

**Corretora autorizada**

- Telefone: (11) 4215.8900
- Email: [contato@planosdesaudetodosaqui.com.br](mailto:contato@planosdesaudetodosaqui.com.br)
- Site: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>
- Esta tabela é de caráter referencial, todos os dados estão sujeitos à alteração sem aviso prévio por parte da operadora.
- Rede completa e mais informações em <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br/ana-costa>

## TABELA DE VALORES

**Tabela de Valores SEM Coparticipação**

Válido a partir de 01/04/2018

Idade	Ana Costa [E]	Ana Costa [A]
00 a 18	131,00	209,59
19 a 23	157,19	251,51
24 a 28	168,19	269,12
29 a 33	185,01	296,02
34 a 38	212,77	340,43
39 a 43	255,32	408,52
44 a 48	327,47	523,97
49 a 53	442,09	707,36
54 a 58	618,93	990,30
59 ou +	785,79	1257,28

## REDE CREDENCIADA

**Ana Costa [E], Ana Costa [A]****Litoral****Hospitais**

- H Ana Costa - Unid Cubatao (PS A24h,PSI24H)
- H Ana Costa - Unid Dr Aloísio Fernandes (H,PS Ort,PS A24h,PSI24H,PSG)
- H Ana Costa - Unid Guarujá (PS A24h,PSI24H)
- H Ana Costa M Rondon - Sao Vicente - SP (PS A24h,PSI24H)
- H Ana Costa Pres Kennedy - Praia Grande - SP (PS A24h,PSI24H)

**Legenda de Atendimentos**

**H:** Internação Hospitalar | **PS Ort:** Pronto Socorro Ortopedia | **PS A24h:** Pronto Socorro - Adulto 24 Hs | **PSI24H:** Pronto Socorro Infantil 24H | **PSG:** Pronto Socorro Ginecológico |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**Taxa de Cadastro**

R\$ 20,00 por contrato

**Composição****Familiar:** titular + cônjuge com ou sem filhos com idade limitada a 23 anos 11 meses e 29 dias.**Regras Gerais**

**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.

Todas as propostas devem constar cópia simples e legível do cartão do SUS para todos os beneficiários.

Responsável pelo contrato de beneficiários menores de 18 anos poderá ser pai, mãe, tutor, avós paternos e maternos.

Beneficiários ex-clientes (Ana Costa) que saíram por inadimplência, poderão retornar para o produto sem exigirmos o pagamento dos atrasados, desde que a data do cancelamento do contrato anterior seja maior ou igual há 06 meses.

#### Avaliação Médica

Para beneficiários a partir de 59 anos deverão realizar a avaliação médica antes do preenchimento da proposta.

Beneficiários **menores de 01 ano 11 meses e 29 dias** deverão realizar a avaliação médica antes do preenchimento da proposta.

O beneficiário deverá levar no dia da avaliação médica a cópia da alta médica, teste do pezinho, carteira de vacinação e certidão de nascimento.

É obrigatório o envio da declaração de saúde entregue no dia da avaliação médica, juntamente com a proposta.

A avaliação médica é válida por 30 dias.

A declaração de saúde da proposta deve ser preenchida e assinada.

#### Documentos Necessários

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

**Titular menor:** cópia do RG, Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010), CPF e CNS - Cartão Nacional de Saúde.

**Cônjuge/companheira:** cópia do RG, CPF, CNS - Cartão Nacional de Saúde e certidão de casamento ou declaração de união estável com assinatura de ambos.

**Filhos ou enteados solteiros:** cópia do RG, CPF e CNS - Cartão Nacional de Saúde, Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010).

Para filhos a partir de 21 anos 11 meses e 29 dias acrescentar comprovante de faculdade.

**Responsável legal:** cópia do RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

**Estrangeiros:** cópia do RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

#### Vigência / Vencimento

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

O vencimento das próximas mensalidades será após 30 dias contados da data de assinatura do contrato.

#### Área de Comercialização

Este produto pode ser comercializado com CNPJ de qualquer município, desde que 100% da massa resida nos municípios: Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos, São Vicente.

#### 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

Idade limite para redução 58 anos 11 meses e 29 dias

Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;

Para ter redução de carência – não pode ultrapassar 50 dias do ultimo vencimento pago ou da exclusão da empresa.

Permite junção de planos anteriores com comprovação de documentos desde que não tenha intervalo entre os planos.

Reduz carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS, exceto os planos Medicol, Lan, **Unimed Paulistana**, planos hospitalares, Nipomed e outros cartões de descontos.

Não faz redução de carência apenas para o recém-nascido dentro dos 30 dias do nascimento, é necessário que a mãe venha junto.

Caso não sejam anexadas e os PRCs estejam marcados, a proposta será devolvida por pendência de documentação, e não haverá troca de PRC, ou seja, alteração do Aditivo de Redução de Carências após implantação da proposta em sistema.

**Ex-beneficiário da Ana Costa Saúde PME ou Empresarial:** poderá ser feito através do corretor somente após 180 dias do cancelamento que se dará aos 90 dias de inadimplência.

**Ex-beneficiário da Ana Costa Saúde Individual ou Familiar:** poderá ser feito através do corretor somente após 180 dias do cancelamento que se dará aos 90 dias de inadimplência.

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

**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.