

Corretora autorizada

- Telefone: (11) 4215.8900

 - Email: contato@planosdesaudetodosaqui.com.br

 - Site: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>

- Esta tabela é de caráter referencial, todos os dados estão sujeitos à alteração sem aviso prévio por parte da operadora.

 - Rede completa e mais informações em <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br/amr>

TABELA DE VALORES

Grupos de 02 a 04 Vidas

Válido a partir de 17/08/2017

Idade	AMR [E]	AMR [A]
00 a 18	110,50	217,00
19 a 23	110,50	303,00
24 a 28	126,00	303,00
29 a 33	135,50	303,00
34 a 38	149,00	422,00
39 a 43	180,00	435,00
44 a 48	231,00	490,00
49 a 53	288,00	490,00
54 a 58	350,00	870,00
59 ou +	590,00	1155,00

Grupos de 05 a 99 Vidas

Válido a partir de 15/12/2017

Idade	AMR [E]	AMR [A]
00 a 18	87,00	169,60
19 a 23	96,00	254,90
24 a 28	102,00	257,30
29 a 33	108,00	259,60
34 a 38	122,00	369,50
39 a 43	145,00	386,30
44 a 48	230,00	431,50
49 a 53	260,00	496,30
54 a 58	310,00	764,30
59 ou +	540,00	971,50

REDE CREDENCIADA

AMR [E], AMR [A]

Centro	ABCD	Grande SP - Norte
Hospitais	Centros médicos	Hospitais
H Adventista (PSA,HG)	CM Clín de Olhos Nações - Sto Andre - SP (EL)	H Saude - Guarulhos - SP (HG)
H Sacrecoeur (M)	CM Uclin - Ribeirao Pires - SP (EL)	H Stella Maris - Guarulhos - SP (PS Ort,PSA,HG)
Zona Leste	Hospitais	Grande SP - Oeste
Hospitais	H Coracao de Jesus - Sto Andre - SP (PS Ort,PSA,HG)	Hospitais
H 8 de Maio (M,PS)	H das Acacias - Santo André - SP (PS,HG)	Clin Jandira H e M - Jandira - SP (EL)
H Master Clin (M,PS Ort,PSA,HG)	H Marques Campos - SBC - SP (CE)	H Renascença - Osasco - SP (PSA,HG)
H Sta Clara V Matilde (PSA)	H São Bernardo Adulto - SBC - SP (PS Ort,PSA,HG)	PS Barueri - Barueri - SP (PSA)
Zona Oeste	H Sao Bernardo Baeta Neves - SBC - SP (PSI,HG)	Laboratórios
Hospitais	Sta Casa - Maua - SP (M,PSA,HG)	Ghelfond, Lab Endomax, Lab Gimi, Lab Mello, Lab ZDI, Lab
Ameno Assist Med - Zona Oeste - SP (PSA)	Sta Casa - SBC - SP (PSA,HG)	Adeclin - SP, Lab Carezzato, Lab Cedil, Lab Labor União,
Clinisul (PS,PA)	Grande SP - Leste	Lab Ultra - SP, Lab Sao Francisco, Lab Alpha Clin - Osasco,
H Jardins (PSA,HG)	Hospitais	Lab Bio Imagem - Barueri, Lab Ibac, Lab Jablonka, Lab
H Portinari (M,PS,PS Ort,CE,HG)	Clín Méd Poa D'or - Suzano - SP (EL)	Cotilab, Lab Bioclinica
	H Neurocenter - Guarulhos - SP (PS Ort,PSA)	

Zona Sul	Centros médicos	
Hospitais	CM São Lucas - Itaquá - SP	(PS,PA)
H da Cruz Vermelha	(CE,HG)	
H Dom Antonio Alvarenga	(PSA)	
Neuro Reab - SP	(EL)	
Stá Casa de Sto Amaro	(M,PS Ort,PSA,HG)	

Legenda de Atendimentos

M: Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PS Ort:** Pronto Socorro Ortopedia | **PSA:** Pronto Socorro - Adulto | **EL:** Exames Laboratoriais | **PA:** Pronto Atendimento | **PSI:** Pronto Socorro Infantil | **CE:** Cirurgia Eletiva | **HG:** Hospital Geral |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Produto

Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia (com cobertura total para consultas, exames, parto, pronto-socorro e internações na rede indicada).

Taxa de Cadastro

R\$ 25,00 por titular

Formação do Grupo

PME de 02 a 99 vidas

Mínimo de 01 titular com vínculo mais 01 dependentes.

Composição

Titulares: Sócios, funcionários com vínculo empregatício e estagiários com idade limitada a 69 anos, aprendiz, menos os funcionários afastados.

Dependentes Legais: Cônjuge ou companheira, filhos limitado a 21 anos, ou 24 se estiver cursando faculdade, e o filho inválido de qualquer idade.

Prestadores de Serviços: Não tem aceitação

Trabalhadores Temporários: Tem aceitação para trabalhadores temporários com contrato de trabalho, estagiários com contrato de estágio e aprendizes com comprovação de vínculo.

Entidades - Agremiações, Associações, Clubes, Condomínios, Confederações, Cooperativas, Empresa de Segurança Armada, Entidades Filantrópicas e Religiosas, Federações, Fundações, Sindicatos e ONGs: aceitação sujeito a análise para funcionários constante do FGTS e todos os membros constantes da Ata.

Tipo de Contratação

A escolha de categoria de plano é livre para os titulares. Os dependentes não poderão escolher planos diferentes do Titular.

A contratação poderá ser Total ou Parcial.

Regras Gerais

É obrigatório informar o número da Declaração de Nascido Vivo de todos os beneficiários (titulares ou dependentes) nascidos a partir de 1º de Janeiro de 2010. Este número consta nas certidões de nascimento emitidas a partir desta data.

Não há aceitação para empresas de motoboy.

Todos os beneficiários ativos na AMR Assistência Médica que quiserem migrar para o PME AMR Assistência Médica, devem fazer contato direto para obter o aproveitamento das carências.

Segurados cancelados há 01 dia, poderá aderir normalmente ao PME através do corretor, e com pagamento de comissão normal, porém sem nenhum aproveitamento de carências.

Acima de 30 vidas solicitação estudo para área técnica, porque já será considerado com empresarial

O endereço da ficha de adesão deve ser o endereço residencial de cada titular. Não podendo ser o mesmo endereço da empresa.

Avaliação Médica

Para beneficiários de 0 a 05 anos inclusive, e entre 59 anos até 69 anos, e com IMC acima de 34 será necessário o agendamento de avaliação médica antes do preenchimento da proposta.

O beneficiário convocado que não comparecer a entrevista, terá o seu contrato cancelado.

Documentos Necessários

Empresa: cópia do Contrato Social e suas alterações ou Requerimento do Empresário, com selo da Jucesp ou carimbo que fica no verso da página ou Certificado de Microempreendedor (MEI) ou Cadastro Específico do INSS (CEI) com tempo de constituição mínimo de 06 meses e documento de identificação com foto e assinatura do responsável pela empresa; cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário). - Seguros contratados por empresas MEI (Microempreendedor Individual) – enviar também a atual versão da Declaração de Autenticidade, com firma reconhecida em cartório.

Importante: quando o contrato for assinado pelo procurador da empresa, deve-se apresentar procuração registrada em cartório que garanta “plenos poderes para administrar a empresa, firmar compromissos ou assinar contratos” e cópia do RG ou CNH do procurador.

Titular – cópia de RG, CPF ou CNH, CNS-Cartão Nacional da Saúde e comprovante de endereço.

Cônjuge ou companheiro (a): cópia RG, CPF ou CNH, CNS-Cartão Nacional da Saúde, certidão de casamento ou declaração de convivência marital simples, ou certidão de nascimento de filhos em comum.

Filhos: RG, CPF (independentemente da idade) ou CNH (para maiores de 18 anos), CNS-Cartão Nacional da Saúde, certidão de nascimento, a guarda definitiva ou tutela, e declaração escolar e comprovante de pagamento do curso superior quando universitário.

Entidades: Estatuto Social, ata da reunião vigente, cópia do documento do responsável e guia quitada e relação do FGTS mais recente para comprovação de vínculo dos funcionários.

Empresa com atividade rural: cópia do CNPJ atual, DECA e INCRA (Certificado de Cadastro de Imóvel Rural).

Mudança de Faixa Etária

Se o início de vigência da proposta coincidir com o mês do aniversário do beneficiário, a proposta deverá ser preenchida com o valor da nova faixa etária.

Vigência / Vencimento

Data de assinatura	Início de vigência	Data de Vencimento do boleto
De 01 a 15	Dia 15 do mês	05 do mês da vigência
De 16 a 30	Dia 20 do mês	10 do mês da vigência

Área de Comercialização / Utilização

SP/Capital + Grande São Paulo

Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Jujubá, 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 e Vargem Grande Paulista.

Movimentação Cadastral

Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão), exclusões, alterações de dados, 2ª via de cartões e etc., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa, observando que inclusão de dependentes só em caso de nascimento, casamento, adoção.

Cancelamento do Contrato

Caso a contratante solicite o cancelamento do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à contratada no valor correspondente a 10% (dez por cento) das contraprestações a vencer até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

Redução para beneficiários com idade limitada a 64 anos 11 meses e 29 dias.

Mínimo de 03 meses de plano anterior.

Para ter redução de carência – não pode ultrapassar 60 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa

Não há redução de carências para doenças ou lesões preexistentes.

Reduz carência para qualquer plano com registro na ANS.

Documentos necessários

Redução para ex – beneficiários de plano individual

Cópia do último boleto quitado, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras;

Carteirinha com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

Se na carteirinha não constar às informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e o tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento) Ou

Carta original da operadora em papel timbrado com carimbo do CNPJ.

Redução para ex – beneficiários de PME e Grupal: cópia da carteirinha, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos, carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermaria ou apartamento, tempo de permanência – Início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assinar a carta.

Ou

Carta de permanência da operadora anterior.

Ou

Cópia da última fatura quitada e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.