

# *B D L Planos de Saúde*

## UNI VERSAL SAÚDE

Setembro /2011

Plano Individual/Familiar		
Faixa Etária	Prata Enf	Ouro Apto
00-18	42,74	66,94
19-23	51,42	80,53
24-28	55,30	86,61
29-33	68,89	107,88
34-38	74,72	117,01
39-43	88,31	138,28
44-48	107,33	168,06
49-53	143,62	224,90
54-58	180,50	282,64
59 ou +	256,40	401,50

Taxa: 20,00 reais

### Regras de Comercialização PF

#### CONDIÇÃO ESPECÍFICA

• O beneficiário titular deve assinar a Proposta Contratual, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário. Caso seja menor de 18 anos, a documentação deverá ser assinada por responsável legal.

#### ENTREVISTA QUALIFICADA

• A entrevista médica qualificada será realizada sempre que solicitado pela área técnica da Universal Saúde independentemente da idade.

#### TIPO DE PLANO CONFORME ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

PLANO PRATA	PLANO OURO
Acomodação: Enfermaria (Coletivo)	Acomodação: Apartamento (Individual)
Segmentação: Ambulatorial - Hospitalar com obstetrícia	Segmentação: Ambulatorial - Hospitalar com obstetrícia
Rede Credenciada: Própria + Credenciada	Rede Credenciada: Própria + Credenciada
Abrangência Geográfica: São Paulo Capital e Grande São Paulo, Guarulhos, Osasco, Santo André, São Caetano, e Mauá.	Abrangência Geográfica: São Paulo Capital e Grande São Paulo, Guarulhos, Osasco, Santo André, São Caetano, e Mauá.

#### ENTREGA DE PROPOSTAS

• A Proposta Contratual deverá ser entregue juntamente com a Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde, Comprovante de Residência e CPF do titular e dos dependentes;  
• Os documentos relacionados acima devem ser preenchidos com letra de fôrma, sem rasuras e devidamente assinado por titular e vendedor;

#### REDUÇÃO DE CARENÇA

• Mínimo de 12 meses na operadora anterior;  
• Proposta de adesão do plano anterior (original) ou carteirinha (original) contendo a data de início no plano;  
• Apresentação dos 03 (três) últimos comprovantes de pagamento (original), sendo que o último boleto quitado não poderá ultrapassar 60 (sessenta) dias entre a data de seu pagamento e a data de assinatura da Proposta de Contratual da Universal Saúde.

BDL Comercial e Serviços Ltda.

Rua I Taverava, 53 - Guarulhos - SP - Cep: - 07111-040 - Fone / Fax: - 6440-0191 E-Mail: - [bdlvendas@uol.com.br](mailto:bdlvendas@uol.com.br)

Data da Venda	01 a 05	06 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 A 31
Dia p/ Pgto.	10	15	20	25	30	05

## RESUMO REDE CREDENCIADA

<p>Região Central</p> <p>Hospital Nossa Senhora do Pari</p> <p>Hospital Adventista de São Paulo</p> <p>Região Norte</p> <p>Hospital Presidente</p> <p>Região Sul</p> <p>Santa Casa de Santo Amaro</p> <p>Prontoftalmo</p> <p>Assistência</p> <p>Hospital Defeitos da Face**</p> <p>Clinisul</p> <p>Hospital Ruben Berta</p> <p>Clinica Infantil Santa Isabella</p>	<p>Região Leste</p> <p>Hospital Clinica Jardim Helena</p> <p>Hospital e Maternidade Master Clim</p> <p>Hospital Santo Expedito</p> <p>Clinicordis</p> <p>Hospital Geral da Penha</p> <p>Hospital e Pronto Socorro Nova Iguatemi</p> <p>Hospital São Carlos</p> <p>Hospital Pró Matre Santo Antonio</p> <p>Região Oeste</p> <p>Hospital Jardins</p> <p>Previna</p>	<p>Grande São Paulo</p> <p>Hospital Saúde Guarulhos</p> <p>Hospital e Maternidade Montreal</p> <p>Hospital Stella Maris</p> <p>ABC</p> <p>Bio Déa Serviços Médicos</p> <p>Hospital e Maternidade Central</p> <p>Hospital Santa Casa de Mauá</p>
--	---	---

---

BDL Comercial e Serviços Ltda.

Rua I taverava, 53 – Guarulhos – SP – Cep:- 07111-040 – Fone / Fax:- 6440-0191 E-Mail:- [bdlvendas@uol.com.br](mailto:bdlvendas@uol.com.br)