

TABELA DE VALORES

Tabela de Valores Familiar I - Com Desconto de 10%

Válido de 10/03/2018 até 10/04/2018

Idade	Prata II [E]	Prata I [A]
00 a 18	115,18	184,29
19 a 23	123,83	198,13
24 a 28	142,41	227,86
29 a 33	152,68	244,33
34 a 38	162,16	259,46
39 a 43	171,07	273,72
44 a 48	276,41	442,26
49 a 53	366,26	586,03
54 a 58	425,13	680,22
59 ou +	660,08	1056,12

Tabela de Valores Familiar II - Com Desconto de 15%

Válido de 10/03/2018 até 10/04/2018

Idade	Prata II [E]	Prata I [A]
00 a 18	108,78	174,05
19 a 23	116,95	187,13
24 a 28	134,50	215,19
29 a 33	144,20	230,72
34 a 38	153,15	245,05
39 a 43	161,57	258,51
44 a 48	261,05	417,69
49 a 53	345,92	553,47
54 a 58	401,51	642,43
59 ou +	623,41	997,45

Tabela de Valores - Grupal

Válido de 10/03/2018 até 10/04/2018

Idade	Prata II [E]	Prata I [A]
00 a 18	127,98	204,77
19 a 23	137,59	220,15
24 a 28	158,23	253,17
29 a 33	169,65	271,44
34 a 38	180,18	288,29
39 a 43	190,08	304,13
44 a 48	307,12	491,04
49 a 53	406,96	651,14
54 a 58	472,37	755,80
59 ou +	733,42	1173,47

REDE CREDENCIADA

Prata II, Prata I

ABCD

Centros médicos

CM Espaço Saude - SBC - SP	(PAP,PA Ob)
CM Especialidades - Diadema - SP	(PA24hs,CE)
CM Especialidades - Maua - SP	(PA,CE)
CM Especialidades - Ribeirao Pires - SP	(PA,CE)
CM Especialidades - SBC - SP	(PA24hs,CE)
CM Especialidades - SCS - SP	(PA,CE)
CM Especialidades - Sto Andre - SP	(PA,CE)
CM Hospitalar - SBC - SP	(PA A,CE)
CM Ortopedia e Especial - Sto Andre - SP	(PA,CE)

Laboratórios

Lab TecnoLab

Rede própria

CM Hospitalar - Maua - SP	(PA,CE)
---------------------------	---------

Hospitais

H Sta Helena - SBC - SP	(M,Int Obst,PS Ob Ped)
H Sta Helena - Sto Andre - SP	(H,PS)

Legenda de atendimentos

H: Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PAP:** Pronto Atendimento Pediatria | **EL:** Exames Laboratoriais | **PA24hs:** Pronto Atendimento 24 horas | **PA:** Pronto Atendimento | **Int Obst:** Internação Obstétrica | **PS Ob Ped:** Pronto Socorro Obstétrico e Pediátrico | **PA A:** Pronto Atendimento Adulto | **CE:** Consultas Eletivas | **PA Ob:** Pronto Atendimento Obstétrico |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

R\$ 20,00 por contrato

Composição

A partir de 02 vidas com grau de parentesco: cônjuge, filhos solteiros, irmãos, pai, mãe

Familiar I: Titular + filhos (solteiros sem limite de idade) ou titular + irmãos ou titular + demais vidas (pai ou mãe).

Familiar II: Titular + cônjuge ou titular + cônjuge + filhos (solteiro sem limite de idade) ou titular + pai + mãe

Grupal: Titular + demais vidas (sem comprovação de vínculo)

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.

A assinatura da proposta deve ser igual ao documento enviado.

Os associados poderão ser convocados para uma avaliação médica, mesmo depois da emissão da proposta, a avaliação será marcada pela Santa Helena Saúde diretamente com o cliente;

Responsável pelo contrato de beneficiários menores de 18 anos poderá ser qualquer pessoa independente do grau de parentesco.

Nos casos em que na proposta Pessoa Física seja utilizado o Termo de Responsabilidade para (não alfabetizado, estatuto do idoso, impossibilitado por motivo de saúde), é obrigatório constar a digital do titular do plano na Proposta, Aditivos Contratuais, Declaração de Saúde e na Carta de Orientação e Termo.

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, caso não tenha comprovante de residência em eu nome, enviar uma declaração de residência conforme modelo anexo - Clique aqui

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).

Responsável legal: Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço em nome do responsável não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão, caso não tenha comprovante de residência em eu nome, enviar uma declaração de residência conforme modelo anexo - clique aqui - Clique aqui

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

Vigência / Vencimento

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

Data da assinatura	Data de vencimento do boleto
De 01 a 05	Dia 05 do mês
De 06 a 10	Dia 10 do mês
De 11 a 15	Dia 15 do mês
De 16 a 20	Dia 20 do mês
De 21 a 25	Dia 25 do mês
De 26 a 30/31	Dia 30 do mês

Este produto pode ser comercializado nos municípios de: Diadema, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e **São Paulo Capital (com ciência do beneficiário que não tem rede de atendimento)**

Diferenciais de Coberturas

Remissão familiar de 12 meses.

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 caso de desistência, é necessário enviar carta original de próprio punho, assinada pelo titular do plano, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.

A solicitação deverá ser protocolada pessoalmente no escritório da operadora localizada na Rua Caspio, 71 - São Bernardo do Campo.

Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

Idade limite para análise de redução 58 anos 11 meses e 29 dias;

Carência I : Beneficiários que não possuam plano anterior;

Carência III: Ex-beneficiários comprovadamente inscritos há mais de 06 meses no plano anterior.

Para análise de redução deve ter mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;

Para análise de redução de carência não pode ultrapassar 60 dias do último vencimento pago ou do cancelamento no plano anterior.

Permite junção de planos anteriores com comprovação de documentos e o intervalo entre os planos não seja superior a 30 dias.

Analisa redução de carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS, exceto para planos hospitalares, Omega Saúde, Unimed Paulistana, Nipomed e outros cartões de descontos.

Não faz redução de carência apenas para o recém-nascido é necessário incluí-lo no plano da mãe.

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.

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.

Ex - beneficiário do Santa Helena Saúde PF, PME ou Empresarial: a venda só poderá ser feita através do corretor após 31 dias do cancelamento do sistema da operadora com carências contratuais.

Procedimentos / Eventos médicos e/ou Hospitalares	Carência I Novo beneficiário	Carência III Plano anterior
Atendimento de Urgência e Emergência.	24 horas	24 horas
Consultas em consultórios ou ambulatorios.	15 dias	24 horas
Exames de análises clínicas e radiológicas simples	15 dias	24 horas
Demais exames de diagnósticos	180 dias	24 horas
Internação clínica, cirúrgica e UTI (exceto casos de psiquiatria e transplante, cuja carência será de 180 dias)	180 dias	24 horas
Parto a Termo e suas consequências	300 dias	300 dias
Lesões e patologias preexistentes.	720 dias	720 dias