



EXTRAMED

Administradora de Benefícios

ANS - nº 41420-4

MATERIAL DE APOIO AO CORRETOR DISTRITO FEDERAL



Desde 2001 no mercado, a **Extramed Administradora de Benefícios** se especializou em buscar os melhores formatos de Planos Coletivos por Adesão para que você, CORRETOR, tenha a facilidade na comercialização destes produtos.



ATENÇÃO!

A EXTRAMED POSSUI OS MEHORES PLANOS ODONTOLÓGICOS COM CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA FACILITAR NA COMERCIALIZAÇÃO, SAIBA MAIS!

APOIO AO CORRETOR

41 99821.0126 (WhatsApp)

SulAmérica
Odonto

ANS - nº 00624-6

DENTALUNI
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

ANS - nº 30448-4

MetLife

ANS - nº 40648-1



OdontoPrev

ANS Nº 30194-9

CARACTERÍSTICAS DO PLANO

SEGMENTAÇÃO DO PLANO	COLETIVO POR ADESÃO
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	IDEAL ENFERMARIA	CLÁSSICO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA MÉDICA	77,83	77,83	205,18	240,56	360,84	459,89	566,02	778,28
APENDICECTOMIA	438,67	877,33	1.462,22	2.631,99	3.874,88	2.924,44	5.848,87	6.945,54
CESÁREA	834,88	1.669,76	2.782,93	5.009,28	7.374,77	5.565,86	11.131,73	13.218,93
HISTERECTOMIA TOTAL	839,60	1.679,19	2.798,65	5.037,58	7.416,44	5.597,31	11.194,62	13.293,61
PRÓSTATA RADICAL	1.613,16	3.226,31	5.377,19	9.678,94	14.249,56	10.754,38	21.508,76	25.541,66
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	2.641,43	5.282,85	8.804,76	15.848,56	23.332,61	17.609,51	35.219,03	41.822,59

*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 congênera 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	IDEAL 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	476.930/16-9	476.941/16-4	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	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL
00 a 18 anos	501,07	375,79	461,39	542,88	567,10	654,77	1.087,11	1.303,87	1.427,47
19 a 23 anos	690,10	517,53	635,43	747,66	781,01	901,73	1.497,16	1.795,69	1.965,91
24 a 28 anos	749,58	562,15	690,18	812,11	848,32	979,48	1.626,21	1.950,48	2.135,37
29 a 33 anos	889,46	667,05	818,97	963,64	1.006,61	1.162,23	1.929,64	2.314,44	2.533,82
34 a 38 anos	970,40	727,76	893,50	1.051,32	1.098,21	1.268,00	2.105,25	2.525,06	2.764,40
39 a 43 anos	1.074,13	805,55	989,01	1.163,69	1.215,59	1.403,54	2.330,29	2.794,99	3.059,91
44 a 48 anos	1.227,43	920,49	1.130,16	1.329,77	1.389,07	1.603,84	2.662,83	3.193,82	3.496,55
49 a 53 anos	1.509,62	1.132,11	1.389,99	1.635,47	1.708,42	1.972,55	3.275,00	3.928,08	4.300,43
54 a 58 anos	1.879,62	1.409,59	1.730,67	2.036,33	2.127,16	2.456,03	4.077,70	4.890,84	5.354,45
59 anos ou mais	3.006,36	2.254,57	2.768,12	3.256,99	3.402,26	3.928,31	6.522,08	7.822,65	8.564,17

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS CONTRATUALMENTE EM 01/09/2021 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL. VALORES EM REAIS (R\$).



COM COPARTICIPAÇÃO

PLANOS	IDEAL ENFERMARIA	CLÁSSICO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
Nº REGISTRO NA ANS	476.929/16-5	476.939/16-2	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	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL	INDIVIDUAL
00 a 18 anos	319,42	392,17	461,45	482,04	556,54	924,05	1.108,28	1.213,34
19 a 23 anos	439,91	540,11	635,49	663,87	766,47	1.272,60	1.526,34	1.671,00
24 a 28 anos	477,85	586,67	690,27	721,10	832,55	1.382,30	1.657,92	1.815,04
29 a 33 anos	567,01	696,15	819,08	855,64	987,91	1.640,24	1.967,27	2.153,73
34 a 38 anos	618,59	759,49	893,61	933,51	1.077,80	1.789,49	2.146,31	2.349,74
39 a 43 anos	684,76	840,69	989,13	1.033,31	1.193,01	1.980,79	2.375,75	2.600,92
44 a 48 anos	782,44	960,67	1.130,30	1.180,77	1.363,25	2.263,44	2.714,76	2.972,08
49 a 53 anos	962,33	1.181,52	1.390,15	1.452,22	1.676,67	2.783,82	3.338,90	3.655,36
54 a 58 anos	1.198,18	1.471,08	1.730,88	1.808,15	2.087,61	3.466,13	4.157,26	4.551,27
59 anos ou mais	1.916,47	2.352,92	2.768,46	2.892,06	3.339,02	5.543,89	6.649,33	7.279,55

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS CONTRATUALMENTE EM 01/09/2021 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL. VALORES EM REAIS (R\$).



VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PLANOS	IDEAL 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	250,00	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

BRANDESCO

ITAÚ

SANTANDER

CAIXA ECONÔMICA

TABELA DE PRESTADORES - DISTRITO FEDERAL

Cidade	Prestador	Tipo de Atendimento	REFERÊNCIA	IDEAL ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100	EXECUTIVO
			✓	✓	✓	✓	✓
BRASÍLIA	CAU HOSPITAL UROLOGICO DE BRASILIA	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLIN RECANTO DE ORIENTACAO PSICO LT	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CLINICA RECANTO	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	CTO DE CON V E ATENCAO PSICOSSO LTDA	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSP OFTALMO DE BRASILIA	HOSPITAL (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSP STA MARTA	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL ALVORADA DE BRASILIA	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL DO CORACAO DO BRASIL	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	HOSPITAL PACINI	HOSPITAL E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	PRONTONORTE HOSP PS MAT	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
	ANGIOPCOR	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	BELA VISTA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	BIOCARDIOS	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CDUS CTO DE DIAGNOSTICO ULTRASSONOG	SERV. DIAGNOSTIC	✓	✓	✓	✓	✓
	CENT RADIOLOGICO DO GAMA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	CLIN DA MAMA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	DIAGNOSE LAB ANAT PATOL E CITO	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	DIAGNOSTIC	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	ECOMED	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	EXAME MEDICINA DIAGNOSTICA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	FEMELLE MEDICINA DA MULHER	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	IRT	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	LABORATORIO BRASILIENSE	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	LABORATORIO LAMINA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	RADIOLOGIA ANCHIETA	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	RESSONANCE	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	SALUTE POLICLINICA SOBRADINHO	SERV. DIAGNOSTICO	✓	✓	✓	✓	✓
	ALIANCA INSTITUTO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA	✓	✓	✓	✓	✓
	GRUPO ACREDITAR	ONCOLOGIA	✓	✓	✓	✓	✓
	INSTITUTO DE CANCER DE BRASILIA LTDA	ONCOLOGIA	✓	✓	✓	✓	✓
	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO	HOSPITAL E P.S (*)	X	X	✓	✓	✓
HOSP ANCHIETA	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	X	X	✓	✓	✓	
HOSP DAHER LAGO SUL	HOSPITAL E MATERNIDADE (*)	X	X	✓	✓	✓	
HOSP STA HELENA	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	X	X	✓	✓	✓	
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	X	X	✓	✓	✓	
HOSPITAL SANTA LUZIA	HOSPITAL (*)	X	X	✓	✓	✓	
CLINICA CARPANEDA CIRURGIA PLASTICA	HOSPITAL (*)	X	X	X	✓	✓	
HOME	HOSPITAL E P.S (*)	X	X	X	✓	✓	
CEILANDIA	HOSP SAO FRANCISCO	HOSPITAL, MAT, E P.S (*)	✓	✓	✓	✓	✓
SÃO PAULO	HOSP ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	HOSPITAL, MAT. e P.S (*)	X	X	X	X	✓
	HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS	HOSPITAL e P.S (*)	X	X	X	X	✓

LEGENDA: PRESTADOR CREDENCIADO 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

A OPERADORA PODERÁ ALTERAR A REDE REFERENCIADA CONFORME NORMAS DA ANS. A RELAÇÃO APRESENTADA NÃO É UMA INDICAÇÃO DA OPERADORA/ADMINISTRADORA. PARA CONSULTAR A REDE REFERENCIADA CADASTRADA, DE ACORDO COM O PLANO A SER CONTRATADO, CONSULTE O PORTAL DA OPERADORA.

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.

MEHOR 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 SUBSTIPULANTE 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

ATENDIMENTO AO CORRETOR

4007 2270

(Capitais e Região Metropolitana)

0800 000 2270

(Demais Regiões)

41 998210126

apoioaocorretor@extramed.com.br

www.extramed.com.br



ANS - nº 41420-4