



Health Santaris

plano: individual

corretora: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>

email: contato@planosdesaudetodosaqui.com.br

telefone: 11 4215.8900

tabela sujeita a alterações da operadora sem aviso prévio, confirme preços, rede e carencias no ato do fechamento do contrato.

TABELA DE VALORES

Tabela de Valores - Individuais

Válido a partir de 01/09/2018

Idade	Santaris IF Referência [E]
00 a 18	107,25
19 a 23	118,14
24 a 28	130,57
29 a 33	144,56
34 a 38	172,53
39 a 43	206,73
44 a 48	262,69
49 a 53	334,20
54 a 58	408,81
59 ou +	618,65

REDE CREDENCIADA

Santaris IF Referência			
SP - Zona Leste		SP - Zona Norte	SP - Grande SP - Leste
Hospitais		Hospitais	Hospitais
H 8 de Maio	(H,M,PS,EL)	H Presidente	(PS) H Neurocenter - Guarulhos - SP (M,PS,UTI A)
H Jd Helena	(H,M,PS)		H Pro Mater Sto Antonio - Ferraz de Vasconcelos - SP
H Sao Miguel	(H,PS)		(H,PS)
			Laboratórios
			Lab CID

Legenda de Atendimentos

H: Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **EL:** Exames Laboratoriais | **UTI A:** UTI para Adulto |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

R\$ 20,00 por contrato.

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.

Seguindo determinação da ANS (Agência Nacional de Saúde), não serão aceitos contratos, com beneficiários titulares sem CPF, mesmo que menores de idade e com responsável.

Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, o responsável poderá ser apenas pai ou mãe.

Avaliação Médica

Beneficiários com idade acima de 58 anos é obrigatória a realização de entrevista médica antes da assinatura do contrato.

A validade da entrevista médica é de até 30 dias, acima deste período não será mais aceito.

Documentos Necessários

Titular maior: cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde e comprovante de endereço (não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão).

Titular menor: enviar a cópia RG, CPF, CNS-Cartão Nacional da Saúde e certidão de nascimento (obrigatório para nascidos a partir de 01/2010).

Para beneficiários até 01 ano de idade acrescentar cópia da alta hospitalar do bebê ou carteira de maternidade documento que consta peso, altura, Apgar e carimbo do CRM do pediatra.

Responsável legal: cópia do RG, CPF e comprovante de endereço (não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão).

Estrangeiros: É obrigatória a apresentação do RNE, CPF e comprovante de endereço em nome próprio ou dos pais com comprovação de vínculo familiar.

Contratos e/ou Aditivos Vigentes

Proposta de adesão

Carta de orientação ao beneficiário - assinatura obrigatória

Aditivo de redução de carência - [Clique aqui](#)

Vigência / Vencimento

A vigência para utilização é 24 horas da data de assinatura no contrato.

Data de adesão	Início de vigência	Data do vencimento do boleto
De 01 a 05	Dia 10 do mês	Dia 10 do mês
De 05 a 10	Dia 15 do mês	Dia 15 do mês
De 10 a 15	Dia 20 do mês	Dia 20 do mês
De 15 a 20	Dia 25 do mês	Dia 25 do mês
De 20 a 25	Dia 30 do mês	Dia 30 do mês
De 25 a 30	Dia 05 do mês	Dia 05 do mês

Prazo de Entrega das Propostas

Após a data e assinatura da proposta o prazo máximo de entrega da mesma é de 48 horas de segunda a sexta-feira.

Área de Comercialização / Utilização

Este produto pode ser comercializado em: Guarulhos e São Miguel Paulista.

Telefones Úteis

Central de Atendimento: 2281 1928

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.

Cancelamento do Contrato

O atraso nos pagamentos das mensalidades dos planos pessoa física por 60 dias acarretam o cancelamento do contrato e as mensalidades em aberto constituem dívida. Em casos de migração ou desistência, é necessário enviar carta de próprio punho, assinada pelo titular do plano e cópia do RG/CNH, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.

As solicitações deverão ser encaminhadas diretamente para a operadora.

Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

Os prazos de carências serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

Redução de carências validas para titular ou dependentes até 58 anos;

Mínimo de 12 meses de permanência no plano anterior;

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

Segurados que queiram mudar da categoria enfermaria para apartamento terá que cumprir carência de 06 meses para nova acomodação.

Se for contratação apenas para o recém-nascido é necessário incluí-lo no plano da mãe.

Reduz carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS, exceto para planos hospitalares, Nipomed e outros cartões de descontos.

Ex – beneficiário da Health Santaris Individuais ou Familiares: após 90 dias do cancelamento pode ser feito através do corretor com as carências contratuais;

Ex-beneficiário de PME ou Empresarial - venda administrativa através do corretor ou diretamente com a operadora.

Para que seja feita através do corretor somente após 30 dias do cancelamento, com análise de redução de carência.

Documentos para ex–beneficiários de planos individuais: apresentar os 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato anterior ou carta original ou cópia da operadora;

Documentos para ex-beneficiários de planos empresariais: apresentar carta original da operadora ou da empresa contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes do titular e dependentes se houver com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.

Carências Contratuais	
Urgência e emergência	24 hs após o recebimento da carteirinha
Consultas e exames simples	Após o pagamento do primeiro boleto bancário
Exames de média complexidade	90 dias após a assinatura da proposta
Exames de alta complexidade	180 dias após a assinatura da proposta
Internações e cirurgias eletivas	180 dias após a assinatura da proposta
Partos e suas decorrências	300 dias após a assinatura da proposta
Doenças preexistentes	720 dias após a assinatura da proposta
Redução de Carência Associados vindos de outros planos de Saúde	
Exames de média Complexidade	45 dias após a assinatura da proposta
Exames de Alta Complexidade	90 dias após a assinatura da proposta
Obs.: Nas internações e cirurgias eletivas, que não estiverem relacionadas às doenças preexistentes.	

