

**TABELA SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO
ENTIDADES DE CLASSE
PARANÁ**

SEGURADORA: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

ESTIPULANTE: EXTRAMED ADM. E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

SUBESTIPULANTE:

TABELA VÁLIDA ATÉ: **20/07/2018**

Características do Seguro

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	NACIONAL
PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO SEGURO	Sem Limite
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
VIGÊNCIA DA APÓLICE	Anual (Setembro)
PRAZO REEMBOLSO	30 DIAS (MÁXIMO)
REMISSÃO DO PAGAMENTO POR MORTE DO TITULAR	Não possui

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

PLANOS	REFERÊNCIA	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Reembolso Segurado não Internado									
Valor da USR R\$0,689502									
CONSULTAS MÉDICAS	1,1xTAB(*)	1,1xTAB(*)	1,1xTAB(*)	2,9xTAB(*)	3,4xTAB(*)	5,1xTAB(*)	6,5xTAB(*)	8,0xTAB(*)	11,0xTAB(*)
DIAGNOSE E TERAPIA	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)
Reembolso Segurado Internado									
Valor da USR R\$0,689502									
HONORÁRIOS MÉDICOS	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,2xTAB(*)	2,0xTAB(*)	3,6xTAB(*)	5,3xTAB(*)	4,0xTAB(*)	8,0xTAB(*)	9,5xTAB(*)
DIÁRIAS E DESPESAS HOSPITALARES	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)

TAB(*) - TABELA SUL AMÉRICA SAÚDE

EXEMPLOS DE REEMBOLSO

PLANOS	REFERÊNCIA	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA MÉDICA	68,26	68,26	68,26	179,96	210,99	316,48	403,36	496,44	682,61
APENDICECTOMIA	384,74	384,74	769,49	1.282,48	2.308,46	3.398,56	2.564,95	5.129,90	6.091,76
CESÁREA	732,25	732,25	1.464,50	2.440,84	4.393,51	6.468,23	4.881,68	9.763,36	11.593,99
HISTERECTOMIA TOTAL	736,39	736,39	1.472,78	2.454,63	4.418,33	6.504,77	4.909,26	9.818,52	11.659,49
PROSTATIA RADICAL	1.414,86	1.414,86	2.829,72	4.716,20	8.489,16	12.497,93	9.432,40	18.864,80	22.401,95
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	2.316,73	2.316,73	4.633,46	7.722,43	13.900,38	20.464,45	15.444,87	30.889,73	36.681,56

Reajustes / Variação de Prêmios por Mudança de Faixa Etária

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FAIXA ETÁRIA	SIM

CARÊNCIAS

CONSULTAS - 15 DIAS	EXAMES - DE 15 A 180 DIAS	INTERNAMENTO / TERAPIAS / DEMAIS PROCEDIMENTOS - 180 DIAS	PARTO A TERMO - 300 DIAS
---------------------	---------------------------	---	--------------------------

Para proponentes que comprovarem permanência em plano equivalente nas congêneres, desde que estejam ativos em plano anterior ou que tenham sido cancelados num prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do início de vigência de adesão ao seguro, haverá análise para redução de carências, conforme tabela de redução de carências da Operadora.

Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) 3 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano anterior; / b) cópia da carteira de identificação do beneficiário com indicação do início de vigência, padrão e plano;
- c) carta da Operadora congêneres comprovando o tempo, nº do produto junto a ANS, abrangência e segmentação.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

Período de Adesão	Início do Seguro	Vencimento da Fatura
1° ao 20° dia	A partir do 1° dia do mês subsequente.	Dia 30 do mês anterior ao início de vigência.
21° ao 30° dia	A partir do 1° dia do 2° mês subsequente.	Dia 30 do mês anterior ao início de vigência.

TABELA DE VALORES - SEM COPARTICIPAÇÃO

FAIXAS ETÁRIAS	REFERÊNCIA	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	466.057/11-9	476.930/16-9	476.941/16-4	476.937/16-6	476.937/16-6	476.937/16-6	476.934/16-1	476.934/16-1	476.934/16-1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Quarto Coletivo	Quarto Coletivo	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18 anos	298,76	164,74	216,61	323,78	338,22	390,52	648,29	777,55	851,25
19 a 23 anos	411,46	226,88	298,31	445,91	465,81	537,82	892,82	1.070,84	1.172,34
24 a 28 anos	446,93	246,44	324,03	484,35	505,96	584,19	969,78	1.163,14	1.273,40
29 a 33 anos	530,32	292,43	384,50	574,73	600,38	693,20	1.150,74	1.380,18	1.511,02
34 a 38 anos	578,59	319,04	419,48	627,02	655,01	756,29	1.255,46	1.505,78	1.648,52
39 a 43 anos	640,44	353,15	464,32	694,06	725,04	837,14	1.389,66	1.666,75	1.824,74
44 a 48 anos	731,83	403,54	530,58	793,10	828,50	956,60	1.587,96	1.904,59	2.085,14
49 a 53 anos	900,08	496,32	652,56	975,43	1.018,98	1.176,53	1.953,03	2.342,46	2.564,51
54 a 58 anos	1.120,70	617,97	812,51	1.214,50	1.268,73	1.464,89	2.431,72	2.916,59	3.193,07
59 anos ou mais	1.792,51	988,41	1.299,56	1.942,53	2.029,27	2.343,02	3.889,42	4.664,94	5.107,15

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2018 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

TABELA DE VALORES - COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXAS ETÁRIAS	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	476.929/16-5	476.939/16-2	476.936/16-8	476.936/16-8	476.936/16-8	476.932/16-5	476.932/16-5	476.932/16-5
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Quarto Coletivo	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18 anos	140,04	184,11	275,21	287,49	331,95	551,05	660,91	723,56
19 a 23 anos	192,86	253,56	379,02	395,92	457,16	758,90	910,21	996,49
24 a 28 anos	209,48	275,41	411,69	430,05	496,57	824,32	988,66	1.082,38
29 a 33 anos	248,57	326,80	488,50	510,29	589,24	978,13	1.173,14	1.284,36
34 a 38 anos	271,20	356,54	532,96	556,73	642,86	1.067,15	1.279,90	1.401,24
39 a 43 anos	300,19	394,65	589,94	616,24	711,58	1.181,22	1.416,73	1.551,04
44 a 48 anos	343,02	450,96	674,12	704,18	813,13	1.349,79	1.618,89	1.772,37
49 a 53 anos	421,88	554,63	829,10	866,07	1.000,07	1.660,10	1.991,08	2.179,83
54 a 58 anos	525,29	690,57	1.032,31	1.078,35	1.245,18	2.067,00	2.479,09	2.714,11
59 anos ou mais	840,18	1.104,53	1.651,13	1.724,77	1.991,60	3.306,07	3.965,18	4.341,08

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2018 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PLANOS	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA ELETIVA	25,00	25,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
PS	50,00	50,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
EXAMES SIMPLES	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
EXAMES COMPLEXOS	25,00	25,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
FISIOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
FONOAUDILOGIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
DEMAIS PROCEDIMENTOS	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
PSICOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
INTERNAÇÕES	250,00	250,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

BANCOS CADASTRADOS PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

BANCO DO BRASIL	BRASESCO	ITAU	SANTANDER	CAIXA ECONÔMICA
-----------------	----------	------	-----------	-----------------

Somente serão aceitos os associados que tenham vínculo formal com o Subestipulante e seus cônjuges e filhos.

**IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADESÃO.
PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA.
A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.**

Rua Des. Clotário Portugal, 243 - CEP 80410-220 - Curitiba - Paraná - Fone: 4007 2270 - 0800 000 2270 - contrateagora@extramed.com.br
www.extramed.com.br

Rede Referenciada - Exemplo de Prestadores

Cidade	Prestador	TIPO DE ATENDIMENTO	REFERÊNCIA	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
PARANÁ							
CURITIBA	CLIN LOS ANGELES (*)	HOSPITAL	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
	CLIN PARANAENSE DE OTORRINO LTDA (IPO) (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLIN PORTO SEGURO (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CLIN SUGISAWA SC LTDA (*)	HOSPITAL	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
	CLINICA CARDIOLOGYCA C COSTANTINI (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CRUZ VERMELHA BRAS FILIAL DO EST PR (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP DAS NACOES LTDA (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP DE OLHOS DO PARANA LTDA (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP INF PEQUENO PRINCIPE (*)	HOSPITAL, MAT. e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP MAT SANTA BRIGIDA AS (*)	HOSPITAL e MATERNIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP NOSSA SRA DAS GRACAS (*)	HOSPITAL, MAT. e P.S INFANTIL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP SANTA CRUZ (*)	HOSPITAL, MAT. e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP SAO VICENTE (*)	HOSPITAL e MATERNIDADE	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL MARCELINO CHAMPAGNAT (*)	HOSPITAL e P.S	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
	HOSPITAL PILAR (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL VITA BATEL (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL VITA CURITIBA (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL XV LTDA (*)	HOSPITAL e P.S	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
	INST NEUROLOGIA DE CURITIBA (INC) (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	INSTITUTO DA CRIANCA (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	LIGA PARANAENSE COMBATE AO CANCER (*)	HOSPITAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	MATERNIDADE CURITIBA LTDA (*)	HOSPITAL e MATERNIDADE	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
	MATERNIDADE NSA SRA DE FATIMA (*)	HOSPITAL e MATERNIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
ONCOVILLE	RADIOTERAPIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	
A+ MEDICINA DIAGNOSTICA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
CETAC CENTRO DE TOM A COMP SC LTDA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
FRISCHMANN AISENGART	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
MEDICINA NUCLEAR ALTO DA XV (QUANTA)	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
SERVICO DE RESSONANCIA MAGNETICA (DAPI)	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
LONDRINA							
LONDRINA	HOFTALON HOSPITAL DOS OLHOS (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL DE OTORRINO DE LONDRINA (*)	HOSPITAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL DO CORACAO CLINICAS (*)	HOSPITAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTD (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA (*)	HOSPITAL e MATERNIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL ORTOPEDICO DE LONDRINA (*)	HOSPITAL e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA (*)	HOSPITAL	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
	IRM DA SANTA CASA DE LONDRINA (*)	HOSPITAL, MAT. e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	PRO ONCO	QUIMIOTERAPIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CETEL LABORATORIO CLINICO	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
LAB CLINILAB	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
MARINGÁ							
MARINGÁ	HOSP E MAT MARINGA LTDA (*)	HOSPITAL e MATERNIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP E MATERNIDADE SAO MARCOS (*)	HOSPITAL, MAT. e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	HOSP PARANA (*)	HOSPITAL, MAT. e P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	UROTEC (*)	HOSPITAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	ONCOMARINGA	ONCOLOGIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	CEDIPAR	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	INSTITUTO DE ULTRASOM DE MARINGA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	MARINGA MEDICINA NUCLEAR SS	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
UNIDADE DE DENSITOMETRIA MARINGA	SERV. DIAGNOSTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	
SÃO PAULO							
SÃO PAULO	HOSP ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	HOSPITAL, MAT. e P.S	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
	HOSPITAL SIRIO LIBANES	HOSPITAL e P.S	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

*Poderá haver prestadores de serviços médicos e especialidades médicas não credenciadas.

O beneficiário deverá consultar diretamente no site da operadora as especialidades credenciadas - www.sulamerica.com.br

A Seguradora pode alterar a Rede Referenciada conforme normas da ANS.

A RELAÇÃO APRESENTADA NÃO É UMA INDICAÇÃO DA OPERADORA/ADMINISTRADORA. PARA CONSULTAR A REDE REFERENCIADA CADASTRADA, DE ACORDO COM O PLANO A SER CONTRATADO, CONSULTE O PORTAL DA OPERADORA.

Documentação Necessária para Implantação

Titular	Cônjuge ou Companheiro	Filhos Solteiros	Filhos Inválidos	Enteados	Menor sob Guarda
Cópia CNH, Holerite, Comprovante de residência, Cópia da ficha associativa e declaração que comprove que esta ativo junto a entidade	Cópia do RG, CPF e Certidão de Casamento e/ou Declaração de União Estável.	Certidão de nascimento (obrigatória para filhos nascidos a partir de 2010), Cópia do RG e CPF.	Certidão de invalidez emitida pelo INSS, Cópia RG e CPF.	Certidão de nascimento (obrigatória para filhos nascidos a partir de 2010), Cópia do RG e CPF, Comprovação de vínculo financeiro com o titular e certidão de casamento ou união estável.	Certidão de Nascimento (obrigatória para filhos nascidos a partir de 2010) ou cópia do RG e CPF, cópia da tutela ou termo de guarda.
Corretor/Consultor			Contato:		

Somente serão aceitos os associados que tenham vínculo formal com o Subestipulante e seus cônjuges e filhos .

IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADESÃO.

PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA.

A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.

Rua Des. Clotário Portugal, 243 - CEP 80410-220 - Curitiba - Paraná - Fone: 4007 2270 - 0800 000 2270 - contrateagora@extramed.com.br
www.extramed.com.br