



### Trasmontano

plano: empresarial (minimo de 2 pessoas)

corretora: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>

email: [contato@planosdesaudetodosaqui.com.br](mailto:contato@planosdesaudetodosaqui.com.br)

telefone: 11 4215.8900

tabela sujeita a alterações da operadora sem aviso prévio, confirme preços, rede e carencias no ato do fechamento do contrato.

## TABELA DE VALORES

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

Válido a partir de 05/10/2017

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	133,15	127,22	146,32
24 a 28	130,07	149,59	142,93	164,39
29 a 33	170,25	195,80	187,09	215,17
34 a 38	208,39	239,65	228,99	263,36
39 a 43	217,95	250,62	239,48	275,40
44 a 48	278,62	320,40	306,16	352,07
49 a 53	313,48	360,48	344,46	396,12
54 a 58	455,93	524,27	500,98	576,12
59 ou +	585,15	672,85	642,95	739,39

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

Válido a partir de 05/10/2017

Idade	Platinum 120 [A]	Platinum 100 [E]	Platinum 200 [E]	Platinum 220 [A]
00 a 18	105,74	91,95	95,99	110,39
19 a 23	113,77	98,93	103,28	118,77
24 a 28	127,83	111,15	116,04	133,44
29 a 33	167,31	145,49	151,88	174,66
34 a 38	204,78	178,07	185,90	213,79
39 a 43	214,14	186,23	194,40	223,56
44 a 48	273,76	238,08	248,54	285,82
49 a 53	308,01	267,87	279,63	321,57
54 a 58	447,97	389,58	406,70	467,70
59 ou +	574,93	499,99	521,96	600,25

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

Válido a partir de 05/10/2017

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	126,49	120,85	139,00
24 a 28	123,57	142,11	135,78	156,17
29 a 33	161,76	186,01	177,72	204,41
34 a 38	197,97	227,67	217,53	250,20
39 a 43	207,04	238,09	227,49	261,64
44 a 48	264,67	304,38	290,83	334,48
49 a 53	297,79	342,45	327,21	376,32
54 a 58	433,10	498,06	475,90	547,33
59 ou +	555,85	639,21	610,77	702,44

**Grupos de 30 a 99 Vidas - COM Coparticipação**

Válido a partir de 05/10/2017

Idade	Platinum 120 [A]	Platinum 100 [E]	Platinum 200 [E]	Platinum 220 [A]
00 a 18	100,46	87,35	91,19	104,87
19 a 23	108,09	93,98	98,12	112,83
24 a 28	121,43	105,59	110,23	126,76
29 a 33	158,94	138,21	144,29	165,92
34 a 38	194,55	169,17	176,61	203,08
39 a 43	203,44	176,92	184,68	212,37
44 a 48	260,07	226,15	236,11	271,51
49 a 53	292,61	254,45	265,65	305,48
54 a 58	425,58	370,06	386,36	444,29
59 ou +	546,18	474,94	495,86	570,20

**REDE CREDENCIADA**

**Ouro 100, Ouro 120, Platinum 100**

**SP - Centro**

**Rede própria**

CM Trasmontano - Bela Vista - SP (PA)  
 CM Trasmontano (Sede) - Tabatinguera - SP (PA)

**Hospitais**

H Igesp (H,PSA)  
 H Sacrecoeur (M,PS Ob)

**SP - Zona Leste**

**Rede própria**

CM Trasmontano - Tatuapé - SP (PA)

**Hospitais**

H 8 de Maio (H,M,PS,PS Ob)  
 H Central Guaianazes (M)  
 H Master Clin (H,M,PS,PS Ob)  
 H Montemagno (PS)  
 H Sta Clara V Matilde (H,PSA)  
 H Sto Expedito (H,PS)

**SP - Zona Norte**

**Rede própria**

CM Trasmontano - Santana - SP (PA)

**Hospitais**

H N S do Rosario (H,M,PS,PS Ob)  
 H Presidente (H,PSA)

**SP - Zona Oeste**

**Rede própria**

CM Trasmontano - Lapa - SP (PA)  
**Hospitais**

H Jardins (H,PSA)  
 H Portinari (H,M,PS,PS Ob)  
 PS N S Pompeia (PS)

**SP - Zona Sul**

**Hospitais**

API Assist Psiquiatria (PS)  
 Clinisul (PS)  
 H Bosque da Saude (H,M,PS,PS Ob)  
 H Dom Antonio Alvarenga (H,PSA)  
 H Ruben Berta (PS Ot)  
 Sta Casa de Sto Amaro (H,PSA)  
**Rede própria**  
 CM Trasmontano - Campo Belo - SP (PA)

**SP - ABCD**

**Rede própria**

CM Trasmontano - SBC - SP (PA)  
**Hospitais**  
 H Central - SCS - SP (H,PSA)  
 H Coração de Jesus - Sto Andre - SP (H,PS)  
 H Vitalidade - Maua - SP (H,PS)  
 Sta Casa - Maua - SP (H,M,PS,PS Ob)  
 Sta Casa - SBC - SP (H,PSA)

**SP - Grande SP - Norte**

**Hospitais**

H Bom Clima - Guarulhos - SP (H,M,PS,PS Ob)  
 H Stella Maris - Guarulhos - SP (H,PSA)

**SP - Grande SP - Oeste**

**Hospitais**

H Renascença - Osasco - SP (H,M,PS,PS Ob)

**SP - Litoral**

**Rede própria**

CM Trasmontano - Guarujá - SP (PA)  
 CM Trasmontano - Praia Grande - SP (PA)  
 CM Trasmontano - Santos - SP (EL)  
 CM Trasmontano - Sao Vicente - SP (PA)

**Hospitais**

H Frei Galvao - Santos - SP (H,PS)  
 H Guarujá - Guarujá - SP (H,PS)  
 H Sao Jose - Sao Vicente - SP (H,PS)  
 H Sao Lucas - Santos - SP (H,M,PSA,PS Ob)

**Laboratórios**

Lab Cadi, Lab Nasa, Lab Cedil, Lab Biocenter, Lab Hormon, Lab Valzacchi, CID - Centro Int de Diag - SP, Lab Sanitas, Lab Laboramed, Lab Gonzaga

**Ouro 200, Ouro 220, Platinum 200, Platinum 220**

**SP - Centro**

**Hospitais**

H Adventista (H,PSA)

**SP - Zona Leste**

**Hospitais**

Day H Erm Matarazzo (H,PSA)  
 H Sao Miguel (H,PS)

**Legenda de Atendimentos**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**Produto**

Ambulatorial e Hospitalar COM obstetria

## Taxa de Cadastro

R\$ 50,00 por contrato.

## Formação do Grupo

**PME** de 02 a 99 vidas - para empresas Ltda

Mínimo 01 titular com vínculo mais 01 dependente, obrigatório 50% da massa do FGTS e no mínimo 02 vidas maiores de 18 anos.

**PME** a partir de 03 vidas - para empresas MEI, ME e EPP - com no mínimo 180 dias de abertura.

Condição para 2 vidas: obrigatório 2 maiores de 18 anos.

No MEI apenas 1 funcionário CLT e para ME, EIRELLI, EPP E S/A ilimitado.

Mínimo 01 titular mais 02 dependentes

## 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 companheiro (a), filhos ou enteados solteiros até 64 anos 11 meses e 29 dias, filhos inválidos sem limite de idade

**Agregados:** pai, mãe, irmãos, avós, netos, tios, sobrinhos, sogro, sogra, genro, nora, padrasto e madrastra e cunhados (as) com idade limitada a 65 anos.

**Aprendizes:** Maiores de 16 anos e menores de 24 anos.

**Estagiários:** Maiores de 16 anos, 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.

A aceitação para MEI está condicionada a grupos a partir de 03 vidas.

Sendo obrigatório a inclusão do dono da empresa

## Regras Gerais

**Titular:** a assinatura do contrato de adesão deve ser exatamente igual ao documento entregue (RG ou CNH), é obrigatório informar também o número do telefone e e-mail do titular.

Todos os hospitais dão atendimento a Internações Eletivas desde que o atendimento seja via Pronto Socorro.

A comercialização de ex-beneficiários Trasmontano para Trasmontano PME só pode ser feita através do corretor com comissionamento normal após 90 dias do cancelamento do plano anterior em sistema. Entre 1 e 90 dias o processo é completamente administrativo.

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 tem aceitação para empresa de motoboy.

## Avaliação Médica

Todos os beneficiários de um contrato são passíveis de agendamento para entrevista qualificada.

## Regras de Coparticipação

**COPARTICIPAÇÃO** 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 tórax, ultrassonografia abdômen total, ultrassonografia obstétrica e urina tipo I.	R\$ 5,00
<b>Exames Especiais</b> <b>Exemplos:</b> Cintilografia do miocárdio, colonoscopia, ecodopler membros inferiores, ressonância magnética com e sem contraste, tomografia computadorizada com ou sem contraste.	R\$ 25,00

## 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; enviar também a atual versão da Declaração de Autenticidade, com firma reconhecida em cartório; cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário).

**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 e CPF ou CNH e comprovante de endereço recente.

**Recém-contratado:** cópia das páginas da carteira de trabalho (foto, qualificação civil e registro), recibo completo do CAGED e ficha de registro.

**Cônjuge ou companheira:** cópia de RG, CPF ou CNH e certidão de casamento ou escritura pública de declaração de união estável emitida por cartório de títulos e

documentos na qual, ambos os companheiros declaram união estável e o início da convivência; ou

- declaração firmada por ambos os companheiros, onde declaram a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou certidão de nascimento de filho em comum.

**Filhos solteiros até 29 anos 11 meses e 29 dias:** cópia do RG, CPF e certidão de nascimento.

**Filhos adotivos ou tutelados até 29 anos 11 meses e 29 dias:** cópia do RG, CPF, certidão de nascimento e documento de adoção ou termo de tutela.

**Enteados:** cópia do RG ou CNH ou Certidão de nascimento juntamente com a Certidão de casamento ou declaração de convivência marital do pai/mãe.

**Pai/Mãe:** Cópia do RG ou CNH para comprovação de vínculo com o titular;

**Irmãos(ãs):** Cópia do RG ou CNH, ou certidão de nascimento para comprovação de vínculo com o titular;

**Avós:** Cópia do RG ou CNH, juntamente com a o RG dos pais, ou certidão de nascimento do titular para comprovação de vínculo;

**Netos(as):** certidão de nascimento ou cópia do RG ou CNH juntamente com a cópia do RG ou CNH dos pais para comprovação de vínculo.

**Tios(as):** cópia do RG ou CNH dos tios e dos pais do titular para comprovar pais em comum.

**Sobrinhos(as):** cópia do RG ou CNH dos sobrinhos e certidão de casamento dos pais ou cópia da certidão de nascimento dos sobrinhos para comprovação de vínculo.

**Sogro/Sogra:** cópia de RG ou CNH dos sogros e Certidão de casamento do titular ou declaração de convivência marital juntamente com o RG ou CNH do cônjuge para comprovação de vínculo.

**Genro/Nora:** cópia de RG ou CNH dos mesmos e Certidão de casamento ou declaração de convivência marital do genro/nora juntamente com o RG ou CNH do filho para comprovação de vínculo.

**Padrasto/Madrasta:** cópia de RG ou CNH dos mesmos, juntamente com a Certidão de casamento ou declaração de convivência marital com o pai/mãe.

**Cunhado/Cunhada:** Cópia do RG ou CNH dos mesmos, juntamente com a Certidão de casamento ou declaração de convivência marital;

**Estagiários:** cópia do RG, CPF e do contrato de estágio assinado e carimbado pela Instituição de Ensino e pela empresa empregadora.

**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).

### Contratos e/ou Aditivos Vigentes

Contrato Coletivo Empresarial

Aditivo de Ingresso Promocional - versão Set/2015 - Clique aqui

Aditivo de redução de carências - CAR 42 - assinatura obrigatória do responsável pela empresa - Clique aqui

Aditivo Promocional de aceitação de dependentes - assinatura obrigatória do responsável pela empresa - Clique aqui

Ficha de movimentação cadastral + Carta de orientação ao beneficiário + declaração de saúde - Clique aqui

Formulário Empresas Coligadas PME - Clique aqui

Informações adicionais - preenchimento e assinatura obrigatória para processos a partir de 30 vidas. - Clique aqui

Ficha de Correção Cadastral - corrige todos os campos exceto a data - Clique aqui

Layout para processos a partir de 30 vidas - Clique aqui

### Dados da Proposta

**A Proposta Contratual**, assim como os aditivos e todo e qualquer campo onde seja solicitada a assinatura do responsável pela empresa, deverá estar devidamente preenchida com assinatura exatamente igual ao Contrato Social do sócio ou proprietário da Empresa que estiver indicado na cláusula de ADM.

Obrigatório o preenchimento do campo da inscrição estadual ou municipal, e o e-mail da empresa;

**A Ficha de Adesão** com declaração de saúde e carta de orientação ao beneficiário que deverá ser assinada pelo Titular e deverão conter obrigatoriamente os nomes completos sem abreviações: do usuário, dos dependentes e da mãe.

O endereço da **ficha de adesão** deve ser o **endereço residencial** de cada titular (não podendo ser o mesmo endereço da empresa).

A Ficha de Adesão / Movimentação Cadastral - que faz parte do contrato servirá apenas para 01 titular e 03 dependentes, se houver número diferente deste deverão ser solicitadas fichas de adesão em separado.

As folhas de RATIFICAÇÃO e RATIFICAÇÃO devem ser assinadas sem preenchimento.

Toda e qualquer proposta Pessoa Jurídica que utilizar deste instrumento é necessário que seja enviada todas as vias da mesma, caso contrato será devolvido com pendência e não será cadastrado.

### 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 do protocolo na operadora	Início de vigência	Vencimento
De 01 a 05	Dia 15 do mês	Dia 15 do mês de vigência
De 06 a 10	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês de vigência
De 11 a 15	Dia 25 do mês	Dia 25 do mês de vigência
De 16 a 20	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês de vigência
De 21 a 25	Dia 05 do mês seguinte	Dia 05 do mês de vigência
De 26 a 31	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês de vigência

### Prazo de Entrega das Propostas

Todas as propostas de PME (sem nenhuma pendência) serão enviadas à operadora no dia seguinte ao recebimento na área técnica, FIQUEM ATENTOS para não perder o prazo de vigência.

### Área de Comercialização / Utilização

Este produto pode ser comercializado nos municípios de: 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 3293-1510

## Telefones Úteis

Central de atendimento ao corretor: (11) 3293-1511

Central de atendimento ao cliente: (11) 3293-1515

## Movimentação Cadastral

Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão, nascimento, casamento ou adoção), exclusões, alterações de dados, 2ª via de cartões e etc., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa - 3293-1511.

## 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 42

PRC I - válido para beneficiários de empresas de 03 a 29 vidas sem plano anterior;

Idade limite para redução de carências para sócio e seus cônjuges até 75 anos.

Idade limite para redução de carência para funcionários e seus cônjuges até 65 anos.

Idade limite para redução de carência para proprietários de MEI e seus cônjuges até 70 anos.

PRC II - Válido para beneficiário de empresas de 03 a 10 vidas, que sejam oriundos de operadora congênere, 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 congênere, 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, juntamente com a cópia da carteirinha.

### 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.

Carta de permanência da operadora anterior.

Ou

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

Empresa/MEI – Condições para Redução de carências				
Titulares	Redução de carências até	Dependentes		Redução de carências até
Sócios MEI	70 anos	Sócios MEI	Cônjuge	70 anos
Sócios Empresa	75 anos	Sócios Empresa	Cônjuge	75 anos
CLT	65 anos	CLT	Cônjuge	65 anos
Prestador	58 anos	Prestador	Cônjuge	58 anos
		Beneficiários	Filhos solteiros	29 anos

Obs: os critérios de elegibilidade dos dependentes devem ser observados, conforme as condições gerais do contrato (item 3.2).

Grupo de carências	Carência contratual	PRC I Promoção de redução de carências	PRC II Promoção de redução de carências acima de 12 meses	PRC III Promoção de redução de carências acima de 12 meses
	03 – 29 vidas	03 – 29 vidas	03 a 10 vidas	11 a 29 vidas
<b>1 - Urgência e emergência:</b> atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, urgência e emergência, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do instrumento de Assistência a Saúde, respeitada a Resolução da Consu nº 13	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
<b>2 - Consultas médicas e exames simples:</b> análises clínicas (exceto moleculares), radiografia sem contraste, eletrocardiograma simples, Colpocitologia oncótica (papanicolau), Colposcopia, Vulvosscopia, ultrassonografia simples (exceto obstétrico), teste ergométrico simples e nutricionista	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
<b>3 - Exames especiais I:</b> endoscopia, laringoscopia diagnóstica, audiometria tonal, audiometria vocal, impedanciometria, curva tensional diária, campimetria, mapeamento de retina, tonometria, peniscopia, densitometria óssea e nasofibrolaringoscopia	180 dias	60 dias	30 dias	15 dias
<b>4 - Exames especiais II / Terapias:</b> Fisioterapia, Acupuntura, Prova de Função Pulmonar, Raios X com contraste, eletroneuromiografia e mamografia simples.	180 dias	60 dias	30 dias	15 dias

<b>5 - Internações e procedimentos ambulatoriais:</b> Internações cirúrgicas, eletivas ou de urgência / emergências nas especialidades de: Aparelho digestivo / órgãos anexos / parede abdominal e Proctologia videolaparoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia, ecocardiograma bidimensional com doppler, mapa, Holter 24hs.	180 dias	120 dias	60 Dias	30 dias
<b>6 - 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, medicina nuclear (mapeamento, cintilografia), diálise e hemodiálise, transfusões e hemoderivados, internações hospitalares de portadores de doenças de notificação compulsória inclusive AIDS, demais procedimentos não citados acima e previstos no rol da ANS.	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