

Aviso Importante: informativo de caráter referencial. Valores, regras de comercialização, rede credenciada e condições contratuais são determinadas pelas seguradoras/operadoras e podem ser alterados pelas mesmas a qualquer momento. Os preços e condições estão sujeitos a confirmação no ato do fechamento do contrato.

Taxa de Cadastro R\$ 50,00 por contrato

Aviso Importante: informativo de caráter referencial. Valores, regras de comercialização, rede credenciada e condições contratuais são determinadas pelas seguradoras/operadoras e podem ser alterados pelas mesmas a qualquer momento. Os preços e condições estão sujeitos a confirmação no ato do fechamento do contrato.

TABELA DE VALORES

Grupos de 02 a 29 Vidas SEM Coparticipação

Válido a partir de 01/09/2020

| Idade | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 00 a 18 | 60,87 | 71,22 | 88,26 | 114,74 |
| 19 a 23 | 60,87 | 71,22 | 88,26 | 114,74 |
| 24 a 28 | 80,96 | 94,72 | 117,39 | 152,60 |
| 29 a 33 | 80,96 | 94,72 | 117,39 | 152,60 |
| 34 a 38 | 88,25 | 103,25 | 127,96 | 166,35 |
| 39 a 43 | 88,25 | 103,25 | 127,96 | 166,35 |
| 44 a 48 | 191,31 | 223,83 | 277,40 | 360,62 |
| 49 a 53 | 191,31 | 223,83 | 277,40 | 360,62 |
| 54 a 58 | 265,92 | 311,13 | 385,59 | 501,26 |
| 59 ou + | 365,24 | 427,34 | 529,60 | 688,49 |

Grupos de 30 a 99 Vidas SEM Coparticipação

Válido a partir de 01/09/2020

| Idade | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 00 a 18 | 57,83 | 67,66 | 83,85 | 109,01 |
| 19 a 23 | 57,83 | 67,66 | 83,85 | 109,01 |
| 24 a 28 | 76,91 | 89,99 | 111,53 | 144,98 |
| 29 a 33 | 76,91 | 89,99 | 111,53 | 144,98 |
| 34 a 38 | 83,84 | 98,10 | 121,57 | 158,05 |
| 39 a 43 | 83,84 | 98,10 | 121,57 | 158,05 |
| 44 a 48 | 181,76 | 212,66 | 263,55 | 342,61 |
| 49 a 53 | 181,76 | 212,66 | 263,55 | 342,61 |
| 54 a 58 | 252,64 | 295,59 | 366,33 | 476,23 |
| 59 ou + | 347,00 | 405,99 | 503,16 | 654,10 |

Grupos de 100 a 199 Vidas SEM Coparticipação

Válido a partir de 01/09/2020

| Idade | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 00 a 18 | 54,94 | 64,28 | 79,66 | 103,56 |
| 19 a 23 | 54,94 | 64,28 | 79,66 | 103,56 |
| 24 a 28 | 73,07 | 85,49 | 105,95 | 137,74 |
| 29 a 33 | 73,07 | 85,49 | 105,95 | 137,74 |
| 34 a 38 | 79,65 | 93,19 | 115,50 | 150,15 |
| 39 a 43 | 79,65 | 93,19 | 115,50 | 150,15 |
| 44 a 48 | 172,67 | 202,03 | 250,38 | 325,49 |
| 49 a 53 | 172,67 | 202,03 | 250,38 | 325,49 |
| 54 a 58 | 240,02 | 280,82 | 348,02 | 452,43 |
| 59 ou + | 329,66 | 385,70 | 478,01 | 621,41 |

REDE CREDENCIADA

| Centro - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| H Adventista de São Paulo Unid Aclimação | - | - | H, PS | H, PS |
| Sta Isabel | - | - | H, PS | H, PS |
| Zona Leste - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H e Mat Master Clin | M | M | M | M |
| H e Mat Paranaguá | H, PS | H, PS | H, PS | H, PS |
| Cema Zona Leste | - | PS Ofot | PS Ofot | PS Ofot |
| H Central e Guaianases - Vila Iolanda | - | PS | H, M, PS | H, M, PS |
| H Pro Mater Sto Antônio | - | PA | PA | PA |
| Sto Expedito | PS | PS | - | H, PS |
| Oito de Maio | H, M, PS | - | - | - |
| Zona Norte - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| CSA - Unid Tucuruvi | PSA, PSI24H | PSA, PSI24H | PSA, PSI24H | PSA, PSI24H |
| Zona Oeste - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H e PS Portinari | - | PS | H, M, PS | H, M, PS |
| CM Adventista Und Sul | - | - | PS | PS |
| Zona Sul - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H e Mat Vida's | H, M, PS | H, M, PS | H, M, PS | H, M, PS |
| H Vida's Alta Complexidade | H | H | H | H |
| Dom Antônio de Alvarenga | - | PS | PS | PS |
| CM Adventista - Unid Capão Redondo | - | - | PS | PS |
| CM Ameplan - Unid Santo Amaro | AMB | - | - | - |
| ABCD - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H Santa Casa De Mauá - Mauá | M, PS | M, PS | H, M, PS | H, M, PS |
| H Coração de Jesus - Santo André | - | PS | H, PS | H, PS |
| H São Bernardo - São Bernardo do Campo | - | PS | H, PS | H, PS |
| H Benef Portuguesa São Caetano - São Caetano do Sul | - | - | H, PS | H, PS |
| Grande SP - Leste - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H Neurocenter - Guarulhos | PS | PS | - | H, PS |
| Grande SP - Norte - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H Stella Maris - Guarulhos | - | - | H, PS | H, PS |
| Grande SP - Oeste - SP | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| H N S de Fátima - Osasco | H, PS | H, PS | H, PS | H, PS |
| H e Mat Nova Vida - Itapevi | - | PS | H, M, PS | H, M, PS |
| Laboratórios | AMP 150E [E] | AMP 250E [E] | AMP 350E [E] | AMP 350A [A] |
| - Lavitta | LAB | LAB | LAB | LAB |
| A+ / SP | - | - | LAB | LAB |
| Andreazza | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Autologus | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Avante | - | - | LAB | LAB |
| Biocenter | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Biotox | - | LAB | LAB | LAB |
| CDB | - | - | LAB | LAB |
| CTA | - | - | LAB | LAB |
| Deliberato | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Enzilab | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Femme | - | LAB | LAB | LAB |
| Ghelfond | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Gimi | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Granja Julieta | - | LAB | LAB | LAB |
| Hormon | - | LAB | LAB | LAB |
| Maximo | - | - | LAB | LAB |
| Militello | - | LAB | LAB | LAB |
| Presecor | - | - | LAB | LAB |
| Salomao e Zoppi | - | - | LAB | LAB |
| Sancet | LAB | LAB | LAB | LAB |
| Transmed Centro Diag | - | - | LAB | LAB |
| Valzacchi | - | LAB | LAB | LAB |
| Vital | LAB | LAB | LAB | LAB |

Legenda de atendimentos

H: Internação Hospitalar | M: Maternidade | PS: Pronto Socorro | AMB: Ambulatório | PSA: Pronto Socorro - Adulto | LAB: Laboratório | PA: Pronto Atendimento | PSI24H: Pronto Socorro Infantil 24H | PS Ofot: Pronto Socorro Oftalmo/Otorrino |

✓: Possui atendimento, porém a operadora/seguradora não divulga quais tipos de atendimento são oferecidos

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

- R\$ 50,00 por contrato

Formação do Grupo

- PME de 02 a 99 vidas.
- Mínimo 01 titular com vínculo mais 01 dependente

Forma de Pagamento

- 1ª mensalidade paga através de cheque ou em espécie diretamente ao corretor e a partir da 2ª mensalidade através de boleto emitido pela operadora. - Clique aqui

Composição

- **Titulares:** Sócios, funcionários com vínculo (FGTS) e estagiários, aprendiz, sem limite de idade e Prestadores de serviço até 58 anos
- **Dependentes Diretos:** Cônjuge ou companheiro, filhos solteiros e/ou adotivos até 30 anos ou filhos inválidos sem limite de idade.
- **Dependentes Indiretos:** Irmãos, Sobrinhos, Netos até 30 anos do titular, Pais e Tios do titular até 58 anos.
- **Estagiários:** aceitação com contrato de intermediação entre a faculdade/empresa/estagiário.
- **Entidades:** Agremiações, Associações, Clubes, Condomínios, Confederações, Cooperativas, Entidades Filantrópicas e Religiosas, Federações, Fundações, Sindicatos e ONGs: aceitação sujeito a análise para funcionários constante do FGTS.

Tipo de Contratação

- A contratação poderá ser Total ou Parcial.
- A escolha de categoria de plano é livre para os titulares. Os dependentes não poderão escolher planos diferentes do Titular.

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.
- Caso a assinatura esteja divergente do documento enviado, não poderá assinar corretamente ao lado da assinatura anterior. Neste caso a proposta deverá ser refeita.
- Obrigatório informar o número da Declaração de Nascido Vivo de todos os beneficiários (titulares ou dependentes) nascidos a partir de 1º de Janeiro de 2010. Este número consta nas certidões de nascimento emitidas a partir desta data.
- Nos processos a partir de 30 vidas será necessário preenchimento do layout e declaração de informações de saúde.
- Empresa de segurança armada e motoboy: Não tem aceitação

Entrevista Médica

- A operadora poderá convocar os beneficiários inscritos ao plano para realização da entrevista médica qualificada, independentemente da idade. O beneficiário convocado que não comparecer a entrevista, terá o seu contrato cancelado. O agendamento se dará por parte da Operadora após o cadastramento oficial da proposta de adesão.

Regras para Vendas Online

- Para vendas online será necessário seguir o passo a passo abaixo:
Para iniciar o processo de venda on-line é necessário primeiramente efetuar o cadastro do corretor, preencher os dados do corretor solicitados no formulário com os dados da empresa.
Corretor - envio por e-mail do formulário com os dados da empresa e formulário com os dados dos beneficiários preenchidos, juntamente com toda documentação (relação informada nos "Documentos Necessários" e "Critérios de Redução de Carências").
Área técnica - digitação dos dados do corretor no site da Ameplan
Corretor - recebimento do e-mail em nome da Trindade para criar a senha de acesso, que deve ser enviada para a área técnica.
Área técnica - digitação e upload dos arquivos no site da Ameplan que irá enviar um e-mail e token para o cliente aceitar a proposta, preencher declaração de saúde.
Corretor - informar a área técnica que o cliente já assinou a proposta, para que a mesma seja encaminhada para análise da Ameplan.
Operadora - análise do processo e se não houver nenhuma pendência, implantação da proposta.
Área técnica - cadastro da proposta no site da plataforma e envio de scanner da proposta para que o corretor possa arquivar, pois não há processo físico. Caso o corretor opte em fazer a contratação diretamente no site da Ameplan, será necessário informar para a área técnica o número da proposta. O cliente pagará a primeira parcela direto para o corretor. Os demais boletos serão enviados por e-mail e correio para o cliente.

Documentos Necessários

- **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 ou declaração de união estável com firma reconhecida das assinaturas do casal.
- **Filhos ou enteados:** 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).

Contratos E/Ou Aditivos Vigentes - Vendas Online

- Formulário para preenchimento dos dados da empresa - - Clique aqui
- Formulário para preenchimento dos dados dos beneficiários -

Contratos e/ou Aditivos Vigentes

- **Proposta de adesão** - assinatura obrigatória do titular e do responsável pela empresa (Proposta Física deve ser retirada ou solicitada na Plataforma).
- **Declaração de Saúde / Carta de orientação ao beneficiário** - preenchida e assinada pelo titular. - Clique aqui
- **Carta de orientação ANS** - preenchida e assinada pelo titular e intermediário - Clique aqui
- **Aditivo de Redução de Carência - versão Set/2019** - assinatura obrigatória do responsável pela empresa - Clique aqui
- **Aditivo de faixa etária** - assinatura obrigatória pelo responsável da empresa - Clique aqui
- **Instruções de preenchimento do Layout** - Clique aqui
- **Layout** - preenchimento obrigatório para processos a partir de 40 vidas - Clique aqui
- Aditivo contratual de alteração de plano - assinatura obrigatória

Dados da Proposta

- A **Proposta Contratual**, 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.
- Obrigatório o preenchimento do campo da inscrição estadual ou municipal, e o e-mail da empresa;
- A **Ficha de Adesão** com declaração de saúde e carta de orientação ao beneficiário que deverá ser assinada pelo Titular e deverão conter obrigatoriamente os nomes completos sem abreviações: do usuário, dos dependentes e da mãe.
- O endereço da **ficha de adesão** deve ser o endereço residencial de cada titular (não podendo ser o mesmo endereço da empresa).

Mudança de Faixa Etária

- A proposta deve ser preenchida com a idade que o beneficiário possui na data de assinatura, caso haja alteração de faixa etária até o início de vigência do plano, a diferença de valores será cobrada na 1ª fatura.

Vigência / Vencimento

| Data de Venda | Data da vigência | Data do Vencimento |
|---------------|------------------------|--------------------|
| De 01 a 05 | Dia 20 do mês | Todo dia 20 |
| De 06 a 10 | Dia 25 do mês | Todo dia 25 |
| De 11 a 15 | Dia 30 do mês | Todo dia 30 |
| De 16 a 20 | Dia 05 do mês seguinte | Todo dia 05 |
| De 21 a 25 | Dia 10 do mês seguinte | Todo dia 10 |
| De 26 a 30/31 | Dia 15 do mês seguinte | Todo dia 15 |

Prazo de Entrega das Propostas

- Todas as propostas de PME (sem nenhuma pendência) serão enviadas à operadora no dia seguinte ao recebimento na área técnica, **FIQUEM ATENTOS** para não perder o prazo de vigência.
- A partir da data de assinatura do contrato, o prazo para entrega na operadora é de 48 horas.

Área de Comercialização

- A comercialização é exclusiva para empresas com CNPJ e residência de 100% da massa de acordo com o plano contratado:
AMP 150E: São Paulo e Osasco.
AMP 250E, AMP 350E, AMP 350A: São Paulo, Caieiras, Diadema, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Suzano.

Área de Utilização

- A abrangência de utilização é será de acordo com o plano contratado:
AMP 150E: São Paulo e Osasco.
AMP 250E, AMP 350E, AMP 350A: São Paulo, Caieiras, Diadema, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Suzano

Diferenciais de Coberturas

- **Serviços de Apoio ao Cliente 24horas, 7 dias por semana:** serviços de comunicação entre os associados e a Ameal, os beneficiários e seus dependentes marcam consultas médicas na rede referenciada, obtém informações sobre a rede credenciada, e tiram as dúvidas e recebem orientações gerais sobre o plano de saúde.
- **Convênio Farmácia:** associados Ameal têm vantagens exclusivas na rede de farmácias Drogasil, dentre os quais descontos em todos os medicamentos tarjados, ampla rede de lojas em São Paulo, Interior e Litoral.

Benefícios Opcionais

- **Plano odontológico opcional através da DentalPar**
02 a 29 vidas - R\$ 18,00 por beneficiário
30 a 99 vidas - R\$ 16,50 por beneficiário
100 a 199 vidas - 15,00 por beneficiário

Telefones Úteis

- Central de atendimento **ao corretor:** 3224 9666
- Central de atendimento **ao cliente:** 2766 1800

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., deve ser tratada diretamente na operadora através da central de atendimento a empresa - fone 2766-1808.

Carência Contratual do Odonto

- Carências contratuais do Dental
Urgência/emergência, consulta, radiologia - 24 horas
Dentista - 30 dias
Cirurgia, periodontia - 60 dias
Endodontia - 90 dias

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

- Redução para beneficiários até 58 anos 11 meses e 29 dias**

Aditivo de redução de carência assinatura do titular.

Mínimo de 03 meses de plano anterior.

Não reduz carência para ex-beneficiários de planos hospitalares.

Não há redução de carências para doenças ou lesões preexistentes.

- Para análise de redução de carência – não pode ultrapassar 90 dias do último vencimento pago ou 60 dias da exclusão da empresa.

- Documentos necessários**

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.

| Grupo | Item | Cobertura | Carência Contratual | TP 90 a 150 dias | TP 151 a 180 dias | TP 181 a 210 dias | TP acima de 210 dias | Contratos adquiridos antes de 1999 |
|-------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------------|------------------------------------|
| GO | Urgências e emergências | Atendimento em casos de emergência | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas |
| G1 | Exames simples | a) Consultas médicas eletivas | 30 dias | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas |
| G2 | Exames especiais | Além dos procedimentos descritos nos itens anteriores o beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos realizados em regime ambulatorial: a) mamografia, b) teste ergométrico, holter e ultrassonografia, c) eletroencefalograma, d) exames de citologia oncológica (papanicolau), colposcopia e vulvosscopia, e) periscopio. | 90 dias | 60 dias | 60 dias | 30 dias | 30 dias | 60 dias |
| G3 | Exames complexos | Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos /eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análise clínica, b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local), c) exames de anatomia patológica, d) endoscopia diagnóstica e cirúrgica (em todas as especialidades). | 120 dias | 90 dias | 90 dias | 60 dias | 60 dias | 90 dias |
| G4 | Exames | Além dos | 180 dias | 160 | 120 | 120 | 90 dias | 120 dias |

| | | | | | | | | |
|----|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | complexos | procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito: a) demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos, b) internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de alta complexidade, conforme definido no ROL de procedimentos de cobertura obrigatória de ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, exceto os relacionados a doenças e lesões preexistentes, c) diálise e hemodiálise, d) hemoterapia. E) Procedimentos relacionados e planejamentos familiar. | | dias | dias | dias | | |
| G5 | Parto | Parto a termo | 300 dias | 300 dias | 300 dias | 300 dias | 300 dias | 300 dias |