Maiores de 14 (Quatorze) e Menores de 24 (Vinte e Quatro) Anos.  |
| Estagiários              | > Sem Limite de Idade.   |
| Prestadores de Serviços  | > <b>Até 50 (Cinquenta) Ano:</b> Aceitos 100% dos Prestadores Sem a Obrigatoriedade e de Adesão de seus Dependentes.<br>> <b>Entre 51 e 55 Anos:</b> Aceitos Somente Com Seus Dependentes, <b>NÃO</b> Podendo Ultrapassar 50% da Massa Segurável Composta pelo Titulares e Dependentes.  |
| Agregados                | > Opção de Plano Será Igual ao Segurado Titular.<br>> São Considerados Agregados: Pai, Mãe, Sogro, Sogra e/ou Neto Solteiro Até 18 (Dezoito) Anos.<br>> Grupos a Partir de 21 (Vinte e Uma) Vidas e que Possuam Plano Anterior de Operadora Congênere.   |
| Demitidos e Aposentados  | > Somente Com Extensão de Benefício Legal, Concedido pela Empresa.   |

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA - SEGURADO

| Grupo Segurável Elegível | Documentos Necessários para Implantação dos Segurados  |
|--------------------------|--|
|                          | Saúde  |
| Sócios                   | > Cópia do Contrato Social Registrado em Órgão Competente, Com a Última Alteração para Inclusão de Sócios.<br>> Documentação para Dispensa de Adesão dos Sócios:<br>* Deverão ser Apresentados os Mesmos Documentos Relacionados no Item 2.1.4 "Redução de Carência" / "Ex-Congêneres".<br>* Carta Declarando que Não Farão Adesão Futura.   |
| Dirigentes               | > Cópia do Contrato Social Registrado em Órgão Competente, Com a Última Alteração para Inclusão de Dirigentes.   |
| Empregados               | > Relação do FGTS Completa do Mês Anterior ao Início de Vigência do Seguro, e Guia de Recolhimento Quitada em Rede Bancária (Somente Quando Contratação do Seguro for para os Empregados).<br>> Funcionários Recém Admitidos Não Relacionados no FGTS:<br>* Registro do Empregado Assinado pelo Empregador e pelo Empregado Sob Carimbo da Empresa e/ou;<br>* Cópia das Páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social com Fotografia, Cópia da Página do Registro da Empresa, Número da Carteira, Série e Assinatura do Portador na Frente e no Verso da Página.<br>> Documentação para Dispensa de Adesão Empregados (Mínimo de 12 Meses de Seguro Anterior Sul América ou Congênere):<br>* Deverão ser Apresentados os Mesmos Documentos Relacionados no Item 2.1.4 "Redução de Carência" / "Ex-Congêneres".<br>* Carta Declarando que Não Farão Adesão Futura. |
| Dependentes              | > <b>Cônjuge:</b> Certidão de Casamento.<br>> <b>Companheiro(a):</b><br>* Escritura Declaratória Lavrada em Tabelionato ou;<br>* Declaração de Imposto de Renda Protocolado pela Receita Federal, Comprovando a Dependência Econômica entre o Seguro Titular e o(a) Companheiro(a).<br>> <b>Filhos Solteiros e Inválidos Sem Limite de Idade:</b><br>* Certidão de Nascimento ou;<br>* Registro Geral (RG).<br>* <b>Filhos Inválidos:</b> Deverá Acompanhar Relatório Médico para Análise Médica.<br>> <b>Filhos Adotivos Sem Limite de Idade:</b><br>* Termo de Guarda ou Tutela Emitido por Juiz de Direito e Certidão de Nascimento.<br>> <b>Netos do Segurado Titular:</b><br>* Certidão de Nascimento.<br>> <b>Enteado:</b><br>* Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento do Segurado Titular ou Escritura Declaratória Lavrada em Tabelionato.                |
| Agregados                | > Três Últimas Faturas Quitadas e Relação de Beneficiários na Congênere.   |

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA - SEGURADO (CONTINUAÇÃO)**

| Grupo Segurável Elegível          | Documentos Necessários para Implantação dos Segurados  |
|-----------------------------------|--|
|                                   | Saúde  |
| <b>Aprendizes</b>                 | > Contrato de Aprendiz Assinado pelo Próprio e pelo Representante Legal da Empresa Sob Carimbo.<br>> Cópia da Inscrição / Matrícula em Escola ou Instituição de Ensino Técnico.<br>> Aprendiz Recém Admitido Não Relacionado no FGTS:<br>* Registro do Empregado Assinado pelo Empregador e pelo Empregado Sob Carimbo da Empresa e/ou;<br>* Cópia das Páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social com Fotografia, Cópia da Página do Registro da Empresa, Número da Carteira, Série e Assinatura do Portador na Frente e no Verso da Página.   |
| <b>Estagiários</b>                | > Contrato de Estágio Assinado pelo Estagiário e pelo Representante Legal da Empresa Sob Carimbo e pela Instituição de Ensino.<br>> Carta Original em Papel Timbrado Assinada pelo Representante Legal da Empresa Sob Carimbo, Informando o Nome de Todos os Estagiários em Exercício e Adesão Integral desta Categoria Funcional ao Seguro (Sócios e Dirigentes e/ou Funcionário).  |
| <b>Prestadores de Serviços</b>    | <b>Prestador Pessoa Jurídica e Física:</b><br>> Carta Original em Papel Timbrado, Assinada pelo Representante Legal da Empresa/Estipulante Sob Carimbo da Mesma, Contendo:<br>* Nomes dos Terceirizados.<br>* Informar que 100% da Categoria esta Aderindo ao Seguro.<br>* Informar que está de Acordo que a Sinistralidade dos Prestadores seja Considerada no Sinistro/Prêmio da Apólice<br><b>Prestador Pessoa Jurídica:</b><br>> Cópia do Contrato Social; ou Última Alteração do Contrato Registrado em Órgão Competente.<br>> Cópia da Última Relação do Fundo de Garantida por Tempo de Serviço (FGTS), Acompanhada da Guia de Recolhimento Quitada em Rede Bancária, Quando Houver Empregados.<br>> Cópia do Contrato de Prestação de Serviço em Tempo Integral, Firmando entre as Pessoas Jurídicas, com Firma Reconhecida em Cartório de Títulos e Documentos.<br><b>Prestador Pessoa Física:</b><br>> Cópia do Contrato de Prestação de Serviço em Tempo Integral, Firmando entre o Prestador Pessoa Física e a Empresa/Estipulante, com Firma Reconhecida em Cartório de Títulos e Documentos. |
| <b>Expatriados - Estrangeiros</b> | > Cópia da Carteira de Identidade.<br>> Cópia do Passaporte Carimbado pela Receita Federal e Visto de Permanência no País.<br>> Carta Original em Papel Timbrado Assinada pelo Representante Legal da Empresa, Sob Carimbo, Informando Tratar-se de Expatriado com Direito ao Seguro, Tempo de Permanência no Brasil e Função a ser Exercida e Função a Ser Exercida na Empresa.   |
| <b>Demitidos e Aposentados</b>    | > Carta Modelo Padrão Original em Papel Timbrado <b>SEM</b> Rasuras, Assinada pelo Empregado e Empregador Sob Carimbo da Empresa.<br>> Comprovante de Plano Anterior Vigente em Congêneres, Constando os Nomes dos Demitidos/Exonerados e Aposentados.<br>> <b>Demitidos/Exonerados:</b> Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho Assinado pelo Empregado e pelo Empregador Sob Carimbo da Empresa.<br>> <b>Aposentados:</b> Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho Assinado pelo Aposentado e Concessão de Aposentadoria.   |

**OBS.: Todos os Segurados Incluídos no Seguro Saúde Deverão Apresentar o Cartão Proposta Com Declaração de Saúde Devidamente Preenchida e Assinado pelo Titular e Empresa (Assinado sob Carimbo).**

**RESUMO DE REDE CREDENCIADA**
**BÁSICO SP - ENFERMARIA OU APARTAMENTO.**

Beneficência Portuguesa de São Paulo, Casa de Saúde Santa Rita, CEMA – Hospital Especializado, Hospital Alvorada Moema, Hospital Aviccena, Hospital Bandeirantes, Hospital Central de Guaianazes, Hospital das Clínicas, Hospital do Sepaco, Hospital e Maternidade Modelo Tamandaré, Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Hospital e Maternidade Santa Marina, Hospital e Maternidade São Camilo Ipiranga, Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia, Hospital e Maternidade São Camilo Santana, Hospital IGESP, Hospital Iguatemi, Hospital Independência, Hospital Metropolitano, Hospital Nipo Brasileiro, Hospital Paulista, Hospital Presidente, Hospital Santa Cruz, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Marcelina, Hospital Santa Virgínia, INCOR – Instituto do Coração, Neomater – SBC, Hospital São Caetano – SCS, Hospital Nossa Senhora de Fátima – SCS, Hospital Bartira – SA, Hospital Christovão da Gama – SA, Hospital América – Mauá, Hospital Ribeirão Pires – Ribeirão Pires, Hospital Madre Theodora – Campinas, Hospital Santa Edwiges – Campinas.

**LABORATÓRIOS:** Bioquímico Jardim Paulista, Cardiológica Medicina Diagnóstica, CDB – Centro de Diagnósticos Brasil, Centro de Tomografia Computadorizada, Clínica Schmillevitch, CRIESP – Central de Radioimunoensaio de São Paulo, CRYA – Clínica Radiológica Yeochua Auritchir, Cura – Centro de Ultrassonografia e Radiologia, Digimagem, Unidade de Diagnósticos por Imagem, Imedi Medicina Diagnóstica, Laboratório Bioquímico, Lavoisier Medicina Diagnóstica, Lego Laboratórios, Maximagem, Omini, CN Medicina Diagnóstica, Pathos Laboratório, Rhesus Medicina Auxiliar, SAE – Serviço de Análises Especializadas, Salomão e Zoppi Medicina Diagnóstica.

**RESUMO DE REDE CREDENCIADA (CONTINUAÇÃO)****BÁSICO - ENFERMARIA OU APARTAMENTO.**

**SÃO PAULO:** Hosp do Coração; INCOR; Hosp A. C Camargo; Hosp Santa Catarina<sup>1</sup>; Hosp Santa Joana<sup>2</sup>; Hosp S. Camilo (Pompéia/Santana/Ipiranga); AACD; Benef Port São Paulo; Hosp Nipo Brasileiro; Hosp Brasil (Sto. André); Hosp e Mat Assunção – SBC; Hosp Albert Sabin- Campinas; Hosp Paulo Sacramento- Jundiaí; Hosp São Lucas Ribeirânia – Rib. Preto.

**LABORATÓRIOS:** CDB, Delboni; Cura Cent de Ultrass. e Rad.

**RIO DE JANEIRO:** Hosp Rio Mar; Hosp de Clínicas Dr. Balbino; Casa de Saúde Therezinha; Casa de Saúde NSa. Do Carmo; Casa de Saúde Amiu Botafogo; Hosp de Clínicas Jacarepaguá.

**LABORATÓRIOS:** Lâmina Medic Diag; Lab Dr Sérgio Franco;

**ESPÍRITO SANTO:** Hosp Metropolitano – ES; Hosp Meridional- ES; Vitória Apart Hospital- ES.

**DEMAIS ESTADOS:** Hosp Adventista de Manaus- AM; Hosp Santa Júlia- AM; Hosp Profº Jorge Valente- BA; Hosp Salvador- BA; Hosp Santa Luzia- DF; Hosp Anchieta- DF; Hosp Brasília- DF; Carpevie (Hosp Dr. J.K) DF; Hosp Santa Helena- DF; Hosp Santa Marta DF; Lab. Sabin- DF; Hosp Vera Cruz- MG; Hosp Vera Cruz Contorno (Life Center)- MG; Biocor- MG; Hosp Socor- MG; Hosp Semper- MG; Hosp Belo Horizonte- MG; Hosp Santa Joana- PE; Hosp Vita- PR; Hosp Vita Batel- PR; Hosp Santa Cruz- PR; Hosp Univ Evangélico de Curitiba- PR; Clínica Constantini- PR; Hosp Inf Pequeno Príncipe- PR; Hosp Nsª das Graças- PR; Lab Frischmann Aisengart- PR; Ass. Hosp Moinhos de Vento- RS; Hosp Mãe de Deus- RS; Lab Weinman- RS; Hosp Stª Catarina- SC; Hosp Stª Isabel- SC; Hosp Dona Helena- SC; Baia Sul Day Hospital- SC.

**ESPECIAL - APARTAMENTO**

**SÃO PAULO:** Hosp e Mat São Luiz; Hosp e Mat 9 de Julho; Hosp Oswaldo Cruz; Hosp Samaritano; Hosp Santa Catarina; Pro Matre Paulista; P.S Inf Sabará; Hosp Vera Cruz – Campinas; Fund Sinhá Junqueira – Rib Preto.

**RIO DE JANEIRO:** Hosp Barra D´Or; Hosp Copa D´Or; Hosp Quinta D´Or; Casa de Saúde São José; Clínica São Vicente; Centro Pediátrico da Lagoa; Clínica Perinatal Laranjeiras; Amparo Feminino Mil Novecentos; Clínica Pediátrica da Barra; Lab Richet.

**DEMAIS ESTADOS:** Hosp Espanhol- BA; Hosp Felício Rocho- MG; Hosp Mater Dei- MG; Centro Hospitalar Albert Sabin- PE.

**MAXIMO / EXECUTIVO - APARTAMENTO**

**SÃO PAULO:** Hosp Albert Einstein; Hosp São Lucas- Rib Preto. **LABORATÓRIOS:** Lab Fleury; Lab Unid Diag Einstein Jardins. **RIO DE JANEIRO:** Hosp Samaritano; Pró Cardíaco P.S Cardiológico.

**Tarifa 1 - Preços Exclusivos para os Seguintes Municípios:**

**Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapeirica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista.**

**1- Maternidade e Pronto Socorro a Partir do Plano Especial.**

**2- A Partir do Plano Básico Quarto Privativo.**

**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.**