

**CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL**

| Faixas Etárias | Max 200 | Max 250 | Max 300 | Max 350 | Max 300 Plus | Max 350 Plus | Max 400 Plus | Max 400 Plus |
|----------------|---------|---------|---------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 00 a 18        | 60,59   | 66,41   | 75,74   | 79,53   | 106,04       | 111,34       | 128,75       | 180,26       |
| 19 a 23        | 60,59   | 66,41   | 75,74   | 79,53   | 106,04       | 111,34       | 128,75       | 180,26       |
| 24 a 28        | 87,38   | 95,78   | 109,23  | 114,70  | 152,93       | 160,57       | 185,68       | 259,97       |
| 29 a 33        | 87,38   | 95,78   | 109,23  | 114,70  | 152,93       | 160,57       | 185,68       | 259,97       |
| 34 a 38        | 95,20   | 104,35  | 119,01  | 124,97  | 166,62       | 174,94       | 202,30       | 283,24       |
| 39 a 43        | 95,20   | 104,35  | 119,01  | 124,97  | 166,62       | 174,94       | 202,30       | 283,24       |
| 44 a 48        | 148,41  | 162,67  | 185,52  | 194,82  | 259,74       | 272,71       | 315,37       | 441,54       |
| 49 a 53        | 219,65  | 240,75  | 274,57  | 288,33  | 384,42       | 403,61       | 466,75       | 653,48       |
| 54 a 58        | 281,15  | 308,16  | 351,45  | 369,06  | 492,06       | 516,62       | 597,44       | 836,45       |
| 59 ou mais     | 363,47  | 398,93  | 454,35  | 477,12  | 636,14       | 667,89       | 772,37       | 1081,36      |

OBS.: Desconto de 20% da 2ª a 6ª parcela e 10% da 7ª a 16ª parcela para pagamentos efetuados até a data de vencimento. Assistência Odontológica inclusa.

**CONTRATAÇÃO FAMILIAR (A PARTIR DE 2 ou MAIS BENEFICIÁRIOS, SEM COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO)**

| Faixas Etárias | Max 200 | Max 250 | Max 300 | Max 350 | Max 300 Plus | Max 350 Plus | Max 400 Plus | Max 400 Plus |
|----------------|---------|---------|---------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 00 a 18        | 54,53   | 59,77   | 68,16   | 71,58   | 95,43        | 100,21       | 115,88       | 162,23       |
| 19 a 23        | 54,53   | 59,77   | 68,16   | 71,58   | 95,43        | 100,21       | 115,88       | 162,23       |
| 24 a 28        | 78,64   | 86,20   | 98,30   | 103,23  | 137,63       | 144,52       | 167,12       | 233,97       |
| 29 a 33        | 78,64   | 86,20   | 98,30   | 103,23  | 137,63       | 144,52       | 167,12       | 233,97       |
| 34 a 38        | 85,68   | 93,91   | 107,10  | 112,47  | 149,95       | 157,45       | 182,08       | 254,91       |
| 39 a 43        | 85,68   | 93,91   | 107,10  | 112,47  | 149,95       | 157,45       | 182,08       | 254,91       |
| 44 a 48        | 133,57  | 146,40  | 166,96  | 175,33  | 233,76       | 245,45       | 283,84       | 397,38       |
| 49 a 53        | 197,68  | 216,67  | 247,10  | 259,49  | 345,96       | 363,27       | 420,08       | 588,12       |
| 54 a 58        | 253,03  | 277,34  | 316,29  | 332,15  | 442,83       | 464,99       | 537,70       | 752,79       |
| 59 ou mais     | 327,12  | 358,55  | 408,90  | 429,40  | 572,49       | 601,14       | 695,14       | 973,21       |

OBS.: Desconto de 20% da 2ª a 6ª parcela e 10% da 7ª a 16ª parcela para pagamentos efetuados até a data de vencimento. Assistência Odontológica inclusa.

**TABELA DE FRANQUIA – REDE CREDENCIADA – PLANO MAX PREMIUM ODONTOLÓGICO**

| Descrição  | Valor |       |
|--|-------|-------|
|  | USI   | R\$   |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>   |       |       |
| Consulta inicial   | 16,67 | 5,00  |
| <b>URGÊNCIA</b>  |       |       |
| Procedimentos de Urgência  | 26,67 | 8,00  |
| Curativo em caso de hemorragia   | 26,67 | 8,00  |
| Curativo em caso de odontalgia / pulpectomia                               | 26,67 | 8,00  |
| Consulta de urgência   | 26,67 | 8,00  |
| Incisão e drenagem de abscesso extra oral                                  | 26,67 | 8,00  |
| Incisão e drenagem de abscesso intra oral (inclusive abscesso periodontal) | 26,67 | 8,00  |
| Tratamento da alveolite  | 26,67 | 8,00  |
| Reimplante de dente avulsionado e tratamento de fraturas alvéolo-dentais   | 26,67 | 8,00  |
| Imobilização dentária temporária (inclusive em Periodontia)                | 26,67 | 8,00  |
| Recimentação de peça protética   | 26,67 | 8,00  |
| Colagem de fragmentos  | 26,67 | 8,00  |
| <b>RADIOLOGIA</b>  |       |       |
| Radiografia oclusal  | 16,67 | 5,00  |
| Radiografia periapical   | 16,67 | 5,00  |
| Radiografia interproximal (bite-wing)                                      | 16,67 | 5,00  |
| <b>ODONTOPEDIATRIA</b>   |       |       |
| Exodontia de dentes decíduos   | 33,33 | 10,00 |
| Restauração de amálgama em decíduos  | 33,33 | 10,00 |
| Restauração com resina quimio/foto em decíduos                             | 33,33 | 10,00 |
| Pulpotomia/mumificação pulpar  | 33,33 | 10,00 |
| Tratamento endodôntico em dentes decíduos                                  | 53,33 | 16,00 |
| Aplicação de Selante (técnica invasiva e não invasiva)                     | 23,33 | 7,00  |
| Restauração com ionômero de vidro  | 33,33 | 10,00 |
| <b>DENTÍSTICA</b>  |       |       |
| Restauração de amálgama classe V   | 33,33 | 10,00 |
| Restauração de amálgama classe I   | 33,33 | 10,00 |
| Restauração de amálgama classe II  | 33,33 | 10,00 |
| Restauração em resina  | 70,00 | 21,00 |
| Faceta em Resina   | 70,00 | 21,00 |
| Restauração de amálgama pin ou Reconstrução                                | 70,00 | 21,00 |
| Restauração Res. Comp. (químico ou fotopolimerizável) classe V             | 33,33 | 10,00 |
| Rest. Res. Comp. (químico ou fotopolimerizável) classe I                   | 33,33 | 10,00 |
| Rest. Res. Comp. (químico ou fotopolimerizável) classe II                  | 33,33 | 10,00 |
| Rest. Res. Comp. (químico ou fotopolimerizável) classe III                 | 33,33 | 10,00 |
| Rest. Res. Comp. (químico ou fotopolimerizável) classe IV                  | 70,00 | 21,00 |

| <b>PREVENÇÃO</b>   |        |       |
|--|--------|-------|
| Profilaxia   | 23,33  | 7,00  |
| Aplicação Tópica de Flúor  | 23,33  | 7,00  |
| Orientação em Higiene Bucal                                      | 23,33  | 7,00  |
| <b>PERIODONTIA</b>   |        |       |
| Raspagem corono-radicular na ausência de bolsas periodontais     | 33,33  | 10,00 |
| Raspagem corono-radicular e curetagem de bolsa periodontal       | 50,00  | 15,00 |
| Gengivoplastia/Gengivectomia                                     | 73,33  | 22,00 |
| Aumento de Coroa clínica   | 33,33  | 10,00 |
| <b>CIRURGIA</b>  |        |       |
| Exodontia de dentes permanentes (simples)                        | 33,33  | 10,00 |
| Exodontia de raiz residual                                       | 33,33  | 10,00 |
| Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos e impactados) | 166,67 | 50,00 |
| Exodontia a retalho e/ou odontosecção                            | 60,00  | 18,00 |
| Sulcoplastia   | 60,00  | 18,00 |
| Alveoloplastia/Alveolotomia                                      | 123,33 | 37,00 |
| Correção de bridas musculares                                    | 93,33  | 28,00 |
| Redução de tuberosidade unilateral                               | 100,00 | 30,00 |
| Biópsia da cavidade bucal  | 60,00  | 18,00 |
| Excisão de rânula  | 60,00  | 18,00 |
| Excisão de mucocele  | 260,00 | 78,00 |
| Exodontias múltiplas (4 ou mais dentes)                          | 106,67 | 32,00 |
| Ulotomia / Ulectomia   | 60,00  | 18,00 |
| Frenectomia labial ou lingual                                    | 66,67  | 20,00 |
| Apicetomia unirradicular   | 60,00  | 18,00 |
| Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada                | 66,67  | 20,00 |
| Apicetomia birradicular  | 73,33  | 22,00 |
| Apicetomia birradicular com obturação retrógrada                 | 80,00  | 24,00 |
| Apicetomia trirradicular   | 86,67  | 26,00 |
| Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada                | 96,67  | 29,00 |
| Cirurgia para tórus (palatino ou mandibular)                     | 100,00 | 30,00 |
| <b>ENDODONTIA</b>  |        |       |
| Tratamento endodôntico 1 conduto                                 | 110,00 | 33,00 |
| Tratamento endodôntico 2 conduto                                 | 146,67 | 44,00 |
| Tratamento endodôntico 3 ou mais condutos                        | 216,67 | 65,00 |
| Retratamento endodôntico 1 conduto                               | 153,33 | 46,00 |
| Retratamento endodôntico 2 condutos                              | 166,67 | 50,00 |
| Retratamento endodôntico 3 ou mais condutos                      | 250,00 | 75,00 |
| <b>PRÓTESE</b>   |        |       |
| Remoção de prótese e/ou NMF (remoção de prótese fixa por pilar)  | 30,00  | 9,00  |

| <b>TABELA DE VENCIMENTO</b> |         |         |         |         |         |            |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|
| Assinatura de Contrato      | 01 a 04 | 05 a 09 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 30/31 |
| Vigência e Vencimento       | 15      | 20      | 25      | 30      | 5       | 10         |

**\*Importante:** o prazo para a entrega da proposta na Intermédica deverá ser até 72 horas a partir da data de assinatura.  
 Propostas protocoladas fora desse período poderão ter sua vigência alterada.

| <b>CARÊNCIAS (Cliente sem plano anterior ou com menos de 12 meses)</b> |   |            |           |           |           |          |                    |
|--|---|------------|-----------|-----------|-----------|----------|--------------------|
| Local de Atendimento   | Grupo de carências reduzidas contadas a partir da data da vigência. |            |           |           |           |          | Cob. Parc.<br>Temp |
|  | Item 1  | Item 2 e 3 | Item 4a** | Item 4b** | Item 4c** | Item 5   |                    |
| Rede Própria   | 24h   | 24h        | 70 dias   | 120 dias  | 180 dias  | 300 dias | 720 dias           |
| Rede Credenciada   | 24h   | 30 dias    | 120 dias  | 120 dias  | 180 dias  | 300 dias | 720 dias           |

4a\*\*: Exames complementares não relacionado no item 3

4b\*\*: Procedimentos de Terapia não relacionadas no item 5

4c: Internações, exceto as urgência/emergência definidas em Lei e as relacionadas no item 5; internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.

| <b>REDUÇÃO DE CARÊNCIAS</b> |   |                                |         |
|-----------------------------|---|--------------------------------|---------|
| Itens                       | Procedimentos   | Prazo de carência              |         |
| 1                           | Acidentes pessoais/ urgências/ emergências  | Rede própria/ Rede Credenciada | 24h     |
| 2 e 3                       | Consultas médicas; exames de análises clínicas, exames radiomunoensaio; exames radiológicos simples; eletrocardiograma e eletroencefalograma; exames citopatológicos; colposcopia; exames oftalmológicos simples.   | Rede Própria                   | 24h     |
|                             |   | Rede Credenciada               | 24h     |
| 4a                          | Procedimentos simples realizados em regime ambulatorial (endoscopia digestiva; endoscopia urológica; mamografia; ultra sonografia; holter; audiometria; impedanciometria; prova de função respiratória e teste ergométrico). Procedimentos terapêuticos realizados em regime ambulatorial (biópsia, fisioterapia; RPG; pequenas cirurgias). | Rede Própria                   | 30 dias |
|                             |   | Rede Credenciada               | 60 dias |
| 4b                          | Exames especiais: ecocardiograma; Doppler; eletroneurografia; monitorização de pressão ambulatorial; provas urodinâmicas; densitometria óssea. Exames especiais de alta complexidade (tomografia; ressonância magnética; cintilografia, exames nucleares; hemodinâmica; cateterismo; litotripsia; artroscopia).                             | Rede Própria                   | 60 dias |
|                             |   | Rede Credenciada               | 60 dias |
| 4c                          | Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos quimioterápicos, cirurgias ambulatoriais.  | Rede Própria                   | 60 dias |
|                             |   | Rede Credenciada               | 90 dias |

|   |                              |                                |          |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------|
| 5 | Parto a Termo                | Rede própria/ Rede Credenciada | 300 dias |
|   | Cobertura parcial temporária | Rede própria/ Rede Credenciada | 720 dias |

Permanência mínima de 6 meses no plano anterior. Ter no máximo 60 dias de inadimplência a partir da última data de vencimento

### DOCUMENTAÇÕES

Documento que comprove permanência mínima de 6 meses

Exemplo: cópia do cartão do associado, cópia do contrato, carta original da operadora ou da ex-empresa.

Cópia das últimas duas mensalidades pagas.

## REDE CREDENCIADA

### REDE MAX 200

| ZONA CENTRAL  | ZONA SUL   | ABC E OUTROS MUNICIPIOS   |
|---|--|---|
| Hosp. Santa Cecília (PS/H)<br>CHP (Somente adultos) (PS/H)<br>P. S. Infantil Sta Cecília (PS)<br>Cto Clin. Santa Cecília (PA)   | Hosp. Evaldo Foz<br>Hosp. São Leopoldo (PS/MT)<br>Hosp. Do Rim (H)<br>Cto Clin. Zona Sul I (PA)<br>Cto Clin. Zona Sul II - Adultos (PA)<br>Cto Clin. Ipiranga (PA) | (Sto André) Hosp. Mat. Bartira (PS/MT)<br>(Sto André) Cto Clin. Santo André (PA)<br>(S. B. C.) P. S. Intermedica ABC (PS)<br>(S. B. C.) Cto Clin. São Bernardo III (PA)<br>(S. Caetano) Cto Clin. São Caetano (PA)<br>(Diadema) Cto Clin Diadema (PA)<br>(Mauá) Cto Clin Mauá (PA)<br>(R. Pires) Cto Clin Ribeirão Pires (OS)<br>(Barueri) Hosp. Barueri (PS)<br>(Caieiras) Cto Clin Caieiras (PA)<br>(Carapicuíba) Cto Clin Carapicuíba (PA)<br>(Cotia) Cto Clin. Cotia (PA)<br>(Guarulhos) Cto Clin. Guarulhos (PA)<br>(Itapevi) Cto Clin. Itapevi (PA)<br>(Osasco) Hosp e Mat. Renascença<br>(Santana do Parnaíba) Cto Clin. Santana do Parnaíba (PA)<br>(Taboão Serra) Cto Clin Taboão (PA)<br>(Santos) Hosp. E Mat. Frei Galvão H/PS<br>(Santos) Hosp. São Lucas de Santos MT<br>(Guarujá) Hosp. Sto Amaro (PS/H)<br>(Guarujá) Cto Clin. Guarujá (PA)<br>(Jundiaí) Hosp. Paulo Sacramento (urg. em trânsito) (PS)<br>(Sorocaba) Hosp. Modelo (urg. em trânsito) (PS) |
| ZONA LESTE  | LABORATÓRIOS   |   |
| Hosp. Vila Matilde (PS/MT)<br>Cto Clin. Zona Leste I – Pediatria (PA)<br>Cto Clin. Zona Leste II – Adulto (PA)<br>Cto Clin. São Miguel I – Adulto (PA)<br>Cto Clin São Miguel II – Pediatria (PA) | B.A.- Bioquimicos Associados, NASA Lab.<br>Bioclínico  |   |
| ZONA NORTE  |  |   |
| Hosp Nsa. Sra. Do Rosário<br>Hosp João Evangelista (Psiquiatria) (H)<br>Cto Clin. Zona Norte (PA)   |  |   |
| ZONA OESTE  |  |   |
| Hosp. Mat. Albert Sabin (PS/MT)<br>Cto Clin Lapa I (PA)   |  |   |

### REDE MAX 250

| ZONA LESTE   | ZONA SUL   | ABC E OUTROS MUNICIPIOS   |
|--|--|---|
| Hosp. Mat. São Miguel (MT)<br>Hosp. Vasco da Gama (H)<br>Mat. Do Brás (MT) | Hosp. N. S. de Lourdes (Radioterapia) H<br>Clin. Infantil do Ipiranga (PS)<br>Prontofalmo Assist. Oftalmológica (PS) | (S. B. C.) Hosp São Bernardo (H)<br>(S. B. C.) Neomater (MT)<br>(S. Caetano) Soc. Benef. Hosp. São Caetano (PS)<br>(S. Caetano) Hosp. Mat. Márcia Braido (MT)<br>(Fco. Morato) CEAM (PA)<br>(Franco Rocha) CEAM (PS/MT)<br>(Guarulhos) Hosp. Bom Clima (PS/MT)<br>(Itapevi) DIMEG (PS)<br>(Suzano) Hosp. Mat. São Sebastião (PS/MT)<br>(Taboão Serra) Cento Médico Family (Semear) (MT) |
| ZONA OESTE   | LABORATÓRIOS   |   |
| Previna Diag. Pirituba (somente Adulto)<br>(PS)                            | BIO Saúde, Cardiológica, Cuore, Biocenter,<br>Center Biomédico, Centerclin, IPAC.                                    |   |
| ZONA NORTE   |  |   |
| Hosp. Vera Cruz (Psiquiatria) (H)  |  |   |

### REDE MAX 300

| ZONA CENTRAL  | ZONA NORTE  | ABC E OUTROS MUNICIPIOS  |
|---|---|--|
| (ZC) IGESP (H)  | (ZN) Hosp. Presidente (H)   | (Santo André) Soc. Port. Benef. Sto André (PS/MT/H)<br>(Diadema) Hosp. São Lucas (PS/MT)<br>(Arujá) Hosp. Lions Clube de Arujá (PS/MT)<br>(Carapicuíba) Hosp. Alpha Méd (MT)<br>(Cotia) Hosp. São Francisco (PS)<br>(Ferraz Vasc.) Clin Sto Antonio (PS/MT)<br>(Guarulhos) Hosp. Stella Maris (H)<br>(Itapevi) DIMEG (PS)<br>(Mauá) Hosp. Santa Casa de Mauá (PS/MT)<br>(Mogi das Cruzes) Casa de Saúde e Mat Santana (PS/MT)<br>(Ribeirão Pires) Hosp. Ribeirão Pires (PS/MT)<br>(Taboão da Serra) Centro Médico Family (PS)<br>(Guarujá) Hosp. Santo Amaro (PS)<br>(Bertioga) Clínica Hans Staden (PA)<br>(Santos) Hosp. São Lucas de Santos (PS)<br>(Santos) Casa de Saúde de Santos (MT)<br>(Praia Grande) Casa Saúde Santos (PS)<br>(Cubatão) Hosp. Modelo (PS) |
| ZONA LESTE  | ZONA SUL  |  |
| (ZL) CEMA (PS)<br>(ZL) Hosp Sta Marcelina (MT)<br>(ZL) Hosp. Central de Guaianazes (MT)<br>(ZL) Hosp. De Mat 8 de Maio (H)<br>(ZL) Hosp e Mat São Miguel (PS/H) | (ZS) Hosp Sta Marina (MT)<br>(ZS) Hosp. Sta Rita (H)<br>(ZS) Hosp. Sta Paula (H)<br>(ZS) Clin. Infantil do Ipiranga (H) |  |
| ZONA OESTE  | LABORATÓRIOS  |  |
| (ZO) Hosp. Panamericano (PS)  | Lavoisier, SAE  |  |

### REDE MAX 350 PLUS

| ZONA SUL  | ABC E OUTROS MUNICIPIOS  |
|---|--|
| Hosp. Mat Santa Marina (PS/MT)<br>Hosp N. S. de Loudes (MT) | (Guararema) Sta C. de M.. de Guararema (PS/MT)<br>(Salesópolis) Sta C. de M. de Salesópolis (PS/MT)<br>(Santa Isabel) Irmandade Santa Isabel<br>(Suzano) Hosp Mat. Campos Salles (PS/MT)<br>(Santos) Hosp. São Lucas de Santos (PS/MT) |

### REDE MAX 400 E 400 PLUS

Obs.: Rede Credenciada sujeita a alteração.