

CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL - AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

FAIXA ETÁRIA	SAMCIL		SAMCIL		SAMCIL	
	PLANO IDEAL	PLANO IDEAL	IDEAL MAXI	IDEAL MAXI	REFERENCIA	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
00 a 18	55,80	72,50	66,50	86,40	167,40	
19 a 23	62,90	81,80	75,00	97,50	188,70	
24 a 28	72,30	94,00	86,20	112,10	216,90	
29 a 33	87,80	114,10	104,70	136,10	263,40	
34 a 38	87,80	114,10	104,70	136,10	263,40	
39 a 43	93,80	121,90	111,90	145,50	281,40	
44 a 48	138,80	180,40	165,60	215,30	416,40	
49 a 53	175,60	228,30	209,50	272,30	526,80	
54 a 58	193,40	251,40	230,70	299,90	580,20	
59 ou +	334,60	434,90	399,10	518,80	1.003,80	

CONTRATAÇÃO FAMILIAR - TITULAR + 1 OU + DEPENDENTES

FAIXA ETÁRIA	SAMCIL		SAMCIL		SAMCIL	
	PLANO IDEAL	PLANO IDEAL	IDEAL MAXI	IDEAL MAXI	REFERENCIA	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
00 a 18	47,40	61,60	56,50	73,40	142,30	
19 a 23	53,50	69,50	63,80	82,90	160,40	
24 a 28	61,50	79,90	73,30	95,30	184,50	
29 a 33	74,60	97,00	89,00	115,70	223,90	
34 a 38	74,60	97,00	89,00	115,70	223,90	
39 a 43	79,70	103,60	95,10	123,60	239,20	
44 a 48	118,00	153,30	140,80	183,00	353,90	
49 a 53	149,30	194,10	178,10	231,50	447,80	
54 a 58	164,40	213,70	196,10	254,90	493,20	
59 ou +	284,40	369,70	339,20	441,00	853,20	

CONTRATAÇÃO FAMILIAR - 1 TITULAR + 02 ou + DEPENDENTES (CONJUGE ou FILHOS ATÉ 24 ANOS) TEM QUE COMPROVAR PARENTESCO

FAIXA ETÁRIA	SAMCIL		SAMCIL		SAMCIL	
	PLANO IDEAL	PLANO IDEAL	IDEAL MAXI	IDEAL MAXI	REFERENCIA	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
00 a 18	56,00	73,00	67,00	87,00	87,00	
19 a 23	56,00	73,00	67,00	87,00	87,00	
24 a 28	56,00	73,00	67,00	87,00	87,00	
29 a 33	56,00	73,00	67,00	87,00	87,00	
34 a 38	56,00	73,00	67,00	87,00	87,00	
39 a 43	56,00	73,00	67,00	87,00	87,00	
44 a 48	127,00	166,00	152,00	197,00	197,00	
49 a 53	149,00	195,00	178,00	231,00	231,00	
54 a 58	164,00	215,00	196,00	254,00	254,00	
59 ou +	284,00	372,00	339,00	440,00	440,00	

TAXA DE IMPLANTAÇÃO: R\$ 15,00 POR CONTRATO INDIVIDUAL / FAMILIAR OU RELATIVA

220	221	223	224	CONFORME ADITIVO DE CONTRATO		
Cliente	06 a 12	+ de 13	Antes	DESCRIÇÃO RESUMIDA DAS COBERTURAS		
novo	Meses	Meses	A Lei	REDUÇÃO DE CARÊNCIAS SEM LIMITE DE IDADE		
G	24 h.	24 h.	24 h.	Acidentes pessoais, urgências e emergências.		
A	30 d	15 d.	24 h.	Consultas médicas Eletivas, Ex. básicos em análises clínicas, Radiologia Simples, Eletrocardiograma.		
B	60 d	30 d.	24 h.	Endoscopias, Mamografias, Ultra-sonografia, Colposcopia, Cauterizações do útero, Teste ergométrico, Densitometria, Holter, Ecocardiograma, Mapa, Espirometria, Teste e provas alérgicas.		
C	120 d.	90 d.	30 d.	Exames especializados em análises clínicas e imagens, Fisioterapia, Eletroneuromiografia, Tomografia Computadorizada, Ultrasson Morfológico, Procedimentos ambulatoriais.		
D	180 d.	120 d.	90 d.	Exames Alta Complexidade, Interações Cirúrgicas: psiquiatria, desintoxicação, Fono, Psicoterapia, órtese Prótese, Obesidade Mórbida, Cirurgia para apnéia do sono, Transplantes de Rim e Córnea, HHemodiálise e íalise, Exames das tabelas superiores a AMB 90 (EX.: Angioressonâncias magnéticas e polissonografias)		
E	180 d.	120 d.	90 d.	Cirurgia Cardíaca, Neurológica, de Grande Porte, Quimioterapia, Radioterapia, Ressonância Magnética, Cintilografia, Duplex Scan, Câmara Hiperbárica, Braquiterapia, Medicina Nuclear e demais procedimentos.		
F	300 d	300 d	300 d	PARTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS		
	720 d	720 d	720 d	Doenças e lesões pré existentes (Internações, Cirurgias e Exames de Alta Complexidade)		

BENEFÍCIOS ADICIONAIS SEM CUSTO	SAMCIL ODONTO	REDUÇÃO DA CARÊNCIA DE ACORDO COM O TEMPO DE PLANO ANTERIOR		
◆ HOME CARE - INTERNAÇÃO DOMICILIAR	R\$ 19,95 POR OPTANTE	⊗ NÃO HAVERÁ REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA ADVINOS DE PLANOS EMPRESARIAIS		
◆ PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA	COLETA DOMICILIAR	⊗ AVALIAÇÃO MÉDICA PARA MENORES DE 02 ANOS SOZINHAS NA PROPOSTA		
◆ ADMINISTRAÇÃO CASOS CRÔNICOS	R\$ 4,95 ADESAO TODOS	⊗ AVALIAÇÃO MÉDICA PARA 59 ANOS OU +	Data da Venda / VENCIMENTO	
◆ Aconselhamento Médico por telefone 24 horas	REMISSÃO	REDUÇÃO DE CARÊNCIAS SEM LIMITE DE IDADE	01 A 05	10
◆ VISITA MÉDICA HOSPITALAR	R\$ 5,78 POR CONTRATO	Φ Máximo 60 dias de inadimplência no plano anterior	06 A 10	15
◆ EMISSÃO DE GUIAS DESCENTRALIZADA	REMISSÃO DE UM ANO	Φ Apresentar cópia dos 03 últimos boletos pagos	11 A 15	20
◆ GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE	SÓMENTE P/ TITULAR ATE	Φ Cópia da carteirinha com data de início no plano ou	16 A 20	25
◆ REMOÇÃO TERRESTRE	59 ANOS	Φ Cópia do contrato.	21 A 25	30
AT. CLIENTE: 3350.3000 / CORRETOR 33503010		MARCAR AVALIAÇÃO	26 A 31	08