

### FOLHETO DE APOIO AO CONSULTOR USO EXCLUSIVO INTERNO

INFORMAÇÕES RESUMIDAS  
E SUJEITAS A ALTERAÇÕES.  
CONSULTE SEU SUPERVISOR  
PERIODICAMENTE.

VALIDADE:  
30/06/2008

## SEGURO-SAÚDE SULAMÉRICA CREA-SP

**Apólice coletiva por adesão de seguro-saúde SulAmérica CREA-SP.**  
(estipulante: Access Clube de Benefícios)

- **Plano Global:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- **Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98 e mais:**
- Transplantes de fígado, pâncreas, coração e pulmão (além de rim, córnea e transplante autólogo de medula óssea, previstos pela Lei).
- Fonoaudiologia, psicomotricidade, escleroterapia (30 sessões/ano civil).
- Remissão: cobertura por 3 anos sem custo, em caso de óbito do titular, para os segurados dependentes.
- **Assistência 24h no Brasil (todos os planos) e no Exterior (pl. Executivo).**
- **Central de Atendimento Access Clube de Benefícios: (11) 3016-7000.**
- **Site na internet: www.accessclube.com.br.**

## QUEM PODE ADERIR / DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### Titular

Poderá ser considerado segurado titular todo(a) profissional devidamente registrado(a) no CREA-SP e residente no Estado de São Paulo.

Apresentação da Carteira do CREA-SP.

**Titular com idade igual ou superior a 70 anos: apresentar cópia do RG e CPF.**

### Dependentes

#### Cônjuge

Cópia do RG + cópia da Certidão de Casamento.

#### Companheiro(a)

- Declaração de União Estável de próprio punho e com firma reconhecida do titular + RG do(a) companheiro(a), **OU**
- Certidão de Nascimento de filho(s) em comum + RG do(a) companheiro(a).

#### Filho(a) solteiro(a) de qualquer idade

- Cópia do RG (24 anos ou mais)
- Certidão de Nascimento (menores de 24 anos)

#### Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

#### Enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade

Titular casado: cópia da Certidão de Casamento + cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a).

Titular com companheiro(a): Declaração de União Estável de próprio punho e com firma reconhecida, constando dependência econômica do(a) enteado(a) + Certidão de Nascimento.

#### Menor sob guarda ou tutela do segurado titular\*

Cópia da tutela ou do "Termo de Guarda" e Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a).

**ATENÇÃO: o estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na proposta de adesão.**

\* Cessados os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do dependente no benefício, desde que seja solteiro(a), podendo ser solicitada documentação complementar.

## TABELA DE PREÇOS – Plano Global

Plano	Básico	Especial	Executivo
Código ANS	700.473/99-7	700.474/99-5	700.476/99-1
Acomodação	enfermaria	apartamento	apartamento
Atendimento	nacional	nacional	nacional
Até 18 anos	118,85	158,51	320,95
De 19 a 23 anos	186,05	262,81	540,41
De 24 a 28 anos	191,11	265,42	543,05
De 29 a 33 anos	194,31	271,20	564,33
De 34 a 38 anos	200,17	276,69	580,69
De 39 a 43 anos	202,91	279,53	589,09
De 44 a 48 anos	291,01	388,12	785,01
De 49 a 53 anos	295,66	493,53	921,36
De 54 a 58 anos	307,65	502,85	927,99
A partir de 59 anos	712,50	950,33	1.920,01

Valores mensais em reais (R\$), per capita.

## CARÊNCIAS

(contadas a partir do início do benefício)

### Carência contratual

#### Zero hora

Acidentes pessoais.

#### 24 horas

Casos de emergência ou urgência, inclusive aqueles relacionados à complicação do processo gestacional, terão cobertura ambulatorial assegurada até 12 (doze) horas de atendimento, ou até que estejam expirados os respectivos prazos de carência dos demais grupos.

#### 15 dias

Consultas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnóstico e terapia em regime externo, constantes da Tabela SulAmérica.

#### 120 dias

Internações hospitalares e psiquiátricas, exames complexos, transplantes, hemodiálise, aids, quimioterapia, obesidade mórbida, escleroterapia e todas as demais coberturas contratuais, exceto parto a termo.

#### 300 dias

Parto a termo.

### Regras para redução de carências

Não há carências, exceto parto (300 dias), para o proponente que possui SulAmérica ou algum plano da relação de congêneres por, no mínimo, 6 meses ininterruptos.

Só há redução de carências para proponentes:

- Com até 59 anos de idade, no 1º dia do início do benefício.
- Com inadimplência no plano anterior de, no máximo, 1 mês (anterior ao início do benefício do novo plano).

**Não há redução de carências para o proponente oriundo de:**

- **Planos PME (Pequena e Média Empresa) da SulAmérica.**
- **Planos com cobertura somente hospitalar.**

### Documentos necessários para redução de carências

#### Proponente oriundo de plano individual

- Comprovante de início no plano anterior (cópia do contrato **OU** cartão de identificação);
- Cópia dos 3 últimos recibos de pagamento **OU** declaração da congênera, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano, condições de pagamento e relação dos dependentes.

Se o plano individual anterior for SulAmérica, também é necessário: cópia legível do CPF do titular e dos dependentes maiores de idade.

#### Proponente oriundo de plano-empresa ou coletivo

Declaração da instituição, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, atestando: a data de início no plano, o tempo de permanência e a relação dos dependentes.

Se o plano-empresa ou coletivo anterior for SulAmérica, também é necessário: cópia legível do CPF do titular e dos dependentes maiores de idade.

### Relação dos congêneres

AGF/Grupo Allianz	AIG	Amil	Blue Life
Bradesco	CABESP	CAMED	Care Plus
Dix Amico	Ford	Gama	Generali
Golden Cross	HSBC/Bamerindus	IRB	Lincx
Marítima	Medial	Mediservice	Notre Dame
Omint	Paraná Clínica	Petrobrás	Porto Seguro
Ultras Saúde	Unibanco	Unimed	Volkswagen

### BANCOS PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

<b>001 - Banco do Brasil</b>	<b>356 - Banco Real</b>	<b>033 - Banespa</b>
<b>237 - Bradesco</b>	<b>341 - Itaú</b>	<b>409 - Unibanco</b>
<b>151 - Nossa Caixa Nosso Banco</b>		

# RESUMO DA REDE MÉDICA REFERENCIADA NA GRANDE SÃO PAULO, BAIXADA SANTISTA E CAMPINAS.

INFORMAÇÕES RESUMIDAS E SUJEITAS A ALTERAÇÕES, POR PARTE DA SEGURADORA. CONSULTE SEU SUPERVISOR PERIODICAMENTE.

## PLANO BÁSICO

<b>REGIÃO CENTRAL</b>		Hospital do Rim e Hipertensão	PS/INT	Hospital Cristóvão Gama – Sto. André	PS/INT/MAT
Hospital Bandeirantes	PS/INT	Hospital do Sepaco	PS/INT/MAT	Hospital Diadema	PS/INT
Hospital Beneficência Portuguesa	PS/INT	Hospital e Mat. N. Sra. de Lourdes	PS/INT	Hospital e Maternidade América – Mauá	PS/INT
Hospital do Câncer A. C. Camargo	INT	Hospital Jaraguá	INT/MAT	Hospital e Maternidade Assunção – SBC	PS/INT/MAT
Hospital Santa Catarina	INT*	Hospital Paulista de Otorrinolaring.	PS/INT	Hospital e Mat. Bartira – Santo André	PS/INT/MAT
Hospital Santa Isabel	PS/INT/MAT	Hosp. Prof. Edm. Vasc. (Gastroclínica)	PS/INT	Hospital e Mat. Brasil – Santo André	PS/INT/MAT
Hospital São Paulo	INT/MAT	Hospital Ruben Berta	PS/INT	Hospital e Mat. Central – São Caetano	INT/MAT
Igesp – Instituto Gastroclínico	INT	Hospital Santa Cruz	PS/INT	Hospital e Mat. São José – Sto. André	INT
Instituto do Coração – InCor	PS/INT	Hospital Santa Marina	PS/INT/MAT	Hospital Ifor – SBC	PS/INT
<b>ZONA LESTE</b>		Hospital Santa Paula	PS/INT	Hospital Jardim – Santo André	PS/INT/MAT
Casa de Saúde Vila Matilde	PS/INT/MAT	Hospital Santa Rita	INT/PS	Hospital N. Sra. Fátima – São Caetano	PS/INT/MAT
Hospital Avicenna	PS/INT	Hospital Vidas	PS/INT/MAT	Hospital Ribeirão Pires – Ribeirão Pires	PS/INT/MAT
Hospital CEMA	PS/INT	Instituto de Oncologia Pediátrica – IOP	INT	Hospital São Bernardo	PS/INT
Hospital Independência	PS/INT/MAT	<b>REGIÃO DE GUARULHOS</b>		Neomater – São Bernardo	PS/INT/MAT
Hospital Jardim Helena	PS/INT/MAT	AMA – Assistência Médica Arujá	PS/INT/MAT	Socied. Benef. Hosp. – São Caetano	PS/INT/MAT
Hospital Nossa Senhora da Penha	PS/INT/MAT	Hospital Carlos Chagas	PS/INT/MAT	<b>BAIXADA SANTISTA</b>	
Hospital Santa Marcelina	PS/INT/MAT	Hospital Ceam – Franco da Rocha	PS	Casa de Saúde de Santos	PS/INT/MAT
Inst. Bras. de Contr. do Câncer – IBCC	INT	Hosp. e Mat. Stella Maris – Guarulhos	PS/INT/MAT	Hospital Ana Costa – Cubatão	PS/INT
<b>ZONA NORTE</b>		Hospital Regional de Caieiras	PS/INT/MAT	Hospital Ana Costa – Guarujá	PS/INT
Hospital e Mat. São Camilo – Santana	PS/INT/MAT	<b>REGIÃO DE MOGI DAS CRUZES</b>		Hospital Ana Costa – Santos	PS/INT/MAT
Hospital Nipo-Brasileiro	INT/MAT	Casa de Saúde e Mat. Santana – Mogi	PS/INT/MAT	Hospital Ana Costa – São Vicente	PS/INT
Hosp. San Paolo (antigo Voluntários)	PS*/INT*/MAT*	Hospital Campos Salles – Suzano	PS/INT/MAT	Hospital e P.S. Infantil do Gonzaga	PSi/INT
<b>ZONA OESTE</b>		Hospital e Mat. Ipiranga – Mogi	PS/INT/MAT	Hospital São Lucas – Santos	INT
Hospital Albert Sabin	PS/INT/MAT	Hospital e Mat. São Sebastião – Suzano	INT*/MAT*	Irmandade Hosp. São José – São Vicente	PS/INT/MAT
Hospital das Clínicas da FMUSP	PS/INT	Sta. Casa de Misericórdia – Guararema	PS/INT/MAT	<b>CAMPINAS</b>	
Hospital e P.S. Iguatemi	INT*/MAT	Sta. Casa de Misericórdia – Mogi	INT	Hospital Beneficência Portuguesa	INT/PS
Hospital Metropolitan	PS/INT/MAT	<b>REGIÃO DE OSASCO</b>		Hospital e Maternidade Albert Sabin	INT/MAT/PS
Hospital Panamericano	PS/INT	Family Hospital – Taboão da Serra	PS*/INT*/MAT*	Hospital e Maternidade Celso Pierro	INT/MAT/PS
Hospital São Camilo – Pompéia	PS/INT/MAT	Hospital Alpha Med – Carapicuíba	INT	Hospital Madre Theodora	INT/MAT/PS
<b>ZONA SUL</b>		Hospital Cruzeiro do Sul – Osasco	INT	Hospital Santa Edwiges	INT/MAT/PS
AACD	INT	Hospital Montreal – Osasco	MAT*	Hospital Santa Gertrudes (Cosmópolis)	INT/MAT/PS
API – Assistência Psíqu. Integrada	INT*	Hospitalis – Barueri	PS/INT/MAT	Hospital Santa Ignês (Indaiatuba)	INT
Clínica Médica Santa Cruz	PS	Pró-Criança P.S. Infantil – Osasco	PSi	Hospital Santa Thereza	INT/MAT/PS
Comunid. Terapêutica Dr. B. Menezes	INT	<b>REGIÃO DO ABC</b>		Hospital Sírio-Libanês de Itatiba (Itatiba)	INT/MAT/PS
Hospital Alvorada Moema	PS/INT	Clínica de Olhos Baptista Luz – SBC	PS	Inst. Card. de Campinas	PS
Hospital da Criança	PSi/INT/MAT	Com. Terapêut. Dr. B. Menezes – SBC	INT	Instituto Penido Burnier	INT/PS
Hospital do Coração – HCor	INT*	Espaço Aberto Hospital Dia – SBC	INT*		

**Laboratórios:** ANÁLISES DIAGNÓSTICAS CAMPINAS – BIO CLÍNICO – CAMPANA – CENDICAMP – CIMERMAN – CLINAM – DELBONI AURIEMO – HEMOLAB – LABCLÍNICAS – LABORATÓRIO CAEC – LABORATÓRIO CAMPINAS – LABORATÓRIO FÊNIX – LAVOISIER – MAXIMAGEM – MELLO – RHESUS – SAE – VANDELICI RICCI.

## PLANO ESPECIAL

<i>Toda a rede do Plano Básico e mais:</i>		Hospital Paulistano	PS/INT
Biocor Unidade Cardiológica (Mogi)	PS/INT*/MAT*	Hospital Santa Catarina	PS/INT*/MAT*
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	PS/INT*	Hospital São Luiz – Morumbi	PS/INT
Hospital e Maternidade Samaritano	PS/INT/MAT	Hospital Vera Cruz (Campinas)	INT/MAT/PS
Hospital e Maternidade Sta. Joana	INT/MAT	Pro Matre Paulista	INT/MAT
Hospital e Maternidade São Luiz	PS/INT/MAT	P.S. Infantil Sabará	PSi/INT
Hospital Nove de Julho	PS/INT*		
<b>Laboratório:</b> BIESP.			

## PLANO EXECUTIVO

<i>Toda a rede dos planos Básico, Especial e mais:</i>	
Hospital Albert Einstein	INT*/MAT*
<b>Laboratório:</b> FLEURY.	
LEGENDA	
PS – Pronto-Socorro	PSi – Pronto-Socorro Infantil
INT – Internação	MAT – Maternidade
*Honorários da equipe médica não referenciados (cobertura através de reembolso, conforme condições contratuais).	

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do 1º mês) será todo dia 1º do mês, no caso de boleto bancário, ou todo 5º dia útil do mês, no caso de débito automático em conta-corrente.
- Proposta de adesão sujeita a análise técnica.
- A taxa de cadastramento e implantação (que NÃO é o 1º pagamento do valor do benefício) é devida somente em caso de aceitação do(s) proponente(s) à apólice coletiva.
- O FECHAMENTO DAS VENDAS SERÁ DIA 14 ATÉ AS 18H, OU O DIA ÚTIL ANTERIOR.