

Corretora autorizada

- Telefone: (11) 4215.8900

- Email: 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/plano/next.index.htm>**TABELA DE VALORES****Tabela de Valores SEM Coparticipação - Familiar**

Válido a partir de 27/10/2017

Idade	Next Access Gru [E]
00 a 18	157,77
19 a 23	197,21
24 a 28	246,51
29 a 33	271,16
34 a 38	284,72
39 a 43	313,19
44 a 48	391,49
49 a 53	430,64
54 a 58	538,30
59 ou +	942,03

Tabela de Valores COM Coparticipação - Familiar

Válido a partir de 27/10/2017

Idade	Next Access Gru [E]
00 a 18	126,21
19 a 23	157,77
24 a 28	197,21
29 a 33	216,93
34 a 38	227,78
39 a 43	250,55
44 a 48	313,19
49 a 53	344,51
54 a 58	430,64
59 ou +	753,62

REDE CREDENCIADA**Next Access Gru****Zona Norte****Hospitais**

H Vera Cruz

Grande SP - Norte**Rede própria**H Next Guarulhos Unid II Urg - SP
Next Clin Esp - Guarulhos - SP
Next Clin Med Ort Next - Guarulhos - SP
Next Clin Ped e Mulher - Guarulhos - SP
Next Clin Prom à Saúde - Guarulhos - SP
PA Guarulhos I / Next - Guarulhos - SP**Laboratórios**Lab Imedi, Lab Deliberato, Lab SMD, Lab Sanitas, Lab
UNEF**INFORMAÇÕES IMPORTANTES****Taxa de Cadastro**

Não tem taxa de cadastro

Composição

Familiar: titular + cônjuge e/ou filhos até 23 anos 11 meses e 29 dias residentes no município de São Paulo

Regras Gerais

Comercialização exclusivamente através do site de vendas

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

Os associados poderão ser convocados para uma avaliação médica, mesmo depois da emissão da proposta, a avaliação será marcado diretamente com o cliente;

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

Avaliação Médica

Critérios será aleatória por determinação da operadora

Agendamento: por telefone informado após a finalização do processo de compra online, ao ligar, informar nº proposta.

Processo: encaminhando do laudo médico + retificação da Declaração de Saúde via RCA pela unidade de atendimento. Recepção dos documentos, análise e liberação da proposta pela Dioben.

Regras de Coparticipação

Grupo de Benefícios	Valor Coparticipação	Limite por mês
Consultas eletivas e clínicas	30%	-
Consulta hospitalar - PS	30%	-
Exames básicos	30%	-
Exames Especiais	30%	-
Procedimentos básicos	30%	-
Procedimentos especiais	30%	-
Psicoterapia	30%	-
Fonoaudiologia	30%	-
Fisioterapia	30%	-
Nutrição	30%	-
Quimioterapia	30%	R\$ 30,00
Dialise e hemodiálise	30%	R\$ 30,00
Radioterapia	30%	R\$ 30,00
Internação	R\$ 160,00	-

Para a determinação do valor de coparticipação, quando esta for cobrada em percentuais, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo: percentual indicado na tabela de coparticipação x valor unitário do procedimento custeado pela AMIL, que pode variar em função do prestador escolhido pelo BENEFICIÁRIO. O valor da coparticipação a ser pago pelo BENEFICIÁRIO está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por ITEM ou EVENTO, ou ainda sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

Documentos Necessários

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

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

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

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

Estrangeiros: cópia do RNE, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço (área de atuação) em nome do titular não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão.

Vigência / Vencimento

A vigência da proposta será sempre na data de pagamento do primeiro boleto.

O vencimento das próximas mensalidades será após 30 dias.

Área de Comercialização / Utilização

Este produto pode ser comercializado no município de Guarulhos.

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, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.

Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Critérios de Redução de Carência

Não haverá redução de carências, todos os beneficiários serão cadastrados nas carências contratuais, conforme quadro abaixo:

Item	Procedimentos	Carência
A	Após o início da vigência do contrato, nos termos da lei de regulação vigentes, nos casos de urgência e emergência. Regime em ambulatório.	24 horas 12 horas
B	Consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;	30 dias
C	Procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações;	180 dias
D	Internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos, excluindo as internações decorrentes e transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas	180 dias
E	Parto a termo	300 dias