

## TABELA DE VALORES

### Grupos de 02 a 29 Vidas - SEM Coparticipação

[E] Enfermaria | [A] Apartamento

Válido a partir de 01/05/2017

Idade	Ouro 100 [E]	Ouro 120 [A]	Ouro 200 [E]	Ouro 220 [A]
00 a 18	107,60	123,75	118,25	135,99
19 a 23	115,77	133,14	127,22	146,32
24 a 28	130,08	149,59	142,93	164,39
29 a 33	170,25	195,79	187,09	215,17
34 a 38	208,39	239,64	228,99	263,36
39 a 43	217,93	250,62	239,48	275,40
44 a 48	278,60	320,39	306,16	352,07
49 a 53	313,46	360,47	344,46	396,12
54 a 58	455,89	524,27	500,98	576,12
59 ou +	585,09	672,85	642,95	739,39

### Grupos de 02 a 29 - COM Coparticipação

Válido a partir de 01/05/2017

Idade	Platinum 100 [E]	Platinum 120 [A]	Platinum 200 [E]	Platinum 220 [A]
00 a 18	91,95	105,74	95,99	110,39
19 a 23	98,93	113,77	103,28	118,77
24 a 28	111,15	127,82	116,04	133,44
29 a 33	145,48	167,30	151,88	174,66
34 a 38	178,07	204,78	185,90	213,79
39 a 43	186,23	214,14	194,40	223,56
44 a 48	238,08	273,76	248,54	285,82
49 a 53	267,86	308,01	279,63	321,57
54 a 58	389,58	447,97	406,70	467,70
59 ou +	499,99	574,92	521,96	600,25

### Grupos de 30 a 99 Vidas - SEM Coparticipação

Válido a partir de 01/05/2017

Idade	Ouro 100 [E]	Ouro 120 [A]	Ouro 200 [E]	Ouro 220 [A]
00 a 18	102,22	117,56	112,33	129,19
19 a 23	109,98	126,48	120,85	139,00
24 a 28	123,58	142,11	135,78	156,17
29 a 33	161,74	186,00	177,72	204,41
34 a 38	197,97	227,66	217,53	250,20
39 a 43	207,03	238,09	227,49	261,64
44 a 48	264,67	304,37	290,83	334,48
49 a 53	297,78	342,45	327,21	376,32
54 a 58	433,10	498,06	475,90	547,33
59 ou +	555,84	639,21	610,77	702,44

### Grupos de 30 a 99 - COM Coparticipação

Válido a partir de 01/05/2017

Idade	Platinum 100 [E]	Platinum 120 [A]	Platinum 200 [E]	Platinum 220 [A]
00 a 18	87,35	100,46	91,19	104,87
19 a 23	93,98	108,08	98,12	112,83
24 a 28	105,59	121,43	110,23	126,76
29 a 33	138,21	158,94	144,29	165,92
34 a 38	169,17	194,54	176,61	203,08
39 a 43	176,90	203,43	184,68	212,37
44 a 48	226,15	260,07	236,11	271,51
49 a 53	254,44	292,61	265,65	305,48

54 a 58	370,06	425,57	386,36	444,29
59 ou +	474,94	546,17	495,86	570,20

## REDE CREDENCIADA

### Ouro 100, Ouro 120, Platinum 100, Platinum 120

Centro	Zona Oeste	Grande SP - Norte
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>
H Igesp (PSA)	Clinisul (PS)	H Bom Clima - Guarulhos - SP (M,PS)
H Sacrecoeur (M,PS Ob)	H Jardins (M,PS)	H Stella Maris - Guarulhos - SP (PSA)
<b>Rede própria</b>	H Portinari (M,PS)	<b>Grande SP - Oeste</b>
Unid Med Bela Vista (PA)	PS N S Pompeia (PS)	<b>Hospitais</b>
Unid Med Tabatinguera (PA)	<b>Rede própria</b>	H Renascença - Osasco - SP (M,PS)
<b>Zona Leste</b>	Unid Med Lapa (PA)	<b>Litoral</b>
<b>Hospitais</b>	<b>Zona Sul</b>	<b>Hospitais</b>
H 8 de Maio (M,PS)	<b>Hospitais</b>	H Frei Galvao - Santos - SP (PS)
H Cema Zona Leste (PS)	H Bosque da Saude (M,PS)	H Guarujá - Guarujá - SP (PS)
H Master Clin (M,PS)	H Dom Antonio Alvarenga (PSA)	H Sao Jose - Sao Vicente - SP (PS)
H Montemagno (PS)	H Ruben Berta (PS)	H Sao Lucas - Santos - SP (M,PSA)
H Sta Clara V Matilde (PSA)	Sta Casa de Sto Amaro (PSA)	<b>Rede própria</b>
H Sto Expedito (PS)	<b>Rede própria</b>	Unid Med - Praia Grande - SP (PA)
<b>Rede própria</b>	Unid Med Campo Belo (PA)	Unid Med - Santos - SP (PA)
Unid Med Tatuape (PA)	<b>ABCD</b>	Unid Med - Sao Vicente - SP (PA)
<b>Zona Norte</b>	<b>Hospitais</b>	Unid Med / Trasmontano - Guarujá - SP (PA)
<b>Hospitais</b>	H Central - SCS - SP (PSA)	<b>Laboratórios</b>
H N S do Rosario (M,PS)	H Coracao de Jesus - Sto Andre - SP (PS)	Lab Cadi, Lab Nasa, Lab Cedil, Lab Maxxilab, Lab Valzacchi,
H Presidente (PSA)	H São Bernardo Adulto - SBC - SP (PS)	Lab Sanitas, Lab Laboramed
<b>Rede própria</b>	H Vital - Maua - SP (PS)	
Unid Med Santana (PA)	Sta Casa - Maua - SP (M,PS)	
	<b>Rede própria</b>	
	Unid Med - SBC - SP (PA)	

### Ouro 200, Ouro 220, Platinum 200, Platinum 220

Centro	Zona Oeste	Grande SP - Norte
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>
H Igesp (H,PS)	Clinisul (PS)	H Bom Clima - Guarulhos - SP (H,M,PS)
H Sacrecoeur (H,M,PS)	H Jardins (H,PS)	H Stella Maris - Guarulhos - SP (H,M,PS)
<b>Rede própria</b>	H Portinari (H,M,PS)	<b>Grande SP - Oeste</b>
Unid Med Bela Vista (PA)	PS N S Pompeia (PS)	<b>Hospitais</b>
Unid Med Tabatinguera (PA)	<b>Rede própria</b>	H Renascença - Osasco - SP (H,M,PS)
<b>Zona Leste</b>	Unid Med Lapa (PA)	<b>Litoral</b>
<b>Hospitais</b>	<b>Zona Sul</b>	<b>Hospitais</b>
Clinicordis (H,PS)	<b>Hospitais</b>	H Frei Galvao - Santos - SP (H,PS)
H 8 de Maio (H,M,PS)	API Assist Psiquiatria (H,PS)	H Sao Jose - Sao Vicente - SP (H,PS)
H Cema Zona Leste (PS)	H Bosque da Saude (H,M,PS)	H Sao Lucas - Santos - SP (H,M,PS)
H Master Clin (H,M,PS)	H Dom Antonio Alvarenga (H,PS)	H Sto Amaro - Guarujá - SP (H,M,PS)
H Montemagno (H,PS)	H Ruben Berta (PS)	<b>Rede própria</b>
H Sta Clara V Matilde (H,M,PS)	Sta Casa de Sto Amaro (H,PS)	Unid Med - Praia Grande - SP (PA)
H Sto Expedito (H,PS)	<b>Rede própria</b>	Unid Med - Santos - SP (PA)
<b>Rede própria</b>	Unid Med Campo Belo (PA)	Unid Med - Sao Vicente - SP (PA)
Unid Med Tatuape (PA)	<b>ABCD</b>	Unid Med / Trasmontano - Guarujá - SP (PA)
<b>Zona Norte</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Laboratórios</b>
<b>Hospitais</b>	H Central - SCS - SP (H,PS)	Inst Med Humana e Vitae, Lab Sanitas, Lab Cellula Mater,
H N S do Rosario (H,M,PS)	H Coracao de Jesus - Sto Andre - SP (H,M,PS)	Lab Gonzaga
H Presidente (H,PS)	H Next Sao Bernardo - SBC - SP (H,PS)	
<b>Rede própria</b>	Sta Casa - Maua - SP (H,M,PS)	
Unid Med Santana (PA)	<b>Rede própria</b>	
	Unid Med - SBC - SP (PA)	

### Legenda de Atendimentos

**H:** Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PSA:** Pronto Socorro - Adulto | **PS Ob:** Pronto Socorro Obstétrico | **EL:** Exames Laboratoriais | **PA:** Pronto

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### Taxa de Cadastro

R\$ 50,00 por contrato.

### Formação do Grupo

**PME** de 02 a 99 vidas

Mínimo 01 titular com vínculo mais 01 dependente.

### Composição

**Titulares:** Sócios, funcionários com vínculo (FGTS), estagiários, (menos os funcionários afastados) e Administradores constantes do contrato social.

**Funcionários:** deverá comprovar com vínculo empregatício (FGTS).

**Dependentes Legais:** cônjuge ou companheira, filhos ou enteados solteiros até 29 anos 11 meses e 29 dias, filhos inválidos sem limite de idade.

**Aprendizes:** Maiores de 14 anos e menores de 24 anos.

**Estagiários:** Sem limite de idade, comprovar vínculo empregatício.

**Expatriados/Estrangeiros:** comprovar vínculo empregatício.

**Demitidos/Aposentados:** somente com extensão de benefício legal, concedido pela empresa.

**Temporários:** contrato de trabalho temporário entre o estipulante, a empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

**Estatutário:** nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação ao estipulante.

**Prestadores de Serviços:** Não tem aceitação.

**Afastados:** caso faça parte do grupo que está aderindo ao seguro, precisa ser previamente informado para que a Trasmontano possa emitir estudo.

**Agentes Políticos:** nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação ao estipulante.

**Partidos Políticos, Igrejas, Templos ou empresas de materiais bélicos e/ou explosivos:** não tem aceitação.

### Tipo de Contratação

A contratação poderá ser Total ou Parcial.

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

### Regras de Coparticipação

**CO-PARTICIPAÇÃO** é a parte efetivamente paga pelo beneficiário, referente à realização de consultas ambulatoriais, consultas em pronto socorro e exames, de acordo com as coberturas contratadas, considerando que:

- Os valores constantes na tabela mencionada serão reajustados anualmente;
- A operadora manterá em seu portal na internet a ferramenta específica para que o beneficiário possa consultar o valor atualizado da coparticipação quando utilizar os serviços;
- Os valores da coparticipação serão cobrados juntamente com a fatura mensal dos serviços.

Procedimentos	Valor
Consulta Ambulatorial	R\$ 15,00
Consulta Pronto Socorro	R\$ 22,00
<b>Exames Simples</b> <b>Exemplos:</b> Endoscopia, hemograma complete, protoparasitológico de fezes, raio-x seios da face, raio-x torax, ultrassonografia abdômem total, ultrassonografia obstétrica e urina tipo I.	R\$ 5,00
<b>Exames Especiais</b> <b>Exemplos:</b> Cintilografia do miocárdio, colonoscopia, ecodoppler membros inferiores, ressonância magnética com e sem contraste, tomografia computadorizada com ou sem contraste.	R\$ 25,00

### Mudança de Faixa Etária

A proposta deve ser preenchida com a idade que o beneficiário possui na data de assinatura, caso haja alteração de faixa etária até o início de vigência do plano, a diferença de valores será cobrada na 1ª fatura.

### Vigência / Vencimento

Data da assinatura	Início de vigência	Data de vencimento
De 01 a 05	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês
De 06 a 10	Dia 25 do mês	Dia 25 do mês
De 11 a 15	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês
De 16 a 20	Dia 05 do mês seguinte	Dia 05 do mês seguinte
De 21 a 25	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês seguinte
De 26 a 31	Dia 15 do mês seguinte	Dia 15 do mês seguinte

### Área de Comercialização / Utilização

Área de abrangência de comercialização: São Paulo, Guarujá, Guarulhos, Mauá, Osasco, Praia Grande, Santos, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.

### Diferenciais de Coberturas

Central de emergências disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana para prestar orientações em casos de dúvidas nas urgências e emergências – SP 2632-5555 – Demais localidades 0800 770 4412

**Farmácia Trasmontano:** uma farmácia exclusiva que oferece medicamentos com até 70% de desconto, facilidade de pagamento e entrega em domicílio – TrasFarma

**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 do valor equivalente à soma das mensalidades 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, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos.

**CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS****Crítérios de Redução de Carência**

Aditivo de redução de Carência PME - CAR 38

Idade limite para redução de carências 65 anos.

PRC I - válido para beneficiários de empresas de 02 a 29 vidas sem plano anterior;

PRC II - Válido para beneficiário de empresas de 02 a 10 vidas, que sejam oriundos de operadora congênera, com permanência superior a 12 meses e que estejam inadimplentes há no máximo 60 dias.

PRC III - Válido para beneficiário de empresas de 11 a 29 vidas, que sejam oriundos de operadora congênera, com permanência superior a 12 meses e que estejam inadimplentes há no máximo 60 dias.

**Redução para ex – beneficiários de plano individual**

Cópia dos 03 últimos boletos quitados, 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 das 03 últimas faturas quitadas e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

Grupo de carências reduzidas	Carência contratual	PRC I Promoção de redução de carências	PRC II Promoção de redução de carências	PRC III Promoção de redução de carências
	03 – 29 vidas			
Urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
<b>Consultas médicas e exames simples:</b> análises clínicas (exceto moleculares), radiologia sem contraste, eletrocardiograma simples, eletroencefalografia simples, audiometria simples, mamografia simples, colpocitologia oncótica (Papanicolau), colposcopia, ultrassonografia simples (exceto obstétrico), teste ergométrico simples e nutricionista.	30 dias	30 dias	24 horas	24 horas
<b>Exames especiais I / Terapias I:</b> Acupuntura (exceto materiais), esofagogastroduodenoscopia diagnóstica (endoscopia), fisioterapia, laringoscopia diagnóstica, exames alergológicos, otorrinológicos e oftalmológicos (exceto teste ortóptico), exames de anatomia patológica (exceto hibridização molecular imunoperoxidase e imunohistoquímico), biópsias (ato de coleta), amniocentese, ecocardiograma bidimensional com Doppler, Holter, Eletroneuromiografia, Densitometria óssea, Mapa, Penisscopia, Vulvosscopia.	180 dias	30 dias	24 horas	24 horas
<b>Exames especiais II:</b> Colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia, prova de função pulmonar, exames de radiologia com contraste, monitoramento cardíofetal, cistosscopia e fotocoagulação.	180 dias	60 dias	30 dias	15 dias
<b>Internações e procedimentos ambulatoriais:</b> Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, internações clínicas e cirúrgicas de urgência e/ou emergência nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (exceto nas especialidades previstas no item abaixo) e internações eletivas nas especialidades de aparelho digestivo e anexos, videolaparoscopia, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias), tomografia computadorizada, ressonância magnética, diálise e hemodiálise, transfusões e hemoderivados e ultrassonografia com Doppler (exceto doenças preexistentes).	180 dias	120 dias	60 Dias	30 dias
<b>Internações e procedimentos especiais:</b> Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos relacionados a transplantes de rins e córneas e suas consequências, internações decorrentes de patologias cardíacas e neurológicas (clínicas ou cirúrgicas), hemodinâmica, quimioterapia e radioterapia, radiologia intervencionista, internações em psiquiatria, exames de ultrassonografia (morfológica fetal, próstata transretal com biópsia), cirurgia buco maxilo facial, psicologia, fonoaudiologia, internações hospitalares de portadores de doenças de notificação compulsória inclusive AIDS, demais procedimentos não citados acima e previstos no rol da ANS (exceto preexistentes).	180 dias	180 dias	120 dias	90 dias
Partos a termo, normal ou cirúrgico.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Doenças ou lesões preexistentes.	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

**Comunicado de Reajuste**

Haverá substituição dos produtos e alteração de valores a partir de 01/03/17.

Ouro 100/200 para Ouro 120/220

Platinum 100/200 para Platinum 120/220

Não haverá alteração nas propostas, pois os planos novos já constam impressos nas propostas vigentes.  
Aceitaremos propostas com os valores atuais datadas de 28/02/17 até 02/03/17 as 16:00 hs.

---

**Taxa de Cadastro** R\$ 50,00 por contrato.

**Aviso Importante: todos os dados inclusive rede de hospitais estão sujeitos à alteração por parte da Operadora, sem aviso prévio.**