

# Tabela LifeDay Saúde | Arcosul PME - Empresarial - PME



Referência: Abril/2020 - Taxa de Inscrição: Não Informado

## PME

Faixa Etária	Ambulatorial   01 a 99 Vidas   Copart.	Ambulatorial Hospitalar Semi Privativo   01 a 99 Vidas   Copart.
Acomodação	Enf.	Enf.
Abrangência	Reg.	Reg.
0 a 18	R\$ 57.00	R\$ 120.00
19 a 23	R\$ 66.00	R\$ 138.00
24 a 28	R\$ 72.00	R\$ 180.00
29 a 33	R\$ 81.00	R\$ 218.00
34 a 38	R\$ 90.00	R\$ 240.00
39 a 43	R\$ 104.00	R\$ 252.00
44 a 48	R\$ 129.00	R\$ 294.00
49 a 53	R\$ 153.00	R\$ 306.00
54 a 58	R\$ 216.00	R\$ 426.00
59 ou +	R\$ 296.00	R\$ 672.00

## Carência

Procedimentos	Carência Contratual
Consulta Eletiva	30 dias
Consultas Urgência	24 horas
Exames Básicos (ecografia, RX, ex. Laboratoriais)	30 dias
Exames Especiais (Tomografias, Ressonâncias, Cintilografias, Angiografias, Colonoscopia, Endoscopia Digestiva Alta)	60 dias
Procedimentos Básicos (curativos, excerese, aplicação de medicação, sutura)	180 dias
Procedimentos Especiais (hemodinâmica, DIU, vasectomia)	180 dias
Psicoterapia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Nutrição	30 dias
Terapia Ocupacional	30 dias

Quimioterapia, Radioterapia, Diálise ou Hemodiálise	180 dias
Medicamento	90 dias
Internação Clínica ou Cirúrgica	180 dias
Parto a termo	300 dias
Doença ou lesão preexistente	720 dias

### Critérios de Redução de Carência

Os períodos de carência serão contados a partir da data de vigência do plano de saúde.

Redução para beneficiários titulares e dependentes até 59 anos 11 meses e 29 dias.

Mínimo de 12 meses de permanência no plano anterior;

Para ter redução de carência não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou do cancelamento do plano.

Não há redução de carências para doenças ou lesões preexistentes.

#### **Redução para ex-beneficiários de plano individual**

Cópia do último boleto quitado, quando o boleto for quitado pela internet ou caixa eletrônico anexar o comprovante de pagamento para a conferência do código de barras;

Carteirinha com o nome do titular e dos dependentes (se houver), data de início e a vigência do plano, tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento).

Se na carteirinha não constar às informações necessárias, deverão ser enviados os seguintes documentos cópia do contrato anterior com data, nome do titular e dos dependentes (se houver), e o tipo de acomodação (enfermaria ou apartamento). Ou Carta original da operadora em papel timbrado com carimbo do CNPJ.

#### **Redução para ex-beneficiários de PME e Grupal**

Cópia da carteirinha, carta original da empresa em papel timbrado com os seguintes requisitos, carimbo do CNPJ, nome dos titulares e seus dependentes, quando houver, tipo de acomodação do plano enfermaria ou apartamento, tempo de permanência – Início e término do plano (dia / mês / ano), nome, cargo e telefone do responsável que assinar a carta. Ou Carta de permanência da operadora anterior.

Ou Cópia da última fatura quitada e da última relação de beneficiários, emitida pela operadora anterior.

**Para empresas acima de 29 vidas** - Isenção de carências (cumpridos os prazos para inscrição de beneficiários previstos no contrato.

## Documentação

**Empresa:** Cópia do Contrato Social e suas alterações ou Requerimento do Empresário, com selo da Jucesp ou carimbo que fica no verso da página ou Certificado de Microempreendedor (MEI) ou Cadastro Específico do INSS (CEI) com tempo de constituição mínimo de 06 meses e documento de identificação com foto e assinatura do responsável pela empresa; enviar também a atual versão da Declaração de Autenticidade, com firma reconhecida em cartório; cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário).

**Importante:** 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.

**Titular:** Cópia de RG e CPF ou CNH, CNS-Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço recente.

**Recém-contratado:** cópia das páginas da carteira de trabalho (foto, qualificação civil e registro).

**Cônjuge ou companheiro (a):** Cópia RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde e certidão de casamento ou escritura pública de união estável emitida pelo cartório.

**Filhos ou enteados:** Cópia RG e CPF (se maior de 18 anos), CNS-Cartão Nacional de Saúde, certidão de nascimento, a guarda definitiva ou tutela, declaração escolar e comprovante de pagamento do curso superior quando universitário.

Para crianças de até 01 ano completo, será necessário enviar a cópia da alta da maternidade fornecida pelo hospital.

**Estagiários:** Cópia do RG e CPF e do contrato de estágio assinado e carimbado pela Instituição de Ensino e pela empresa empregadora.

**Entidades:** Estatuto Social, ata da reunião vigente, cópia do documento do responsável e guia quitada e relação do FGTS mais recente para comprovação de vínculo dos funcionários.

**Empresa com atividade rural:** Cópia do CNPJ atual, DECA e INCRA (Certificado de Cadastro de Imóvel Rural).

## Mais Informações

### Taxa de Cadastro

Não tem taxa de cadastro

### Formação do Grupo

#### PME de 02 a 99 vidas

Mínimo de 01 titular com vínculo + 01 dependente.

### Área de Comercialização

**A comercialização é exclusiva para empresas com CNPJ e residência de 100% da massa apenas em:** Santa Catarina e Rio Grande do Sul

### Área de Utilização

**A área de utilização será em:** Florianópolis, Joinville e Porto Alegre

### Avaliação Médica

Os associados acima de 65 anos, deverão passar por avaliação médica

### Composição

**Titulares:** Sócios, funcionários com vínculo (FGTS) sem limite de idade.

**Dependentes Diretos:** Cônjuge ou companheiro, filhos solteiros e/ou adotivos até 24 anos 11 meses e 29 dias ou filhos inválidos sem limite de idade.

### Dados da Proposta

O **Contrato de Prestação de Serviços**, assim como os aditivos e todo e qualquer campo onde seja solicitada a assinatura do responsável pela empresa, deverá estar devidamente preenchida com assinatura exatamente igual ao Contrato Social do sócio ou proprietário da Empresa que estiver indicado na cláusula de ADM

### Regras de Coparticipação

Procedimentos	Amb / Hosp Semi Privativo	Hosp Privativo
Consultas Urgência e emergência, eletivas:	R\$ 30,00	R\$ 40,00
Psicoterapia:	*** R\$ 30,00 em qualquer plano	
Nutrição, Terapia ocupacional e Fonoaudiologia:	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Fisioterapia:	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Quimioterapia e Radioterapia: **limite 300,00	45%	45%
Diálise ou Hemodiálise:	40%	40%

### Regras Gerais

**Titular:** a assinatura do contrato de adesão deve ser exatamente igual ao documento entregue (RG ou CNH), é obrigatório informar também o número do telefone e e-mail do titular.

### Movimentação Cadastral

Toda movimentação de inclusões (até no máximo 30 dias após a admissão, nascimento e casamento), exclusões, alterações de dados, 2ª

via de cartões e etc., poderá ser feito com intermédio do corretor.

**ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas.** As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.

---