

VIGÊNCIA E VENCIMENTO

Assinatura do Contrato	01 à 05	06 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30/31
Vencimento	15	20	25	30	05	10

PARTICULARIDADES DO PLANO

1) PME 0 - de 02 à 10 vidas - Aditivos nº 107 e 70.1 / PME I - de 11 a 49 vidas.- Aditivos nº 108 e 70.2
> Sendo 2 titulares; Sem a necessidade do(s) sócio(s) aderirem ao plano. **Prestadores de Serviço:** Somente serão aceitos nos Planos Empresariais os Prestadores de Serviços com idade igual ou acima de 18 anos, devendo constar juntamente com a documentação o Contrato de Prestação de Serviços devidamente assinado e carimbado pela Contratante e Contratado. > **Dependentes:** Conjuge e/ou companheira, filhos naturais, adotivos e enteados, solteiros menores de 24 anos, e filhos inválidos. > **Agregado:** Aceitação de Agregado com o mesmo valor da tabela PME 0 e I. Entram para contagem como dependentes Pai, Mãe, Sogro, Sogra, Filhos menores de 24 anos, Netos(as) **OBS.: Somente para os planos PME 0 e I.**
ATENÇÃO: Desde 01/06/07, todas as propostas PME, devem ser acompanhadas do comprovante de endereço da empresa. Propostas enviadas, sem o comprovante de endereço, serão devolvidas
> A REDUÇÃO DE CARÊNCIAS SERÁ FEITA DE ACORDO COM O PORTE DA EMPRESA.
(Para Redução de Carência no PME é obrigatório encaminhar as documentações originais e suas respectivas cópias)

4) Entrevista Qualificada: PME 0 e I - Todos os Beneficiários com Idade Igual ou Acima de 59 Anos.

PME 0 - 02 À 10 VIDAS - ADITIVOS DE CONTRATO - Nº 107 E 70.1

FAIXAS ETÁRIAS	IDEAL ENFERMARIA	IDEAL APARTAMENTO	IDEAL MAXI ENFERMARIA	IDEAL MAXI APARTAMENTO	REFERÊNCIA ENFERMARIA
00 à 18 Anos	42,70	55,50	49,90	64,90	128,00
19 à 23 Anos	42,70	55,50	49,90	64,90	128,00
24 à 28 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,60
29 à 33 Anos	59,30	77,20	68,80	89,50	178,00
34 à 38 Anos	59,30	77,20	68,80	89,50	178,00
39 à 43 Anos	59,30	77,20	68,80	89,50	178,00
44 à 48 Anos	94,90	123,40	107,90	140,30	284,80
49 à 53 Anos	153,10	199,00	175,60	228,30	459,30
54 à 58 Anos	175,60	228,30	201,70	262,20	526,70
59 ou Mais	287,60	373,40	329,80	428,70	861,50

PME I - 11 À 49 VIDAS - ADITIVOS DE CONTRATO - Nº 108 E 70.2

FAIXAS ETÁRIAS	IDEAL ENFERMARIA	IDEAL APARTAMENTO	IDEAL MAXI ENFERMARIA	IDEAL MAXI APARTAMENTO	REFERÊNCIA ENFERMARIA
00 à 18 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
19 à 23 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
24 à 28 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
29 à 33 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
34 à 38 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
39 à 43 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
44 à 48 Anos	52,20	67,80	59,30	77,20	156,00
49 à 53 Anos	146,00	189,70	168,50	219,10	437,90
54 à 58 Anos	173,30	225,20	198,10	257,60	519,80
59 ou Mais	285,90	371,70	328,70	427,20	857,70

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS: PME 0: 02 À 10 VIDAS ADITIVOS 107 E 70.1 E PME I : 11 À 49 VIDAS ADITIVOS 108 E 70.2

CÓDIGO / ORIGEM	A	B	C	D	E	F	G
-----------------	---	---	---	---	---	---	---

Compra de Carências Planos Regulamentados

232 / 02 a 49 Beneficiários	00	00	90 Dias	120 Dias	120 Dias	300 Dias	24 Horas
233 / 06 à 12 Mês no Plano Anterior	00	00	60 Dias	120 Dias	90 Dias	300 Dias	24 Horas
234 / 13 à 18 Mês no Plano Anterior	00	00	30 Dias	120 Dias	60 Dias	300 Dias	24 Horas
235 / Mais de 19 Mês no Plano Anterior	00	00	00	90 Dias	60 Dias	300 Dias	24 Horas
236 // - Planos Não Regulamentados	00	00	00	120 Dias	60 Dias	300 Dias	24 Horas

SERVIÇOS OPCIONAIS

> Samcil Assistência à Família (Titular até 59 / Benefício 01 Ano) - R\$ 5,43. (Por Titular)
> Coleta Domiciliar - R\$ 4,65 (Por Beneficiário)
> PCMSO (NR-7 e NR-9) para Empresas Acima de 15 Titulares - R\$ 9,30 (Por Titular)
> Samcil Odonto - Promocional R\$ 15,43 (Por Beneficiário) > Acidente de Trabalho (AT) - R\$ 11,01

OBSERVAÇÕES

1) Para os códigos de carência 233, 234, 235 e 236 anexar a última parcela quitada, com prazo inferior a 90 (noventa) dias de inadimplência e comprovação do tempo no plano anterior.

2) As coberturas do Grupo "D" e "E" terão atendimento somente na Rede Preferencial

3) Para doença ou lesão preexistente será exigido o cumprimento de 24 (vinte e quatro) meses para Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou 180 (cento e oitenta) dias de Agravado, nos termos da Cláusula Oitava do Contrato ora aditado.

GRUPOS DE COBERTURAS: **A** - Consultas na rede preferencial, exames básicos de análises clínicas; **B** - Endoscopias, mamografias, ultra-sonografia, colposcopia, cauterizações do colo do útero, densitometria, teste ergométrico, ecocardiograma, holter, mapa, espirometria, teste e provas alérgicas; **C** - Exames especializados em análises clínicas e imagens, fisioterapia, eletroneuromiografia, tomografia computadorizada, ultra-som morfológico, procedimentos ambulatoriais; **D** - Internações psiquiátricas, internações para desintoxicação de dependentes químicos, fonoaudiologia, psicoterapia, Cirurgia com cobertura para órtese e próteses, Cirurgia de Obesidade Mórbida, Cirurgia para ronco, transplantes de rim e córnea, hemodiálise e diálise peritoneal, Exames da tabela superior a AMB 90; **E** - Internações, cirurgias cardíacas e neurológicas, quimioterapia, radioterapia, ressonância magnética, cintilografia, duplex scan, câmara hiperbárica, braquiterapia, medicina nuclear e demais coberturas; **F** - Parto; **G** - Urgências e Emergências.

OBS: 720 dias para doenças ou lesões preexistentes.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA DE OUTRA OPERADORA

* **Comprovação de Vigência:** Cópia da proposta, carteirinha (com data de início no plano), documento que comprove a data de início da vigência do plano ou carta de permanência da operadora anterior.

* Cópia dos 03 (Três) últimos boletos quitados, com no máximo 90 (Noventa) dias do último pagamento ou carta de permanência da operadora anterior.

* **Para Ex-Funcionário:** Deverá apresentar carta do RH da empresa com carimbo e assinatura e as informações: tipo de plano, acomodações, data de início e término do mesmo.

RESUMO DE REDE CREDENCIADA

PLANO IDEAL

HOSPITAIS: Hosp e Mat Modelo, Hosp Panamericano, Hosp Vasco da Gama, Hosp e Mat São Leopoldo, Hosp SP Norte (Santana), Hosp e Mat Guarulhos (Guarulhos), Hosp e Mat Mauá (Mauá), Hosp Renascença (Osasco).

UNIDADES HOSPITALARES AVANÇADAS: Hosp Modelo - Unidade Avançada Guarulhos, Hosp Modelo - Unidade Avançada Vila Formosa, Hosp Panamericano - Unidade Avançada Osasco, Hosp Vasco da Gama - Unidade Avançada São Miguel, Hosp Vasco da Gama - Unidade Avançada Itaquera, Hosp São Leopoldo - Unidade Avançada Socorro.

CENTROS MÉDICOS: Zona Central: Centro Médico República, Centro Médico Nove de Julho, Centro Médico Tamandaré.

Zona Sul: Centro Médico Santo Amaro, Centro Médico Brooklin, Centro Médico Socorro. **Zona Oeste:** Centro Médico Lapa, Centro Médico Pirituba, Centro Médico Panamericano. **Zona Leste:** Centro Médico Vasco da Gama, Centro Médico Guaianazes, Centro Médico São Mateus, Centro Médico Guilhermina, Centro Médico Artur Alvim, Centro Médico Penha, Centro Médico Itaim Paulista, Centro Médico São Miguel, Centro Médico Itaquera, Centro Médico Vila Formosa, Centro Médico Vasco da Gama. **Zona Norte:** Centro Médico Vila Guilherme (Shopping Center Norte), Centro Médico Santana, Centro Médico Cachoeirinha.

GUARULHOS: Centro Médico Guarulhos I, Centro Médico Guarulhos II. **OSASCO:** Centro Médico Osasco. **TABOÃO DA SERRA:** Centro Médico Taboão da Serra. **MAUÁ:** Centro Médico Mauá, Santa Casa de Misericórdia de Mauá.

HOSPITAIS EM OUTRAS LOCALIDADES: Hosp e Mat Guarulhos (Guarulhos), Hosp Bartira (Santo André), Hosp São Lucas de Diadema, Hosp e Mat Mauá, Irm da Sta. Casa de Misericórdia de Mauá (Mauá); Hosp Ribeirão Pires (Ribeirão Pires), Hosp Coração de Jesus (Santo André), Hosp S Bernardo, Inst Assist Emmanuel (São Bernardo), Hosp e Mat Central, Soc Port de Benef S.C do Sul (São Caetano do Sul), Hosp Mogi-Dor (Mogi das Cruzes).

PLANO IDEAL MAXI

Zona Leste: Hospital e Pronto Socorro Comunidade Vila Yolanda. **Zona Norte:** Hospital e Maternidade Casa Verde. **Zona Sul:** CLINISUL Serviços Médicos.

PLANO IDEAL PLUS

Centro: Hospital São Lucas. **Zona Leste:** Hospital Oito de Maio, Hospital Itaquera. **Zona Sul:** Hospital do Rim (Fundação Oswaldo Ramos), Assistência Psiquiátrica Integrada (API).

LABORATÓRIOS

IDEAL / IDEAL MAXI

Unidade Assistenciais Samcil

IDEAL PLUS

Campana, Cytolog, Ghelfond, Roquetti, Bactoclin, Celac,

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A VENDA DO PME

Cópia do Contrato Social, Cópia da Última Alteração do Contrato Social (Se Houver), Cópia do Cartão CNPJ, Cópia do Comprovante de Endereço, Comprovação de Vínculo dos Funcionários (Relação do FGTS, Carta de Autônomos, Contrato de Prestação de Serviços de Autônomos).

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.