

Plano por Adesão com boleto individual **O que significa elegibilidade?**

Nos casos de planos de saúde coletivos, o conceito de elegibilidade está relacionado às regras e aos critérios definidos pelas empresas, órgãos públicos ou entidades representativas para que seus empregados ou associados, respectivamente, possam ingressar no plano de saúde.

SUL AMERICA SAÚDE ADESÃO - BAHIA

Fecombase- Comerciantes, Fecomércio – Comerciantes, UBES-
 Estudantes Ensino Fundamental e Médio, UNE-
 Estudante Universitário, SINPRO-BA- Professor Particular

2018	EXATO	CLASSICO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
NACIONAL	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
IDADE	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
00 a 18 anos	394,73	474,53	583,87	1.169,07
19 a 23 anos	543,62	653,51	804,10	1.610,04
24 a 28 anos	590,48	709,85	873,41	1.748,82
29 a 33 anos	700,65	842,30	1.036,39	2.075,15
34 a 38 anos	764,42	918,95	1.130,70	2.264,00
39 a 43 anos	845,14	1.017,19	1.251,57	2.506,02
44 a 48 anos	966,88	1.162,34	1.430,17	2.863,63
49 a 53 anos	1.189,16	1.429,56	1.758,97	3521,98
54 a 58 anos	1.480,62	1.779,95	2.190,09	4.385,20
59 anos +	2.368,19	2.846,94	3,502,93	7.013,92
Modalidade	Completo	Completo	Completo	

SUL AMERICA SAÚDE - PLANO COLETIVO POR ADESÃO

O Sul América Saúde assegura qualidade de vida e bem-estar para você e sua família. Além da rede referenciada, o seguro oferece vantagens, benefícios, descontos e programas especiais para proporcionar a tranquilidade que vocês necessitam.

A Sul América também disponibiliza o Seguro Saúde Coletivo por Adesão, com reembolso e rede referenciada nacional para contratação por meio das Administradoras de Benefícios de entidades de classe.

São diversos planos para sua escolha, os quais se diferenciam por rede e valores de reembolso. Caso você seja vinculado a alguma entidade de classe, entre em contato com ela e verifique se o produto Sul América está disponível para contratação.

Tabela Exclusiva para:

Fecombase- Comerciairos, Fecomercio – Comerciantes, UBES-
Estudantes Ensino Fundamental e Médio, UNE-
Estudante Universitário, SINPRO-BA - Professor Particular

2018	EXATO	CLASSICO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
NACIONAL	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
IDADE	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL
00 a 18 anos	335,51	403,35	496,28	993,70
19 a 23 anos	462,07	555,48	683,48	1.368,53
24 a 28 anos	501,90	603,37	742,39	1.486,50
29 a 33 anos	595,56	715,96	880,93	1.763,88
34 a 38 anos	649,75	781,11	961,10	1.924,40
39 a 43 anos	719,22	864,61	1.063,84	2.130,11
44 a 48 anos	821,85	987,99	1.215,64	2.434,08
49 a 53 anos	1.010,79	1.215,13	1.495,12	2.993,68
54 a 58 anos	1.258,53	1.512,96	1.861,57	3.727,43
59 anos +	2.012,96	2.419,90	2.977,49	5.961,83
Modalidade	Coparticipativo	Coparticipativo	Coparticipativo	Coparticipativo

Fecombase- Comerciairos, Fecomercio – Comerciantes, UBES-
Estudantes Ensino Fundamental e Médio, UNE-
Estudante Universitário, SINPRO-BA - Professor Particular

2018	EXATO	CLASSICO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
NACIONAL	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
IDADE	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL
00 a 18 anos	236,84	284,71	350,32	701,45
19 a 23 anos	326,17	392,10	482,45	966,02
24 a 28 anos	354,29	425,90	524,04	1.049,29
29 a 33 anos	420,39	505,38	621,83	1.245,09
34 a 38 anos	458,65	551,37	678,42	1.358,40
39 a 43 anos	507,68	610,31	750,94	1.503,61
44 a 48 anos	580,13	697,41	858,10	1.718,18
49 a 53 anos	713,50	857,74	1.055,38	2.113,19
54 a 58 anos	888,37	1.067,98	1.314,05	2.631,13
59 anos +	1.420,92	1.708,16	2.101,76	4.208,35
Modalidade	Hospitalar	Hospitalar	Hospitalar	Hospitalar

PRINCIPAIS BENEFICÍOS

-- Plano Hospitalar + Obstetrícia

- Plano Global: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98 e mais: Transplantes de fígado, pâncreas, coração e pulmão (além de rim, córnea e transplante autólogo de medula óssea, previstos pela Lei).
- Fonoaudiologia, psicomotricidade e escleroterapia (30 sessões/ano civil).
- Remissão: Cobertura por 3 anos sem custo, em caso de óbito do titular, para os segurados dependentes.
- Assistência 24h no Brasil (todos os planos) e no exterior (Plano Executivo).

QUEM PODE ADERIR COMO DEPENDENTE

Cônjuge

- Cópia do RG + cópia da Certidão de Casamento.

Companheiro (a)

- Declaração de União Estável de próprio punho, contendo: RG, CPF, endereço, tempo de convívio e assinatura de 2 testemunhas, com firma reconhecida do titular e do companheiro (a) + RG do (a) companheiro (a) ou Certidão de nascimento, no caso de terem filho em comum.

Filho (a) solteiro (a) de qualquer idade

- Cópia do RG (24 anos ou mais)
- Certidão de Nascimento (menores de 24 anos)

Filho (a) inválido (a) de qualquer idade

- Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

Enteado (a) solteiro (a) de qualquer idade

- Titular casado: cópia da Certidão de Casamento + cópia da Certidão de Nascimento do (a) enteado (a).
- Titular com companheiro (a): Declaração de União Estável de próprio punho, contendo: RG, CPF, endereço, tempo de convívio, constando dependência econômica do (a) enteado (a) pelo titular + Certidão de Nascimento e assinatura de duas testemunhas e com firma reconhecida do titular e companheira (o) + RG do companheiro (a). e a Certidão de Nascimento do (a) enteado (a).

Menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular*

- Cópia da tutela ou do "Termo de Guarda" e Certidão de Nascimento do (a) tutelado (a).

ATENÇÃO:

o estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas no pedido de adesão.

*Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro (a), podendo ser solicitada documentação complementar.

CARÊNCIAS (CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DO BENEFÍCIO)

24 (vinte e quatro) horas

Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.

15 (quinze) dias

Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subseqüentes.

180 (cento e vinte) dias

Internações hospitalares, ultra-sonografias com Doppler, ultra-sonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, tilt tests e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subseqüentes.

180 (cento e oitenta) dias

Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética. Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

300 (trezentos) dias

Parto a termo.

ATENÇÃO: Além das carências descritas acima, havendo na “Declaração de Saúde” a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de **24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença (s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como por exemplo, obesidade mórbida.

PLANO HOSPITALAR CARÊNCIAS (CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DO BENEFÍCIO)

24 (vinte e quatro) horas

Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.

15 (quinze) dias - APENAS OBSTETRÍCIA

Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo **LIGADOS AO PRE NATAL**, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subseqüentes.

180 (cento e vinte) dias

Internações hospitalares, ultra-sonografias com Doppler, ultra-sonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, tilt tests e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e

arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.

180 (cento e oitenta) dias

Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética. Interações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

300 (trezentos) dias

Parto a termo.

ATENÇÃO: Além das carências descritas acima, havendo na “Declaração de Saúde” a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de **24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença (s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como por exemplo, obesidade mórbida.

REGRAS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

- Possuir um plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, listadas a seguir neste aditivo, por um período igual ou maior que 6 (seis) meses e menor que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 1”;

ou por um período igual ou maior que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 2”;

- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
- Oriundos do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
- Cujas datas de pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.
- Oriundos de planos não regulamentados.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Proponente oriundo de plano individual

- Comprovante de início no plano anterior (cópia do contrato ou cartão de identificação);
- Cópia dos 3 últimos recibos de pagamento ou declaração da congênera, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano, condições de pagamento e relação dos dependentes.

Proponente oriundo de plano empresa ou coletivo

Declaração da instituição, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, atestando: a data de início no plano, o tempo de permanência e a relação dos dependentes

RELAÇÃO DOS CONGÊNERES

AGF/Grupo Allianz	AIG	Amil	Blue Life
Bradesco	CABESP	CAMED	Care Plus
Dix Amico	Gama	Generali	Golden Cross
HSBC/Bamerindus	Lincx Marítima	Medial Saúde*	Mediservice
Notre Dame	Omint	Petrobrás Porto Seguro	Unimed's
Volkswagen	Cassi	Assefaz	

DATAS DE VIGÊNCIA E VENCIMENTO

Data da Venda/Entrega*	Vigência	Vencimento	
		Boleto	Débito
até 15	1 do mês seguinte	1	5º dia útil
até 25	10 do mês seguinte	10	10
até 05	20 do mesmo mês	20	20

*as datas poderão ser alteradas (antecipadas ou postecipadas) a cada vigência por adaptações comerciais. Consulte sua corretora para confirmação.

RESUMO DA REDE HOSPITALAR REFERENCIADA

EM SALVADOR-BAHIA

TODOS OS PLANOS

CATO - Clín. de Acidentados, Traumatologia . e Ortopedia

Ceparh

Clín. de Fraturas

Clín. São Marcos

Clisur

Clivan – Hosp. de Olhos da Bahia

COT - Clín. Ortop. Traumatol

Espaço Bom Viver

Hosp. Agenor Paiva

Hosp. da Cidade

Hosp. Jaar Andrade

Hosp. Sagrada Família

PS/INT

INT

PS

PS/INT

MAT

INT

PS/INT

PS/INT

PS/INT/MAT

PS/INT

PS/INT

INT/MAT

Hosp. Sta. Clara	INT
Hosp. Sta. Luzia	INT
Hosp. Sto. Amaro	INT/MAT
IBOPC - Inst. Bras. de Oftalmol. e Prevenção da Cegueira	INT
INSBOT - Inst. Bahiano Ortop. e Traumatologia	PS
Inst. de Olhos Freitas	INT
Med Center Clirca	PS/INT/MAT
Orto Clín	PS/INT
Otorrino Center	INT
Probaby Clín. Inf. e Urgências	PS/INT
Sames Serv. de Assist. Méd. de Salvador	INT/MAT
Sanatório São Paulo	INT
SERMECA – Serv. Méd. do Cabula	PS
SOMED	PS
SOS Médico	

PS

PLANO CLÁSSICO

Brasil Memorial	INT
Day Hospital	INT
Fund. Bahiana de Cardiologia	PS/INT
Hosp. Espanhol	MAT
Hosp. Prof. Jorge Valente	PS/INT/MAT
Hosp. Sta. Izabel	PS/INT
Inst. Cardiopulmonar da Bahia	PS/INT

Laboratórios: DML, DNA, Iheba, JPC, Labaclen, Labcenter, Laboclin, LAD, Lid Salvador, Qualitech, Sepac, Spalazanni, STS -Serviço de Transfusão de Sangue.

PLANO ESPECIAL 100

Toda a rede do Plano Clássico e mais:

Hosp. Espanhol	PS/INT/MAT
Hosp. São Rafael	PS/INT
Laboratórios: Datalab, Leme.	

PLANO EXECUTIVO

Toda a rede do Plano Clássico e mais:

Hosp. Espanhol	PS/INT/MAT
Hosp. São Rafael	INT

LEGENDA

PS- Pronto Socorro INT- Internação MAT- Maternidade

Reajustes MÊS 07\2018

Independentemente da data de adesão do beneficiário à apólice coletiva de seguro-saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

I) reajuste financeiro;

II) por índice de sinistralidade;

III) por mudança de faixa etária;

IV) em outras hipóteses, desde que em conformidade com a legislação em vigor.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

VALDETE QUINTELA

71- 3481-3321 \ 3241-3757

71-99986-9102 \ 98784-0037

EMAIL. valconsultora@hotmail.com