

## TABELA DE VALORES

### Samed Saude de 02 a 29 Vidas

[E] Enfermaria | [A] Apartamento

Válido a partir de 01/11/2017

Idade	Bronze [E]	Prata [A]	Ouro [E]	Itapeti Executivo I [A]
00 a 18	99,02	104,14	108,69	133,01
19 a 23	106,55	112,02	116,93	135,71
24 a 28	131,40	138,19	144,23	171,82
29 a 33	140,72	147,99	154,47	185,24
34 a 38	152,05	159,92	166,90	207,97
39 a 43	156,45	164,54	171,73	211,77
44 a 48	250,40	263,32	274,84	346,68
49 a 53	301,06	316,59	330,44	408,86
54 a 58	387,55	407,55	425,37	523,18
59 ou +	583,37	613,48	640,31	774,88

### Samed Saude de 30 a 99 Vidas

Válido a partir de 01/11/2017

Idade	Bronze [E]	Prata [A]	Ouro [E]	Itapeti Executivo I [A]
00 a 18	90,06	95,07	99,57	122,11
19 a 23	96,89	102,27	107,12	124,61
24 a 28	119,50	126,14	132,14	157,77
29 a 33	127,99	135,10	141,52	170,09
34 a 38	138,29	145,98	152,92	190,96
39 a 43	142,29	150,21	157,34	194,46
44 a 48	227,72	240,39	251,81	318,31
49 a 53	273,79	289,03	302,75	375,42
54 a 58	352,45	372,06	389,73	480,38
59 ou +	530,54	560,08	586,67	711,49

### Samed Saude + Samed Odonto de 02 a 29 Vidas

Válido a partir de 01/11/2017

Idade	Bronze [E]	Prata [A]	Ouro [E]	Itapeti Executivo I [A]
00 a 18	109,22	114,34	118,89	143,21
19 a 23	116,75	122,22	127,13	145,91
24 a 28	141,60	148,39	154,43	182,02
29 a 33	150,92	158,19	164,67	195,44
34 a 38	162,25	170,12	177,10	218,17
39 a 43	166,65	174,74	181,93	221,97
44 a 48	260,60	273,52	285,04	356,88
49 a 53	311,26	326,79	340,64	419,06
54 a 58	397,75	417,75	435,57	533,38
59 ou +	593,57	623,68	650,51	785,08

### Samed Saude + Samed Odonto de 30 a 99 Vidas

Válido a partir de 01/11/2017

Idade	Bronze [E]	Prata [A]	Ouro [E]	Itapeti Executivo I [A]
-------	------------	-----------	----------	-------------------------

00 a 18	100,26	105,27	109,77	132,31
19 a 23	107,09	112,47	117,32	134,81
24 a 28	129,70	136,34	142,34	167,97
29 a 33	138,19	145,30	151,72	180,29
34 a 38	148,49	156,18	163,12	201,16
39 a 43	152,49	160,41	167,54	204,66
44 a 48	237,92	250,59	262,01	328,51
49 a 53	283,99	299,23	312,95	385,62
54 a 58	362,65	382,26	399,93	490,58
59 ou +	540,74	570,28	596,87	721,69

## REDE CREDENCIADA

### Bronze, Prata, Ouro, Itapeti Executivo I

#### Grande SP - Leste

##### Hospitais

Clin Inf Sao Nicolau	(HI)
H Ama - Itaquá - SP	(PS)
H Biocor - Mogi das Cruzes - SP	(PS)
H Ipiranga - Arujá - SP	(PS)
H N S Aparecida - Mogi das Cruzes - SP	(PS)
H Santana - Mogi das Cruzes - SP	(H,PS)
Samed - Mogi das Cruzes - SP	(PA)
Sta Casa - Guararema - SP	(PS)
Sta Casa - Suzano - SP	(PS,HOT)

##### Rede própria

Samed - Suzano - SP	(PA)
Samed Odonto - Suzano - SP	(PA)

#### Grande SP - Norte

##### Hospitais

Sta Casa - Sta Isabel - SP	(PS)
----------------------------	------

##### Laboratórios

Lab Deliberato, Lab Dr Pedro Bonelli

### Legenda de Atendimentos

**H:** Internação Hospitalar | **PS:** Pronto Socorro | **EL:** Exames Laboratoriais | **PA:** Pronto Atendimento | **HI:** Hospital Infantil | **HOT:** Hospital Ortopedia e Traumatologia |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

### Taxa de Cadastro

R\$ 40,00 por contrato

### Formação do Grupo

**PME** de 02 a 99 vidas

Mínimo 01 titular com vínculo mais 01 dependente.

### Composição

**Titulares:** sócios, administradores, trabalhadores efetivos com vínculo CLT, trabalhadores temporários, estagiários, jovens aprendizes, prestadores de serviços com CNPJ e contrato de prestação de serviço.

**Dependentes Legais:** conjúgê e/ou companheiros, filhos naturais ou adotivos e enteados até 39 anos incompletos solteiros, tutelados e menores sob guarda até 39 anos incompletos solteiros.

**Entidades:** Agremiações, Associações, Clubes, Condomínios, Confederações, Cooperativas, Entidades Filantrópicas, Federações, Fundações, Sindicatos e ONGs: **Tem aceitação** somente para sócios/diretores e funcionários constantes na relação de FGTS.

### Regras Gerais

Os contratos Samed deverão conter somente 01 assinatura conforme documento enviado (RG ou Habilitação) se no documento estiver com assinatura por extenso o cliente deverá assinar igual ou se houver rubrica idem.

Contratos que forem protocolados com duas assinaturas deverão ser devolvidos para serem refeitos.

Corretor (a) fique atento no ato da assinatura de sua proposta para que não haja devolução, gerando assim maior demora na implantação do contrato.

Todas as propostas deverão conter obrigatoriamente os nomes completos sem abreviações: do usuário, dos beneficiários e da mãe.

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.

### 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, ata ou estatuto ou certificado MEI, cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário), e cópia de comprovante de endereço quando o mesmo for diferente do cartão CNPJ.

**Sócios:** cópia de RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde de todos.

**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:** funcionário recém-contratado em até 30 dias deverá enviar cópia simples das três páginas da carteira de trabalho (foto, qualificação civil e registro).

**Funcionários:** cópia de RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde e comprovante de endereço de todos.

**Cônjuge ou companheira:** cópia RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde, certidão de casamento ou carta de convívio marital com firma reconhecida.

Se o casal tiver filhos em comum a carta de convívio marital deve ser assinada pelo casal com firma reconhecida e a certidão de nascimento do filho deve ser anexada ao contrato.

Se não tiver filhos em comum a carta de convívio marital deve ser assinada pelo casal e ser autenticada.

**Filhos naturais, adotivos, enteados, tutelados ou sob guarda até 38 anos 11 meses e 29 dias:** RG, CPF (se maior de 18 anos), CNS-Cartão Nacional da Saúde, certidão de nascimento, a guarda definitiva ou tutela.

Para crianças menores de 02 anos, apresentar cópia do teste de APGAR (exame do pézinho) e CNS-Cartão Nacional da Saúde.

Obs: Caso tenha filhos em comum, não haverá necessidade de reconhecer firma das assinaturas do casal na carta de convívio marital, podendo apresentar a certidão de nascimento dos filhos.

**Estagiários e jovens aprendizes:** aceitação com contrato de intermediação entre a faculdade/empresa/estagiário.

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

**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.

#### 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	Vigência	Data do vencimento
De 01 a 05	Dia 20 do mesmo mês	Dia 20 do mês da vigência
De 06 a 10	Dia 25 do mesmo mês	Dia 25 do mês da vigência
De 11 a 15	Dia 01 do mês seguinte	Dia 01 do mês da vigência
De 16 a 20	Dia 05 do mês seguinte	Dia 05 do mês da vigência
De 21 a 25	Dia 10 do mês seguinte	Dia 10 do mês da vigência
De 26 a 30/31	Dia 15 do mês seguinte	Dia 15 do mês da vigência

#### Área de Comercialização / Utilização

Área de abrangência: Aruja, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano.

#### Benefícios Opcionais

**Opcional em todos os planos** – válido somente para empresas que aderirem ao PME Saúde

Na contratação do plano de saúde + dental, o custo por beneficiário é de R\$ 10,20 nos processos de 02 à 99 vidas.

Carência zero a partir de 15 beneficiários (exceto prótese)

#### Movimentação Cadastral

Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão, nascimento e casamento), exclusões, alterações de dados, 2ª via de cartões e etc., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa - fone 4795-4000

## CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

#### Crítérios de Redução de Carência

Redução para beneficiários até 58 anos 11 meses e 29 dias

Para ter redução de carência não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou do cancelamento do plano.

Aditivo de redução de carência assinatura do titular.

Mínimo de 06 meses de plano anterior.

Não reduz carência para ex-beneficiários de planos hospitalares.

Não há redução de carências para doenças ou lesões preexistentes.

#### Documentos necessários:

Reduz carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS, exceto planos Hospitalares, Autogestão, Avimed, Di Thiene, Nipomed e outros cartões de descontos

#### Redução para ex – beneficiários de plano individual e Coletivo por Adesão:

Cópia dos 03 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.

Tipo de carência	Tempo de plano	Tabela de Carências
------------------	----------------	---------------------

		<b>A</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
<b>Normais</b>	-	24 horas	30 dias	60 dias	90 dias	180 dias	180 dias	300 dias	720 dias
<b>Red I</b>	6 a 12 meses	24 horas	15 dias	45 dias	60 dias	150 dias	150 dias	300 dias	720 dias
<b>Red II</b>	13 a 18 meses	24 horas	24 horas	30 dias	45 dias	120 dias	120 dias	300 dias	720 dias
<b>Red III</b>	19 a 24 meses	24 horas	24 horas	15 dias	30 dias	90 dias	90 dias	300 dias	720 dias
<b>Red IV</b>	Mais de 24 meses	24 horas	24 horas	24 horas	15 dias	60 dias	60 dias	300 dias	720 dias