

### TABELA DE CUSTOS ODONTOLÓGICO

#### ODONTOLÓGICO PME + SAÚDE PME (NOVOS CLIENTES)

#### ODONTOLÓGICO PME - CONTRATANDO SOMENTE O PLANO ODONTOLÓGICO

Básico	Especial	Executivo	Prestige	Básico	Especial	Executivo	Prestige
14,81	23,05	43,92	150,46	16,29	25,35	48,31	165,51

**Saúde Odontológico PME: O Valor por Segurado, NÃO Inclui Preço do Seguro Saúde PME. Prêmios Comerciais Mensais em Reais e Sem IOF.**

#### EXEMPLOS DE REEMBOLSOS - ODONTOLÓGICO PME

Procedimentos	Básico	Especial	Executivo	Máximo
	Regional / Nacional			
	Q.C. / Q.P.	Q.P.	Q.P.	Q.P.
Tratamento de Canal em Dentes Anteriores	66,15	198,45	280,00	300,00
Profilaxia (Limpeza)	17,85	53,55	107,10	142,80
Placa Miorrelaxante para Bruxismo	100,10	280,00	300,00	350,00
Radiografia Panorâmica	28,52	60,00	70,00	80,00
Consulta para Elaboração de Orçamento	14,00	42,00	84,00	112,00
Extração de Dente Com Inclusão Profunda.	143,50	430,50	861,00	1.000,00

**(1) Valores de Reembolso Contemplam Honorários Médicos de TODOS os Profissionais Previstos para o Procedimento, de Acordo Com a Tabela da Sul América Saúde.**

#### CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO - EMPRESA E SEGURADO

	Odontológico
<b>Empresas</b>	Grupos de 03 à 29 Pessoas: Contratação Espontânea (Mínimo de 01 Titular).
<b>Empresas Ex-Seguradas Sul América</b>	<b>Canceladas por Sinistralidade:</b> Aceitação de Novo Contrato Após 01 Anos da Data de Cancelamento. <b>Canceladas por Inadimplência:</b> Aceitação de Novo Contrato Após 01 Anos da Data de Cancelamento, Com Débitos Anteriores Quitados. <b>Canceladas por Solicitação - * Empresarial e Administrado:</b> Não Haverá Tempo Mínimo para o ser Retorno. / * <b>PME:</b> Aceitação se Dará Após 01 Ano da Data do Cancelamento do Seguro.
<b>Empresas Coligadas</b>	Grupos de 03 à 29 Pessoas: Contratação Espontânea (Mínimo de 01 Titular). * Contratação Junto com a Empresa Estipulante. * Mínimo de 04 Pessoas por Empresa (Empresa e Coligada). * Fatura para Cada Empresa (Empresa e Coligada). * A Somatória do Grupo (Empresa e Coligada) terá Efeito Exclusivamente para Redução de Carência e no Momento da Implantação.

**OBS.: Migração - Não Haverá Mudança de um Produto PME para Outro PME em Comercialização.**

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO - EMPRESA

Odontológico	
<b>Empresas</b>	Caderno das Condições Gerais (Condições Gerais, Particulares, Cláusulas Adicionais, Assistência 24 Horas e Remissão do Pagamento dos Prêmios) - <b>Via Única Entregar para Empresa.</b>
<b>Empresas Ex-Seguradas Sul América</b>	Proposta de Seguro Saúde - PME (Assinar Frente e Verso) - <b>1ª Via: Sul América, 2ª Via: Corretor, 3ª Via: Empresa.</b> Ficha de Compensação Quitada em Rede Bancária - <b>Uma Via para Empresa e Outra para Sul América / Cópia do Contrato Social Registrado em Órgão Competente.</b>
<b>Empresas Coligadas</b>	Comprovação de Vínculo Societário, pelo Menos um Sócio em Comum com a Empresa Estipulante ( <b>SOMENTE para Empresas Coligadas</b> ).

### CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO - SEGURADO

Grupo Segurável	Saúde	Odontológico
<b>Sócios</b>	* Mínimo de 06 Meses no Contrato Social.	
<b>Administradores / Diretores</b>	* Deve Constar no Contrato Social	
<b>Empregados</b>	* Comprovar Vínculo Empregatício.	
<b>Dependentes</b>	* 100% dos Dependentes. * Opção de Plano Será Igual ao do Segurado Titular (Cônjuge, Companheiro(a), Filhos Solteiros e Inválidos Sem Limite de Idade, Filhos Adotivos Sem Limite de Idade, Netos do Segurado Titular Recém-Nascidos Até 30 (Trinta) Dias da Data do Nascimento - Com Parto Pago pela Sul América, Enteadado). * Netos do Segurado Titular Recém-Nascidos Até 180 (Cento e Oitenta) Dias da Data do Nascimento. * Contratação Espontânea.	
<b>Aprendizes</b>	Maiores de 14 (Quatorze) e Menores de 24 (Vinte e Quatro) Anos.	
<b>Estagiários</b>	Sem Limite de Idade.	
<b>Agregados</b>	* <b>São Considerados Agregados:</b> Pai, Mãe, Sogro, Sogra e/ou Neto Solteiro Até 18 Anos. * Contratação Espontânea. * Opção de Plano Será Igual ao Segurado Titular. * Grupos a Partir de 21 Vidas. * 100% dos Agregados que Constarem na Fatura Anterior do Plano Coletivo da Operadora Congênere.	
<b>Expatriados / Estrangeiros</b>	* Comprovar Vínculo Empregatício.	
<b>Demitidos e Aposentados</b>	* <b>SOMENTE</b> Com Extensão de Benefício Legal, Concedido pela Empresa.	
<b>Prestadores de Serviços</b>	<b>Não Serão Aceitos, Conforme Determinação da Agência Nacional de Saúde - ANS (Resoluções Normativas 195, 200 e 204).</b>	

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO - SEGURADO

Grupo Segurável	Odontológico
<b>Sócios</b>	Cópia do Contrato Social Registrado em Órgão Competente, Com a Última Alteração para Inclusão de Sócios.
<b>Administradores / Diretores</b>	Cópia do Contrato Social Registrado em Órgão Competente.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA IMPLANTAÇÃO - SEGURADO ( CONTINUAÇÃO )

Grupo Segurável	Odontológico	
<b>Empregados</b>	* Relação do FGTS Completa do Mês Anterior ao Início de Vigência do Seguro, e Guia de Recolhimento Quitada em Rede Bancária (SOMENTE Quando Contratação do Seguro for para os Empregados). * <b>Funcionários Recém Admitidos não Relacionados no FGTS:</b> - Registro do Empregado Assinado pelo Empregador e pelo Empregado Sob Carimbo da Empresa / - Cópia das Páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social Com Fotografia, Cópia da Página do Registro da Empresa, Número da Carteira, Série e Assinatura do Portador na Frente e no Verso da Página.	
Grupo Segurável	Saúde	Odontológico
<b>Empregados</b>	<b>Documentação para Dispensa de Adesão aos Empregados (Mínimo de 12 Meses de Seguro Anterior Sul América ou Congêneres):</b> * Deverão ser Apresentados os Mesmos Documentos Relacionados no Item 2.1.4 "Redução de Carência" / "Ex-Segurados de Empresas Relacionadas na Tabela de Congêneres". * Carta Declarando que Não Farão Adesão Futura.	<b>Não se Aplica</b>
<b>Dependentes</b>	* <b>Cônjuge:</b> Certidão de Casamento. * <b>Companheiro(a):</b> - Declaração de União Estável Simples (Declaração Padrão Sul América) / - Escritura Declaratória Lavrada em Tabelionato / - Declaração de Imposto de Renda Protocolado pela Receita Federal, Comprovando a Dependência Entre o Segurado Titular e o(a) Companheiro(a). * <b>Filhos Solteiros e Inválidos Sem Limite de Idade:</b> Certidão de Nascimento / Registro Geral (R.G.) / <b>Filhos Inválidos Deverão Acompanhar Relatório Médico para Análise Médica.</b> * <b>Filhos Adotivos Sem Limite de Idade:</b> Termo de Guarda ou Tutela Emitido por Juiz de Direito e Certidão de Nascimento. * <b>Netos do Segurado Titular:</b> Certidão de Nascimento. * <b>Enteado:</b> Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento do Segurado Titular ou Escritura Declaratória Lavrada em Tabelionato ou Declaração de União Estável Simples (Declaração Padrão Sul América).	
<b>Aprendizes</b>	* Contrato de Aprendiz Assinado pelo Próprio e pelo Representante Legal na Empresa Sob Carimbo. * Cópia da Inscrição / Matrícula em Escola ou Instituição de Ensino Técnico. * <b>Aprendiz Recém Admitido Não Relacionado no FGTS:</b> * Registo do Empregado Assinado pelo Empregador e pelo Empregado Sob Carimbo da Empresa. * Cópia das Páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social com Fotografia, Cópia da Página do Regsitro da Empresa, Número da Carteira, Série e Assinatura do Portador na Frente e no Verso da Página.	
<b>Estagiários</b>	* Contrato de Estágio Assinado pelo Estagiário e pelo Representante Legal da Empresa Sob Carimbo e pela Instituição de Ensino. * Carta <b>ORIGINAL</b> em Papel Timbrado Assinada pelo Representante Legal da Empresa Sob Carimbo, Informando o Nome de Todos os Estagiários em Exercício e Adesão Integral Desta Categoria Funcional ao Seguro (Sócios e Dirigentes e/ou Funcionário).	<b>Não se Aplica</b>
<b>Agregados</b>	* 03 (Três) Últimas Faturas de Planos Coletivos Quitadas e Relação de Beneficiários na Congêneres.	
<b>Expatriados / Estrangeiros</b>	* Cópia da Carteira de Identidade. * Cópia do Passaporte Carimbado pela Receita Federal e Visto Permanência no País. * Carta <b>ORIGINAL</b> em Papel Timbrado Assinada pelo Representante Legal da Empresa Sob Carimbo, Informando Tratar-se de Expatriado Com Direito ao Seguro, Tempo de Permanência no Brasil e Função a ser Exercida na Empresa.	
<b>Demitidos e Aposentados</b>	* Carta Modelo Padrão <b>ORIGINAL</b> em Papel Timbrado <b>SEM</b> Rasuras, Assinada pelo Empregado e Empregador Sob Carimbo da Empresa. * Comprovante de Plano Anterior Vigente em Congêneres, Constando os Nomes dos Demitidos / Exonerados e Aposentados. * <b>Demitidos / Exonerados:</b> Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho Assinado pelo Empregado e pelo Empregador Sob Carimbo da Empresa. * <b>Aposentados:</b> Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho Assinado pelo Aposentado e Concessão de Aposentadoria.	

**OBS.: TODOS os Segurados Incluídos no Seguro Saúde Deverão Apresentar o Cartão Proposta e a Declaração de Saúde Devidamente Preenchida e Assinado pelo Titular e Empresa ( Assinado sob Carimbo ).**

### SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS - SIB

Por Determinação da Agência Nacional de Seguros - ANS, é prevista na Resolução Normativa Nº 187 de 09 de Março de 2009 e Instrução Normativa Nº 35 a **OBRIGATORIEDADE** de Envio dos Dados Cadastrais que Permitam Identificar Plenamente os Beneficiários Titulares e/ou Dependentes, bem como os Planos de Saúde por eles Contratados.

Proponentes	Informações OBRIGATORIAS pela RN ( Utilizar o Cartão Proposta para o Preenchimento )
<b>Titulares</b>	> CPF - Cadastro de Pessoas Físicas do Próprio Segurado. > Nome da Mãe do Beneficiário, ou PIS / PASEP ou CNS* > Endereço de Residência Completo (Rua / Av., Número, Bairro, Município, CEP e UF).
<b>Dependentes (Não Titular) Maior de 18 Anos</b>	> CPF - Cadastro de Pessoas Físicas do Próprio Segurado. > Nome da Mãe do Beneficiário, ou PIS / PASEP ou CNS*
<b>Dependentes (Não Titular) Menor de 18 Anos</b>	> CPF - Cadastro de Pessoas Físicas do Próprio Segurado. > Nome da Mãe do Beneficiário, ou PIS / PASEP ou CNS*

\* **CNS - Cadastro Nacional de Saúde é um Código Fornecido a TODOS que Utilizam a Rede do Sistema Único de Saúde - SUS.**

### SUL AMÉRICA ODONTOLÓGICO - PME

**Grupos de 04 à 09 Pessoas** - Redução de Carência.

**Grupos de 10 à 29 Pessoas** - Isenção de Carência.

\* **Não Haverá Redução e Isenção de Carências para Agregados.**

\* **Independente do Tamanho do Grupo, os Proponentes Incluídos Após o Prazo de 30 (Trinta) Dias da Data do Evento que Caracterize sua Condição de Proponente ou Dependente Segurável Estão Sujeitos a Cumprimento de Carência.**

### CONGÊNERES - ODONTOLÓGICO PME

**Todas as Operadoras de Seguros Odontológicos Registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

### CARÊNCIAS - ODONTOLÓGICO PME

Código Grupo	Procedimentos	Carências Normais	Redução de Carências
00	Emergências.	00 Horas	00 Horas
01	Diagnósticos, Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística e Cirurgia.	15 Dias	24 Horas
02	Endodontia e Periodontia.	03 Meses	01 Mês

### CRITÉRIOS E DOCUMENTAÇÃO PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA - ODONTOLÓGICO

EX - SEGURADOS	CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA	DOCUMENTAÇÃO
<b>Operadoras de Seguros Odontológicos</b>	* Contratação do Sul América Saúde em Até 90 Dias Após o Último Pagamento Efetuado do Plano Anterior. * Filhos dos Proponentes Recém Nascidos (Até 180 Dias do Nascimento) Não Incluídos na Vigência do Plano da Congênera, Terão os Prazos de Carência Concedidas aos Pais.	<b>Individuais:</b> - Contrato <b>ORIGINAL</b> ou Cópia do Contrato Autenticado do Plano Anterior / - Cópia do Cartão de Identificação do Titular e Dependentes / - 03 (Três) Últimos Comprovantes de Pagamento, o Último Deverá ser <b>ORIGINAL</b> ou Cópia Autenticada. <b>Empresariais:</b> Correspondência <b>ORIGINAL</b> Datada em Papel Timbrado da Empresa, Com Assinatura, Carimbo, Nome Legível, Função e Telefone do Responsável pelas Seguintes Informações: - Nome do Titular e Dependentes / - Nome da Empresa em que o Titular Possuía o Seguro da Congênera / - Nome da Congênera / - Data Inicial e Final do Seguro.

### PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO

\* Entregar Documentação em Até 02 (Dois) Dias Úteis a Partir da Data da Quitação da Ficha de Compensação em Rede Bancária.

\* **A Implantação do Seguro Ocorrerá em Até 10 (Dez) Dias Após a Entrega de TODA Documentação Completa e Correta na Sul América.**

A Proposta de Seguro e o Valor do Prêmio Pago, Serão Recusados e Devolvidos nas Seguintes Situações:

\* Irregularidades nas Documentações Apresentadas.

\* Propostas Entregues na Sul América com Mais de 10 (Dez) Dias da Data de Quitação.

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

**Reajustes do Prêmio:** Os Reajustes Financeiros e por Sinistralidade Serão Aplicados a Cada Período Mínimo de 12 (Doze) Meses, Podendo ser Aplicados Cumulativamente.

**Cancelamento do Contrato de Saúde:** o Contrato de Seguro Saúde, SOMENTE Poderá ser Rescindido Após a Vigência do Período Mínimo de 12 (Doze) Meses e a Solicitação de Cancelamento do Contrato Poderá Ocorrer Mediante Prévia Notificação de Qualquer das Partes com Antecedência Mínima de 60 (Sessenta) Dias.

**Cancelamento do Contrato Odontológico:** o Contrato de Seguro Odontológico, SOMENTE Poderá ser Rescindido Após a Vigência do Período Mínimo Definido em Condições Gerais e a Solicitação de Cancelamento do Contrato Poderá Ocorrer Mediante Notificação de Qualquer uma das Partes Com Antecedência Mínima de 60 (Sessenta) Dias.

**As Vendas Com Data de Vencimento de Quitação a Partir de 03 de Novembro de 2009 Deverão ser Realizadas Com as Novas Condições Gerais e Proposta de Seguro, Já Adaptadas as Novas Regras da ANS.**

**ATENÇÃO:** Rede Credenciada Sujeita a Alteração Sem Prévio Aviso por Parte da Operadora. As Informações Acima estão Resumidas, para Maiores Informações Sobre a Rede Credenciada Consulte o Orientador Médico ou o Site Oficial para Verificar as Especialidades Cobertas por Cada Prestador. Quaisquer outras Dúvidas, como Regras de Comercialização ou Outras Dúvidas Sobre o Plano / Produto Consulte seu Supervisor / Corretor.