

MEDIAL - PME											
ÚLTIMA ALTERAÇÃO: 01/06/2010 – ALTERADO VALORES COBERTURAS OPCIONAIS											
PLANO PME – 03 a 29 vidas											
Faixa Etária	Essencial 220/E*	Essencial 240/E	Essencial 240/A	Essencial 260/A	Ideal 420/E	Ideal 420/A	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
00 a 18	52,34	61,18	71,64	80,56	80,26	92,31	99,84	114,82	125,54	143,54	358,96
19 a 23	73,28	85,65	100,30	112,79	101,93	117,23	126,80	145,82	159,44	182,31	455,88
24 a 28	73,28	85,65	100,30	112,79	112,37	129,23	139,78	160,75	175,77	200,97	502,56
29 a 33	73,28	85,65	100,30	112,79	125,42	144,24	156,01	179,42	196,18	224,30	560,91
34 a 38	73,28	85,65	100,30	112,79	132,44	152,31	164,74	189,47	207,16	236,86	592,32
39 a 43	73,28	85,65	100,30	112,79	138,87	159,70	172,73	198,66	217,21	248,35	621,06
44 a 48	128,23	149,87	175,49	197,34	196,66	226,17	244,62	281,35	307,61	351,71	879,53
49 a 53	193,71	226,40	265,10	298,11	256,86	295,40	319,50	367,46	401,77	459,37	1.148,76
54 a 58	246,06	287,60	336,75	378,68	361,23	415,43	449,31	516,76	565,00	646,01	1.615,50
59 a +	314,07	367,08	429,83	483,34	481,47	553,73	598,88	688,78	753,09	861,06	2.153,30
PLANO PME – 30 a 99 vidas											
Faixa Etária	Essencial 220/E*	Essencial 240/E	Essencial 240/A	Essencial 260/A	Ideal 420/E	Ideal 420/A	Class 620/E	Class 620/A	Class 640/A	Premium 840/A	Platinum 880/A
00 a 18	48,99	57,26	67,05	75,40	75,11	86,39	93,44	107,46	117,49	134,34	335,94
19 a 23	68,59	80,16	93,87	105,55	95,39	109,72	118,67	136,47	149,21	170,61	426,65
24 a 28	68,59	80,16	93,87	105,55	105,16	120,95	130,81	150,44	164,50	188,08	470,34
29 a 33	68,59	80,16	93,87	105,55	117,38	134,99	146,00	167,91	183,60	209,92	524,95
34 a 38	68,59	80,16	93,87	105,55	123,95	142,54	154,17	177,32	193,88	221,67	554,34
39 a 43	68,59	80,16	93,87	105,55	129,96	149,46	161,65	185,92	203,28	232,42	581,23
44 a 48	120,01	140,26	164,24	184,69	184,05	211,67	228,93	263,31	287,89	329,16	823,13
49 a 53	181,28	211,89	248,10	278,99	240,39	276,46	299,01	343,90	376,00	429,91	1.075,10
54 a 58	230,28	269,15	315,16	354,40	338,06	388,79	420,49	483,62	528,77	604,59	1.511,91
59 a +	293,93	343,54	402,27	452,35	450,60	518,22	560,48	644,62	704,80	805,85	2.015,22
*Produto comercializado apenas na Região Metropolitana de São Paulo.											
<b>GRUPO DE MUNICÍPIOS DO PRODUTO ESSENCIAL 220E:</b>											
São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Barueri, Carapicuíba, Cotia, Guarulhos, Osasco, Santana de Parnaíba, Taboão da Serra, Caieiras, Itapevi, Jandira, Itapeverica da Serra, Embu das Artes, Francisco Morato, Arujá, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Santa Isabel e Suzano.											
<b>REGRAS</b>											
<b>Quem pode aderir</b>											
Empresas com no mínimo 03 e máximo 29 vidas, sendo os sócios, funcionários com vínculo empregatício. Empresas com no mínimo 30 e máximo 99 vidas, sendo os sócios, funcionários com vínculo empregatício.											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Titulares:</b> sócios, diretores, administradores, funcionários com vínculo empregatício, estagiários e menores aprendizes que mantenham vínculo contratual com a empresa</li> <li>• <b>Dependentes:</b> cônjuge, companheiro(a), filho(a) natural ou adotivo(a) solteiro(a) com idade até 39 anos, 11 meses e 29 dias, enteado – menor que esteja sob tutela do beneficiário titular (equiparados aos filhos) e filhos inválidos de qualquer idade;</li> </ul>											
<b>Documentos Comprobatórios</b>											
<b>Para aceitação da empresa:</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da última versão do Contrato Social e alterações ou contrato consolidado, ou Ata (incluindo Estatuto), ou Empresa Individual, ou INCR (Empresa Rural);</li> <li>• Cartão CNPJ Ativo;</li> <li>• Cópia da Guia e Relação de Recolhimento do FGTS.</li> </ul>											
<b>IMPORTANTE</b>											
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. A comercialização de planos para Associações, Sindicatos, Federações, Confederações, Cooperativas, Condomínios e ONGs se dará apenas mediante a comprovação de funcionários registrados através dos documentos comprobatórios para tal condição.											
<b>Para comprovação de vínculo empregatício:</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação de FGTS e guia quitada, ambos do último mês;</li> <li>• Para novos registros deve-se apresentar a ficha de registro, o termo de abertura e o índice do livro;</li> </ul>											

- Para beneficiários recém admitidos (30 dias) será exigido o CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados)
- Para aceitação de dependentes:**
- Cônjuge: certidão de casamento ou declaração de união estável (carta de próprio punho com firma reconhecida do casal) ou certidão de nascimento de filho em comum;
  - Filho(a) natural solteiro(a) ou adotivo(a): certidão de nascimento ou RG;
  - Enteado(a): certidão de casamento ou declaração de união estável, certidão de nascimento comprovando filiação de um dos cônjuges ou certidão de óbito;
  - Filho(a) inválido(a): certidão de invalidez emitida pelo INSS.
- Não serão aceitos:**
- Agregados;
  - Afastados do Trabalho.
  - Prestadores de serviços.
- Não haverá comercialização para:**
- Empresas de Segurança Armada;
  - Empresas de Motoboys.

**Responsável pelo contrato**

Empresa Contratante.

**Taxa de Inscrição**

**R\$ 40,00 por contrato.**

**Coberturas Opcionais**

Contratação opcional em todos os planos. É necessária adesão de todo o grupo familiar.

- Vida Tranquila: R\$ 13,00 por beneficiário
- Vida Bem Segura: R\$ 11,60 por beneficiário
- Vida Bem Segura – Assistência: R\$ 6,00 por beneficiário

**Medial Odonto**

Incluso em todos os planos da Linha de Produtos Proteção e Conforto comercializados em São Paulo. As empresas que adquirirem os Planos da Linha Proteção Essencial deverão assinar o Termo de Proposta Promocional Medial Odonto.

**Documentação Necessária para Fechamento do Contrato**

**Documentação Obrigatória**

- Proposta Contratual;
- Proposta de Admissão;
- Declaração de Condições de Saúde;
- Declaração de Conhecimento e Oferecimento – Plano Referência;
- Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Aditivo de Redução de Carências (Empresa);
- Formulário de vendas;
- Manual de orientação para contratação de planos de saúde.

**Documentação Facultativa**

- Termo de Proposta Promocional Medial Odonto: o mesmo deve ser assinado por empresas que adquirirem os Planos Essencial 240E, Essencial 240A e Essencial 260A. Empresas que aderirem aos outros planos, não precisam assinar esse termo, uma vez que os mesmos já possuem direito ao plano odontológico;
- Termo de Retificação da Proposta de Admissão: caso ocorram erros no preenchimento da Proposta de Admissão o Termo de Retificação deve ser preenchido e assinado.

**Prazo de Entrega do Material de Fechamento do Contrato**

Respeitar a tabela de vigências

**Mudança de Faixa Etária antes do início de vigência do plano**

A proposta deverá 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.

**Reajustes**

O contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior a 12 meses, exceto nos casos de reajuste por alteração de faixa etária, em que, por razão de mudança da idade do beneficiário, o reajuste da mensalidade ocorrerá no mês seguinte em que houve a alteração.

**Vigência e Vencimento**

O contrato terá duração de 12 meses, a contar do início de sua vigência, e será renovado automaticamente, por períodos iguais e sucessivos, desde que a Medial Saúde e/ou a Empresa Contratante não manifestem, por escrito e sob protocolo da outra parte, pela sua rescisão com 60 dias de antecedência.

Data de entrega e protocolo da documentação	Início de vigência	Vencimento da fatura
Diária	15 dias após a data de entrega da documentação	Igual a data de vigência

**Carências**

Carência Contratual

Para empresas de 3 a 29 vidas, considerar a tabela de carência contratual descrita abaixo:

TABELA DE CARÊNCIAS CONTRATUAIS - PME		
Alíneas	Prazos	Coberturas
A	24 horas	Acidentes pessoais. Urgência e/ou emergência e intercorrências da gravidez, na forma da Resolução 13 do CONSU.
B	30 dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: consultas médicas eletivas Exames realizados em regime ambulatorial: análises clínicas; citopatologia e anatomia patológica; eletrocardiograma e eletroencefalograma simples; exames radiológicos simples (não contrastados); colposcopia e colpocitologia oncológica (papanicolau); testes e provas alérgicas.
C	90 dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: Exames e procedimentos realizados em regime ambulatorial: exames simples em oftalmologia (mobilidade ocular, fundoscopia, tonometria de aplanção e mapeamento de retina); exames simples em otorrinolaringologia (ex: audiometria); fonoaudiologia (40 sessões/ano); terapia ocupacional (6 sessões/ano); consulta nutricionista (6 sessões/ano); fisioterapia ambulatorial; mamografia*; provas de função respiratória; teste ergométrico; holter; ecocardiograma simples e com doppler; densitometria óssea; ultrassonografia simples; infiltrações e punções articulares; tilt tests; exames genética: citogenética, bioquímica e molecular*; biópsias; procedimentos ambulatoriais porte anestésico zero em dermatologia; procedimentos terapêuticos ambulatoriais não cirúrgicos em: ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia; endoscopias digestivas alta e baixa, nasofibroscopia.

D	180 dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: radioimunoensaio; exames de neurofisiologia; ecocardiograma simples e com doppler; exames em angiologia com doppler; fluxometria e investigação vascular ultra-sônica; exames especiais em oftalmologia; exames especiais em otorrinolaringologia; monitorização pressão arterial - MAPA; provas urodinâmicas; angiografias e arteriografias; artroscopias; tococardiografia; exames cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética; medicina nuclear; radioisótopos e cintilografia; mielografias; radiologia intervencionista; radiologia digital; procedimentos de biópsias dirigidas por tomografia, ultrassonografia ou ressonância magnética; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; histeroscopia diagnóstica; videolaparoscopias diagnósticas; litotripsias; inserção de dispositivo intra-uterino (DIU)*; mamotomia*, endoscopias respiratória e urológica.
E	180 dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: procedimentos de hemodinâmica e angioplastias; procedimentos de radioterapia, quimioterapia, diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; internações clínicas em pediatria e clínica geral, exceto as constantes da alínea F abaixo; internações cirúrgicas, inclusive em hospital-dia, exceto as constantes da alínea F abaixo;
F	180 dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: internações clínicas de portadores de doenças infectocontagiosas, inclusive AIDS e suas consequências; procedimentos e internações, clínicas e cirúrgicas, relacionadas com transplantes de rim e córnea e implantes, transplante autólogo de medula óssea; internações clínicas para tratamento de doenças crônicas, internações e tratamentos ambulatoriais em casos de psiquiatria e dependência química, assim como tratamento psicoterápico de crise em psiquiatria (12 sessões/ano); psicoterapia (12 sessões/ano);
G	300 dias	Além dos procedimentos descritos no item anterior, o beneficiário adquire direito a: internação para parto a termo.

• A cobertura será feita de acordo com as diretrizes definidas pela ANS.  
Em caso de declaração positiva de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) será aplicada a Cobertura Parcial Temporária de 24 meses ou, a pedido do(s) beneficiário(s), a Medial Saúde poderá estudar a possibilidade de ofertar agravo (acréscimo pecuniário) ao valor da Taxa Mensal de Manutenção, pelo período de 24 meses em contraprestação pelo atendimento imediato de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), respeitadas as carências das alíneas "A" a "G".

### REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

#### REGRAS

A redução de carências é aplicável para empresas proponentes de acordo com o número inicial de beneficiários na adesão ao plano, conforme tabela abaixo:

N.º Beneficiários Titulares e Dependentes	Prazos em dias/alíneas						
	A	B	C	D	E	F	G
03 a 10	0	0	0	90	180	180	300
11 a 29	0	0	0	60	120	150	300

Além da redução também será realizado o aproveitamento de carências, desde que, respeitadas todas as condições abaixo:

Que a segmentação do plano anterior seja similar aos planos da Linha Proteção e Linha Conforto, ou seja, ambulatorial + hospitalar + obstetrícia.

Que o beneficiário oriundo de plano empresarial tenha permanecido no mínimo 12 meses no contrato anterior.

Que o beneficiário oriundo de plano individual tenha permanecido no mínimo 24 meses no contrato anterior.

A data de vencimento da última mensalidade paga do plano anterior (individual) ou do desligamento do outro plano (empresarial) não seja superior a 60 dias.

#### Congêneres

Linha Proteção e Conforto: não há lista de congêneres definida para redução de carências no PME. Desde que as regras de redução sejam respeitadas, haverá redução de carências de todas as congêneres.

#### Documentos Necessários para Redução de Carências

##### Beneficiários oriundos de Plano Pessoa Física:

- Cópia da carteirinha, ou cópia da apólice / proposta de plano de saúde que comprove a data de adesão, o tipo de acomodação e segmentação;
- 3 últimos comprovantes de pagamentos, sendo que a última mensalidade paga não pode ser superior a 60 dias da data de assinatura do novo plano contratado.

##### Beneficiários oriundos de Plano Pessoa Jurídica:

- Carta da empresa em papel timbrado com carimbo e assinatura do emitente contendo local e data, nome da operadora anterior, tipo de acomodação, segmentação, data de adesão ao plano e data de exclusão dos beneficiários no plano.

**IMPORTANTE:** Se o padrão de acomodação do novo plano for superior ao anterior haverá redução, porém o beneficiário

terá que cumprir 180 dias de carências para a nova acomodação.

#### Não haverá Redução de Carências

- Para parto a termo e doenças e/ou lesões preexistentes.
- Para beneficiários oriundos de planos não regulamentados, ou seja, adquiridos antes de 01/01/99. Os mesmos deverão cumprir, obrigatoriamente, todas as carências.

### TABELA DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Alíneas/Coberturas	Para empresas de 03 a 10 vidas	Para empresas de 11 a 29 vidas
	Prazos em dias	Prazos em dias
A	0	0
B	0	0
C	0	0

<b>D</b>	60	30		
<b>E</b>	90	60		
<b>F</b>	90	90		
<b>G</b>	300	300		
<b>Doença e/ou lesão preexistente</b>	720	720		
<b>REEMBOLSO</b>				
O direito ao reembolso de despesas médico-hospitalares cobertas está assegurado a partir do Class 620/E. Confira a seguir os múltiplos de reembolso de acordo com o tipo de plano:				
<b>Tipo de Cobertura para Reembolso</b>	<b>Class 620E Class 620A</b>	<b>Class 640A</b>	<b>Premium 840A</b>	<b>Platinum 880A</b>
<b>Diárias e despesas hospitalares</b>	2x TMS IV	2x TMS IV	3x TMS IV	6x TMS IV
<b>Despesas com serviços ambulatoriais</b>	2x TMS IV	2x TMS IV	3x TMS IV	6x TMS IV
<b>Consultas Médicas</b>	2x TMS IV	2x TMS IV	4x TMS IV	10x TMS IV
<b>Exames complementares</b>	2x TMS IV	2x TMS IV	3x TMS IV	6x TMS IV
<b>Honorários médicos ambulatoriais e serviços auxiliares de terapia</b>	2x TMS IV	2x TMS IV	3x TMS IV	6x TMS IV
<b>Honorários médicos de internação</b>	2x TMS IV	2x TMS IV	4x TMS IV	10x TMS IV
<b>Tipo de Cobertura para Reembolso</b>	<b>Class 620E Class 620A</b>	<b>Class 640A</b>	<b>Premium 840A</b>	<b>Platinum 880A</b>
<b>Consultas Médicas</b>	48,00	48,00	96,00	240,00
<b>Hemograma Completo</b>	18,00	18,00	27,00	54,00
<b>Electrocardiograma</b>	27,00	27,00	41,00	81,00
<b>Endoscopia Digestiva</b>	144,00	144,00	216,00	432,00
<b>Ultra-som Pélvico</b>	63,00	63,00	95,00	189,00
<b>Ultra-som Obstétrico</b>	84,00	84,00	126,00	252,00
<b>Tomografia de Crânio</b>	447,00	447,00	671,00	1.341,00
<b>Ressonância Magnética de Crânio</b>	1.080,00	1.080,00	1.620,00	3.240,00

**\* PREÇOS SUJEITOS À ALTERAÇÕES A QUALQUER MOMENTO \***