



CARACTERÍSTICAS DO PLANO

SEGMENTAÇÃO DO PLANO	COLETIVO POR ADESAO
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	NACIONAL
PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO PLANO	SEM LIMITE DE IDADE DESDE QUE O TITULAR ESTEJA VIGENTE
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
VIGÊNCIA DA APÓLICE	ANUAL (SETEMBRO)
PRAZO REEMBOLSO	30 DIAS (MÁXIMO)



EXEMPLOS DE REEMBOLSO*

PLANOS	EXATO ENFERMARIA	CLÁSSICO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA MÉDICA	80,50	175,63	212,22	248,81	373,21	475,67	585,43	804,97
APENDICECTOMIA	453,71	1.512,37	1.512,37	2.722,27	4.007,79	3.024,75	6.049,49	7.183,77
CESÁREA	863,52	2.878,39	2.878,39	5.181,10	7.627,73	5.756,78	11.513,55	13.672,34
HISTERECTOMIA TOTAL	868,40	2.894,65	2.894,65	5.210,37	7.670,82	5.789,30	11.578,60	13.749,59
PRÓSTATA RADICAL	1.668,49	5.561,63	5.561,63	10.010,94	14.738,32	11.123,26	22.246,53	26.417,75
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	2.732,03	9.106,76	9.106,76	16.392,18	24.132,93	18.213,53	36.427,06	43.257,13

*LIMITADO AO VALOR DO RECIBO - VALORES EM REAIS (R\$).

REAJUSTES E/OU VARIAÇÃO DE PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE DE MESTRA DA EXTRAMED
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA OPERADORA
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 em um 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:

- 3 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano anterior;
- Cópia de carteira de identificação do beneficiário com indicação do início da vigência, padrão e plano;
- Carta da Operadora congênere 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. CPT (Cobertura Parcial Temporária) não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.



TABELA DE VALORES



SEM COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	CLÁSSICO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	466.057/11-9	476.927/16-9	476.916/16-3	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	COLETIVO	COLETIVO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
00 a 18 anos	590,89	440,45	529,50	651,50	680,54	785,79	1.304,47	1.564,58	1.712,91
19 a 23 anos	813,80	606,58	729,22	897,22	937,28	1.082,17	1.796,53	2.154,74	2.359,01
24 a 28 anos	883,96	658,88	792,06	974,57	1.018,06	1.175,45	1.951,38	2.340,49	2.562,36
29 a 33 anos	1.048,89	781,82	939,88	1.156,42	1.208,03	1.394,80	2.315,51	2.777,24	3.040,48
34 a 38 anos	1.144,36	852,99	1.025,41	1.261,64	1.317,97	1.521,71	2.526,23	3.029,95	3.317,18
39 a 43 anos	1.266,70	944,16	1.135,03	1.396,55	1.458,85	1.684,39	2.796,30	3.353,82	3.671,77
44 a 48 anos	1.447,45	1.078,89	1.297,02	1.595,82	1.667,01	1.924,75	3.195,29	3.832,45	4.195,77
49 a 53 anos	1.780,21	1.326,92	1.595,20	1.962,68	2.050,26	2.367,26	3.929,89	4.713,54	5.160,36
54 a 58 anos	2.216,54	1.652,17	1.986,19	2.443,73	2.552,77	2.947,46	4.893,12	5.868,81	6.425,17
59 anos ou mais	3.545,23	2.642,54	3.176,83	3.908,64	4.083,05	4.714,32	7.826,27	9.386,88	10.276,71

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS CONTRATUALMENTE EM 01/09/2022 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL. VALORES EM REAIS (R\$).



COM COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	EXATO ENFERMARIA	CLÁSSICO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	476.942/16-2	476.914/16-7	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	COLETIVO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
00 a 18 anos	374,38	450,07	553,77	578,47	667,91	1.108,81	1.329,90	1.455,96
19 a 23 anos	515,59	619,85	762,67	796,67	919,84	1.527,03	1.831,56	2.005,16
24 a 28 anos	560,04	673,26	828,40	865,33	999,13	1.658,67	1.989,44	2.178,01
29 a 33 anos	664,53	798,90	982,98	1.026,79	1.185,58	1.968,17	2.360,64	2.584,43
34 a 38 anos	725,02	871,60	1.072,43	1.120,22	1.293,48	2.147,26	2.575,47	2.819,65
39 a 43 anos	802,49	964,76	1.187,08	1.239,99	1.431,76	2.376,80	2.850,78	3.121,06
44 a 48 anos	917,00	1.102,45	1.356,48	1.416,93	1.636,06	2.715,99	3.257,59	3.566,44
49 a 53 anos	1.127,83	1.355,90	1.668,32	1.742,68	2.012,20	3.340,42	4.006,54	4.386,35
54 a 58 anos	1.404,26	1.688,24	2.077,21	2.169,82	2.505,36	4.159,14	4.988,51	5.461,46
59 anos ou mais	2.246,02	2.700,25	3.322,43	3.470,53	4.007,22	6.652,32	7.978,90	8.735,32

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS CONTRATUALMENTE EM 01/09/2022 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL. VALORES EM REAIS (R\$).



VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PLANOS	EXATO ENFERMARIA	CLÁSSICO 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
FONOAUDIOLOGIA	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	350,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

VALORES EM REAIS (R\$).

PERÍODO DE ADESÃO

1º ao 20º dia

21º ao 30º dia

INÍCIO DO SEGURO

A partir do 1º dia do mês subsequente

A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

VENCIMENTO DA FATURA

Dia 30 do mês anterior ao início de vigência

Dia 30 do mês anterior ao início de vigência



FORMAS DE PAGAMENTO

- **BOLETO** vencimento todo dia 30
- **DÉBITO** em conta corrente - vencimento todo dia 05

BANCO DO BRASIL

BRABESCO

ITAÚ

SANTANDER

CAIXA ECONÔMICA

TABELA DE PRESTADORES - BAHIA							
Cidade	Prestador	Tipo de Atendimento	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	CLÁSSICO APARTAMENTO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
ALAGOINHAS	HOSP DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTD	HOSPITAL, MAT, E PS	✓	✓	✓	✓	✓
BARREIRAS	CASA DE SAUDE SAO JOAO	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CENTRO HOSPITALAR DE BARREIRAS	HOSPITAL E MATERNIDADE	✓	✓	✓	✓	✓
BRUMADO	SOMEPE SOCORRO MEDICO PERMANENTE	HOSPITAL, MAT, E PS	✓	✓	✓	✓	✓
CAETITE	FUNDACAO HOSPITALAR SENHORA SANTANA	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
CAMACARI	SEMED	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	SISTEMA DE SAUDE SANTA HELENA	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
CANDEIAS	UNIDADE MEDICA INTEGRADA UMI CMH	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
CATU	HOSPITAL AGNUS DEI	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
DÍAS D AVILA	PROMATER POLI E MATERNIDADE	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
FEIRA DE SANTANA	AMIGO	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL EMEC	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL SAO MATHEUS	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	OTORRINOS LTDA	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	SOBABY	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL BAMBINO	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
GUANAMBI	POLICLINICA	HOSPITAL E MATERNIDADE	✓	✓	✓	✓	✓
IRECE	A M I	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLINICA DE OLHOS SAO PAULO LTDA	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
ITABERABA	HOSPITAL DA CHAPADA	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
ITABUNA	HOSP DE OLHOS BEIRA RIO LTDA	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL CALIXTO MIDLEI FILHO	HOSPITAL, MAT. E PS	✓	✓	✓	✓	✓
JACOBINA	CLINICA SANTA BARBARA	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
JEQUIE	CASA DE SAUDE MATER N S P SOCORRO L	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL SANTA HELENA	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
JUAZEIRO	PRO MATER DE JUAZEIRO	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	SOTE	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
LAURO DE FREITAS	HOSPITAL AEROPORTO	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
SALVADOR	HBA	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSP AGENOR PAIVA	HOSPITAL, MAT. E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	PROBABY CLIN INF E URGENCIAS LTDA	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	SOMED DAY HOSPITAL	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSP MAT SANTO AMARO	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CARDIO PULMONAR DA BAHIA SA	HOSPITAL E PS (*)	X	X	✓	✓	✓
	FUND BAHIANA DE CARDIOLOGIA	HOSPITAL E PS (*)	X	X	✓	✓	✓
	HOSP PROF JORGE VALENTE	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	X	X	✓	✓	✓
	HOSP SANTA IZABEL	HOSPITAL E PS (*)	X	X	✓	✓	✓
	HOSPITAL SANTO AMARO	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	X	X	✓	✓	✓
	HOSPITAL SAO RAFAEL	HOSPITAL E PS (*)	X	X	X	✓	✓
SANTO AMARO	S A HOSP ALIANCA	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	X	X	X	X	✓
	HOSP OCTAVIO PEDREIRA	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CASA DE SAUDE S ANTONIO	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	✓	✓	✓	✓	✓
STO ANTONIO DE JESUS	INCAR	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	SOBRASA	HOSPITAL, MAT, E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
TEIXEIRA DE FREITAS	CASA DE SAUDE SAO GERALDO	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	✓	✓	✓	✓	✓
VITÓRIA DA CONQUISTA	HOSPITAL SAO VICENTE	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	SAMUR	HOSPITAL E PS (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	IBR INST BRANDAO REABILITACAO	HOSPITAL E PS (*)	X	X	✓	✓	✓
SÃO PAULO	HOSP ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	HOSPITAL MAT. e PS (*)	X	X	✓	X	✓
	HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS	HOSPITAL E PS (*)	X	X	X	X	✓
LEGENDA:	✓	PRESTADOR CREDENCIADO	X	PRESTADOR NÃO CREDENCIADO			
*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							

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO

TITULAR Cópia CNH, holerite, comprovante de residência, cópia da ficha associativa e declaração que comprove que está ativo junto a entidade.	FILHOS SOLTEIROS Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010 deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo), cópia do RG e CPF.	ENTEADOS Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010 deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo), cópia do RG e CPF, comprovação de vínculo financeiro com o titular e certidão de casamento ou união estável.
CÔNJUGE OU COMPANHEIRO Cópia da CNH ou do RG e CPF e certidão de casamento ou escritura Pública (Instrumento Legal) ou declaração de União Estável (padrão SulAmérica).	FILHOS INVÁLIDOS Certidão de invalidez emitida pelo INSS, cópia RG e CPF.	MEIOR SOB GUARDA Certidão de Nascimento (para filhos nascidos a partir de 2010 deverá constar a DNV - Declaração de Nascido Vivo) ou cópia do RG e CPF, cópia da tutela ou termo de guarda.
SOMENTE SERÃO ACEITOS OS ASSOCIADOS QUE TENHAM VÍNCULO FORMAL COM O SUBESTIPULANTE E SEUS CÔNJUGES E FILHOS.		

IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADESAO, 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