

**Corretora autorizada**

- Telefone: (11) 4215.8900

- Email: [contato@planosdesaudetodosaqui.com.br](mailto: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/plano/interclinicas.index.htm>

## TABELA DE VALORES

### Tabela de Valores AMBULATORIAL

Válido a partir de 03/10/2017

<b>Idade</b>	<b>Pleno Ambulatorial</b>
00 a 18	82,30
19 a 23	90,54
24 a 28	95,06
29 a 33	107,23
34 a 38	122,40
39 a 43	140,80
44 a 48	154,87
49 a 53	172,09
54 a 58	241,99
59 ou +	493,80

### Tabela de Valores Interclinicas Vip (Referencia)

**[E]** Enfermaria | **[A]** Apartamento

Válido a partir de 03/10/2017

<b>Idade</b>	<b>Interclinicas Vip (Referencia) [E]</b>	<b>Interclinicas Vip (Referencia) [A]</b>
00 a 18	133,22	164,19
19 a 23	133,22	164,19
24 a 28	208,51	262,68
29 a 33	208,51	262,68
34 a 38	250,21	315,23
39 a 43	250,21	315,23
44 a 48	482,91	608,38
49 a 53	482,91	608,38
54 a 58	560,03	705,54
59 ou +	799,32	985,14

### Tabela de Valores Interclinicas Master (Rede Diferenciada)

Válido a partir de 03/10/2017

<b>Idade</b>	<b>Interclinicas Master (Rede Diferenciada) [E]</b>	<b>Interclinicas Master (Rede Diferenciada) [A]</b>
00 a 18	281,35	299,98
19 a 23	350,13	373,33
24 a 28	410,93	435,19
29 a 33	501,57	521,83
34 a 38	559,91	596,01
39 a 43	581,17	621,21
44 a 48	675,23	735,01
49 a 53	805,41	857,23
54 a 58	955,19	1021,01

**Tabela de Valores Interclínicas Especial**

Válido a partir de 03/10/2017

Idade	Interclínicas Especial Sem Obstetrícia [E]	Interclínicas Especial Sem Obstetrícia [A]
49 a 53	356,23	491,62
54 a 58	414,84	570,13
59 ou +	537,01	741,11

**REDE CREDENCIADA****Pleno Ambulatorial**

Zona Leste	Zona Oeste	Grande SP - Leste
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>
H Cema Zona Leste (PS,Ex,ESP)	H Albert Sabin Lapa (PS,Ex,ESP)	H Ipiranga - Aruja - SP (PS)
H Central Guaianazes (PS,Ex,ESP)	<b>ABCD</b>	H Ipiranga - Mogi das Cruzes - SP (PS)
<b>Zona Norte</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Grande SP - Norte</b>
<b>Hospitais</b>	Benef Port - SCS - SP (PS,Ex,ESP)	<b>Hospitais</b>
H de Olhos São Paulo (ESP)		H Stella Maris - Guarulhos - SP (PS)
H Presidente (PS,Ex,ESP)		

**Interclínicas Vip (Referencia) [E], Interclínicas Vip (Referencia) [A], Interclínicas Master (Rede Diferenciada) [E], Interclínicas Master (Rede Diferenciada) [A]**

Centro	Zona Norte	ABCD
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>
H Oswaldo Cruz (EXD)	H de Olhos São Paulo (ESP)	Benef Port - SCS - SP (HG)
H Paulistano (PS)	H Presidente (HG)	<b>Grande SP - Leste</b>
<b>Zona Leste</b>	<b>Zona Oeste</b>	<b>Hospitais</b>
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	H Ipiranga - Aruja - SP (PS)
H 8 de Maio (M)	H Albert Sabin Lapa (HG)	H Ipiranga - Mogi das Cruzes - SP (PS)
H Cema Zona Leste (HG)	H Metropolitano - Butanta (PS)	<b>Grande SP - Norte</b>
H Central Guaianazes (HG)	H Portinari (M,Int E)	<b>Hospitais</b>
H Master Clin (M)	<b>Zona Sul</b>	H Stella Maris - Guarulhos - SP (HG)
H Vitória - Anália Franco (PS)	<b>Hospitais</b>	
	H Alvorada Moema (PS)	
	H Ruben Berta (PS,HG)	

**Interclínicas Especial Sem Obstetrícia [E], Interclínicas Especial Sem Obstetrícia [A]**

Centro	Zona Oeste	Grande SP - Leste
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>
H Oswaldo Cruz (EXD)	H Albert Sabin Lapa (HG)	H Ipiranga - Aruja - SP (PS)
H Paulistano (PS)	H Metropolitano - Butanta (PS)	H Ipiranga - Mogi das Cruzes - SP (PS)
<b>Zona Leste</b>	H Portinari (Int E)	<b>Grande SP - Norte</b>
<b>Hospitais</b>	<b>Zona Sul</b>	<b>Hospitais</b>
H Cema Zona Leste (HG)	<b>Hospitais</b>	H Stella Maris - Guarulhos - SP (HG)
H Central Guaianazes (HG)	H Alvorada Moema (PS)	
H Vitória - Anália Franco (PS)	H Ruben Berta (PS)	
<b>Zona Norte</b>	<b>ABCD</b>	
<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais</b>	
H de Olhos São Paulo (HG)	Benef Port - SCS - SP (HG)	
H Presidente (HG)		

**Legenda de Atendimentos****M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **Ex:** Exames | **HG:** Hospital Geral | **Int E:** Internações Eletivas | **EXD:** Exames Direcionados | **ESP:** Especialidades |**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

## Produto

**Produto Ambulatorial** - consultas e exames simples previamente agendado, atende também urgência/emergência e procedimentos eletivos somente para as 12 primeiras horas.

Caso Necessite de internação eletiva ou cirurgia não tem cobertura.

**Interclínicas Vip** (Referência) - Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

**Interclínicas Especial** - Ambulatorial + Hospitalar SEM Obstetrícia.

**Interclínicas Master** (Rede Diferenciada) - Cirurgias eletivas e programadas

## Taxa de Cadastro

R\$ 25,00 por contrato para os planos Pleno Ambulatorial e Interclínicas Vip

R\$ 125,51 por contrato para os planos Interclínicas Especial

## Composição

**Familiar:** Titular, cônjuge e filhos solteiros até 21 anos 11 meses e 29 dias e até 24 anos 11 meses e 29 dias se universitário.

## Regras Gerais

**Seguindo determinação da ANS (Agência Nacional de Saúde)**, não serão aceitos contratos, com beneficiários titulares sem CPF, mesmo que menores de idade e com responsável.

Todas as propostas devem constar cópia simples e legível do cartão do SUS para todos os beneficiários.

Responsável pelo contrato de beneficiários menores de 18 anos poderá ser pai, mãe, tutor, avós paternos e maternos.

## Avaliação Médica

Para beneficiários de até 01 ano 11 meses e 29 dias e acima de 59 anos será necessário o agendamento de avaliação médica antes do preenchimento da proposta.

O beneficiário deverá levar no dia da avaliação médica a cópia da alta médica, teste do pézinho, carteira de vacinação e certidão de nascimento.

No dia da entrevista será entregue a declaração de saúde que deverá ser entregue com a proposta.

A avaliação médica tem validade de 30 dias.

## Documentos Necessários

**Titular maior:** cópia do RG, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço em nome do titular não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão, e comprovante da faculdade.

**Titular menor:** Cópia do RG, Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010), CPF e CNS - Cartão Nacional de Saúde.

**Dependentes maiores:** Cópia do RG, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e certidão de casamento ou declaração de união estável com assinatura de ambos. Para filhos a partir de 21 anos até 24 anos 11 meses e 29 dias acrescentar comprovante de faculdade.

**Dependentes menores:** Cópia do RG, Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010) e CNS - Cartão Nacional de Saúde.

**Responsável legal:** cópia do RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

**Estrangeiros:** Cópia do RNE, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço em nome do titular não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

## Vigência / Vencimento

A vigência é 24 horas da data de assinatura no contrato.

O vencimento das próximas mensalidades será após 30 dias contados da data de assinatura do contrato.

## Área de Comercialização / Utilização

Este produto pode ser comercializado nos municípios de: Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu Guaçu, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo/Capital, Suzano, Taboão da Serra.

## Exemplos de Reembolso

O limite máximo de reembolso será de R\$ 200,00 de acordo com o plano escolhido.

## Cancelamento do Contrato

O atraso nos pagamentos das mensalidades dos planos pessoa física por 60 dias acarretam o cancelamento do contrato e as mensalidades em aberto constituem dívida. Em casos de migração ou desistência, é necessário enviar carta de próprio punho, assinada pelo titular do plano, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.

As solicitações deverão ser encaminhadas para a central de atendimento ao cliente.

Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

# CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

## Crítérios de Redução de Carência

Os períodos de carência serão contados a partir da data de vigência do plano de saúde.

Idade limite para redução 58 anos 11 meses e 29 dias e que não possuem doenças ou lesões preexistentes a data do mesmo.

Mínimo de 180 dias de permanência no plano anterior;

Para ter redução de carência – não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa.

**Documentos para ex – beneficiários de planos individuais:** apresentar os 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato anterior.

**Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais:** apresentar carta original ou cópia da operadora ou da empresa contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.

Grupo de benefícios	Redução de Carência	
	Com plano anterior	Sem plano anterior

Consulta eletiva em clínica, consultório médico ou centro médico.	30 dias	30 dias
Exames de diagnóstico, laboratoriais.	60 dias	60 dias
Exames de imagem e ultrassonografia	60 dias	60 dias
Exames radiológicos de tomografia computadorizada, ressonância magnética.	90 dias	90 dias
Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia	180 dias	180 dias
Procedimentos de litotripsia, hemodinâmica terapêutica e angioplastias, artroscopia, radiologia intervencionista, e demais exames de alta complexidade.	180 dias	180 dias
Internações hospitalares eletivas	180 dias	180 dias
Parto a termo	300 dias	300 dias
Cirurgia bariátrica, lesões preexistentes	720 dias	720 dias