TABELA DE VENDAS - PME

Distrito Federal - DF

allcare

smile SAÚDE

TABELA DE VENDAS

Plano de Saúde - Coletivo Empresarial
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Livre Adesão

02 VIDAS				
PLANO	**PREMIUM PROMO LIVRE ADESÃO**		**OPUS LIVRE ADESÃO**	
ANS	483.408/19-9	483.407/19-1	483.414/19-3	483.412/19-7
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
FAIXA ETÁRIA	COM COPT.	SEM COPT.	COM COPT.	SEM COPT.
00-18	R$ 214,05	R$ 277,27	R$ 251,90	R$ 335,85
19-23	R$ 267,57	R$ 346,60	R$ 314,88	R$ 419,82
24-28	R$ 334,40	R$ 433,16	R$ 393,53	R$ 524,68
29-33	R$ 367,90	R$ 476,56	R$ 432,96	R$ 577,25
34-38	R$ 386,30	R$ 500,39	R$ 454,61	R$ 606,11
39-43	R$ 424,93	R$ 550,43	R$ 500,07	R$ 666,73
44-48	R$ 531,16	R$ 688,04	R$ 625,08	R$ 833,40
49-53	R$ 584,28	R$ 756,84	R$ 687,59	R$ 916,75
54-58	R$ 730,35	R$ 946,06	R$ 859,49	R$ 1.145,93
59 ou mais	R$ 1.278,10	R$ 1.655,59	R$ 1.504,11	R$ 2.005,38

03 A 29 VIDAS				
PLANO	**PREMIUM PROMO LIVRE ADESÃO**		**OPUS LIVRE ADESÃO**	
ANS	483.408/19-9	483.407/19-1	483.414/19-3	483.412/19-7
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
FAIXA ETÁRIA	COM COPT.	SEM COPT.	COM COPT.	SEM COPT.
00-18	R$ 207,63	R$ 268,95	R$ 244,34	R$ 325,77
19-23	R$ 259,54	R$ 336,20	R$ 305,43	R$ 407,23
24-28	R$ 324,37	R$ 420,17	R$ 381,72	R$ 508,94
29-33	R$ 356,86	R$ 462,26	R$ 419,97	R$ 559,93
34-38	R$ 374,71	R$ 485,38	R$ 440,97	R$ 587,93
39-43	R$ 412,18	R$ 533,92	R$ 485,07	R$ 646,73
44-48	R$ 515,23	R$ 667,40	R$ 606,33	R$ 808,40
49-53	R$ 566,75	R$ 734,13	R$ 666,96	R$ 889,25
54-58	R$ 708,44	R$ 917,68	R$ 833,71	R$ 1.111,55
59 ou mais	R$ 1.239,76	R$ 1.605,92	R$ 1.458,99	R$ 1.945,22

Mês Reajuste: Agosto

TABELA DE VENDAS

Plano de Saúde - Coletivo Empresarial
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Compulsório

10 A 29 VIDAS				
PLANO	**PREMIUM PROMO COMPULSÓRIO**		**OPUS COMPULSÓRIO**	
ANS	483.408/19-9	483.407/19-1	483.414/19-3	483.412/19-7
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
FAIXA ETÁRIA	COM COPT.	SEM COPT.	COM COPT.	SEM COPT.
00-18	R$ 196,93	R$ 255,09	R$ 231,75	R$ 308,98
19-23	R$ 246,16	R$ 318,87	R$ 289,69	R$ 386,23
24-28	R$ 307,65	R$ 398,51	R$ 362,05	R$ 482,71
29-33	R$ 338,47	R$ 438,44	R$ 398,32	R$ 531,07
34-38	R$ 355,40	R$ 460,36	R$ 418,24	R$ 557,62
39-43	R$ 390,94	R$ 506,40	R$ 460,06	R$ 613,39
44-48	R$ 488,67	R$ 633,00	R$ 575,07	R$ 766,73
49-53	R$ 537,54	R$ 696,29	R$ 632,58	R$ 843,41
54-58	R$ 671,92	R$ 870,38	R$ 790,73	R$ 1.054,26
59 ou mais	R$ 1175,85	R$ 1.523,14	R$ 1.383,78	R$ 1.844,95

Mês Reajuste: Agosto

TABELA COPARTICIPAÇÃO	
CONSULTAS*	R$ 15,00
CONSULTAS EMERGÊNCIA*	R$ 30,00
TERAPIAS	R$ 20,00
INTERNAÇÃO CLÍNICA	R$ 100,00
EXAMES SIMPLES*	R$ 10,00
EXAMES COMPLEXOS*	R$ 60,00
INTERNAÇÃO CIRURGÍCA	R$ 150,00
INTERNAÇÃO OBSTETRÍCA	R$ 100,00

*COPARTICIPAÇÃO DE 30%, LIMITADOS AOS VALORES ACIMA

Datas de Adesão, Vigência e Vencimento

DATA DE ASSINATURA - PROPOSTA	DATA DE VIGÊNCIA A INÍCIO DA COBERTURA	DATA DE VENCIMENTO MENSALIDADE
06 A 15 DO MÊS	DIA 01 DO 1º MÊS SUBSEQUENTE	DIA 01 DE CADA MÊS
16 A 25 DO MÊS	DIA 10 DO 1º MÊS SUBSEQUENTE	DIA 10 DE CADA MÊS
26 A 05 DO MÊS SUBSEQUENTE	DIA 20 DO 1º MÊS SUBSEQUENTE	DIA 20 DE CADA MÊS

* Em caso de pagamento em débito em conta a Administradora concederá por mera liberalidade 05 dias a contar da data de vencimento do boleto bancário para o débito em conta corrente.

Área de Comercialização

Distrito Federal

Quem pode aderir:

Das empresas:
· Cópia do Contrato Social / Estatuto Social, no caso de Empresário Individual o requerimento de Empresa Individual;
· Certidão simplificada emitida no site da Junta Comercial;
· Certificado da Condição do Microempreendedor Individual (CCMEI), no caso de Empresário Individual enquadrado como Microempreendedor Individual;
· Comprovante de inscrição e de situação cadastral junto a Receita Federal com a situação cadastral “ativa”; ou
· Documento que confirme sua inscrição com a situação ativa nos órgãos competentes.
· GFIP, FGTS integral com comprovante de pagamento do mês anterior ao da contratação);

Dos beneficiários:
· Cópia do CPF do titular e de todos os dependentes maiores de 18 anos;
· Cópia da carteira de identidade de todos os beneficiários;
· Cópia do comprovante de residência;
· Cópia da certidão de nascimento para os dependentes menores de idade que não possuam RG e CPF;
· Cópia certidão de casamento ou declaração de união estável;
· Nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS) se houver;
· Nº do PIS/PASEP se houver;

Resumo da Rede Credenciada

HOSPITAIS	BAIRRO	PREMIUM	OPUS
HOSPITAL SANTA LÚCIA NORTE (PRONTONORTE)	ASA NORTE	H PS	H PS
HOSPITAL ALVORADA	ASA SUL	H PS	H PS
HOSPITAL DAHER	LAGO SUL	H PS	H PS
HOSPITAL ALBERT SABIN	ASA NORTE	H PS	H PS
HOSPITAL SANTA MARTA	TAGUATINGA SUL		H PS M
HOSPITAL SÃO FRANCISCO	CEILANDIA SUL	H	H
HOSPITAL ANNA NERY	AGUAS CLARAS	H	H
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CEILÂNDIA	CEILANDIA SUL	H	H
HOSPITAL LUCIANO CHAVES	CENTRO	H PS	H PS
HOSPITAL NOSSA SENHORA ABADIA	SETOR OESTE	H PS	H PS
HOSPITAL SÃO MATEUS	CRUZEIRO VELHO	H PS	H PS
SANTA CLARA HOSPITAL DIA	PARQUE SÃO BERNARDO	H	H
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	GAMA	H PS M	H PS M

H - INTERNAÇÃO **PS** - PRONTO SOCORRO **M** - MATERNIDADE

LABORATÓRIOS	BAIRRO	PREMIUM	OPUS
LAB. SABIN	DF		•
EXAME MEDICINA DIAGNÓSTICA (DASA)	DF	•	•
LAB. LÂMINA	OESTE	•	•
LAB. MULIER	ASA SUL	•	•
LAB. SANTA MARIA	JARDIM DO INGA	•	•
LAB. SANTA PAULA	AGUAS CLARAS	•	•
LABIN MED LABORATÓRIO CLÍNICO	RECANTO DAS EMAS	•	•
MICRA LAB. DE CITOPATOLOGIA	ASA SUL	•	•
LAB. ANÁLISES CLÍNICAS DE CEILÂNDIA	CEILANDIA SUL	•	•
LAB. FLEMING	NOVO GAMA	•	•
VITALAB	ASA SUL		•

Consulte a rede completa no site: smilesaude.com.br/rede-credenciada

Este material é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores e sujeito a alterações.
Plano de Saúde Coletivo Empresarial de acordo com as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
REDE CREDENCIADA SUJEITA A ALTERAÇÕES PELA OPERADORA, SEM AVISO PRÉVIO.
ESSE MATERIAL CONTÉM INFORMAÇÕES RESUMIDAS PREVALECENDO AS CONDIÇÕES DO CONTRATO DE ADESÃO.

allcare

ANS - nº 41728-9

smile SAÚDE

ANS - nº 39548-0