



- **Corretora autorizada** | Planos de Saúde Todos Aqui
- **Telefone** | 11 2323.7437 (seg a sex das 9 as 17 hs)
- **Whatsapp** | 11 98547.5090
- **Email** | contato@planosdesaude.todosaqui.com.br
- **Orçamento** | <https://www.planosdesaude.todosaqui.com.br/simulador>
- **Internação** | [E] enfermaria e [A] apartamento
- **Coparticipação** | plano com coparticipação tem valor menor mas é acrescentado na mensalidade uma taxa por cada procedimento usado
- **Valores** | os preços são tabelados pela operadora e não pode haver diferença entre as corretoras de planos de saúde
- **Alterações** | pode haver mudança na tabela por parte da operadora sem aviso prévio, consulte conosco antes da compra
- **Tabela** | plano individual
- **Rede credenciada** | <http://www.biovidasaude.com.br/RedeCredenciada.html>

TABELA DE VALORES

Tabela de Valores SEM Coparticipação

Válido a partir de 20/04/2018

Idade	BV - SP/ABC [E]	BV - SP/ABC [A]
00 a 18	132,74	199,09
19 a 23	162,88	244,30
24 a 28	211,74	317,59
29 a 33	221,23	331,81
34 a 38	228,62	342,90
39 a 43	251,48	377,19
44 a 48	325,67	488,46
49 a 53	421,74	632,56
54 a 58	546,15	819,16
59 ou +	794,65	1191,89

REDE CREDENCIADA

	BV - SP/ABC [E]	BV - SP/ABC [A]
Centro - SP		
CM VipClin Biovida - Unid Paulista	PA	PA
Zona Leste - SP		
CM VipClin Biovida - Unid Itaquera	PA	PA
CM VipClin Biovida - Unid Vila Matilde	PA	PA
H e Mat Master Clin	H,M,PS	H,M,PS
H e Mat Oito de Maio	H,PS	H,PS
H e Mat Sta Clara da Vila Matilde	H,PS	H,PS
H e Mat Sto Expedito	H,PS	H,PS
H Geral Clinicordis	H,PS	H,PS
Madrecare Retaguarda Hospitalar	HR	HR
Zona Oeste - SP		
CM VipClin - Unid Pinheiros	PA	PA
H e Mat Jardins	H,PS	H,PS
Zona Sul - SP		
CM VipClin Biovida - Unid Sto Amaro	PA	PA
H Serra Mayor	PS	PS
H Sta Rita	PSA	PSA
Sta Casa de Misericórdia de Sto Amaro	H,PS	H,PS
ABCD - SP		
H das Acácias - Santo André	AUE	AUE
H São José do ABC - Santo André	H	H
H Sta Ana - Biovida - SCS - São Caetano do Sul	H,PS,AUE	H,PS,AUE
Irmandade Sta Casa de Misericórdia de Mauá - Mauá	AUE	AUE
Sta Casa de SBC - São Bernardo do Campo	PA	PA

	BV - SP/ABC [E]	BV - SP/ABC [A]
Grande SP - Leste - SP		
CM São Lucas / H São Lucas - Itaquaquecetuba	PS	PS
H Pro Mater Sto Antônio - Ferraz de Vasconcelos	H,PS	H,PS
Grande SP - Norte - SP		
H de Saúde Guarulhos - Guarulhos	PS	PS
H Stella Maris - Guarulhos	PSA	PSA
Grande SP - Sul - SP		
H Sta Mônica - Itapeverica da Serra	H	H
Laboratórios		
Ghelfond	EL	EL
Lab Analsys	EL	EL
Lab Assad Laborhclin	EL	EL
Lab Autologus	EL	EL
Lab Cadi	EL	EL
Lab Carezzato	EL	EL
Lab Gimi	EL	EL
Lab Mello	EL	EL
Lab Pathos	EL	EL
Lab Presecor	EL	EL

Legenda de Atendimentos

H: Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PSA:** Pronto Socorro - Adulto | **EL:** Exames Laboratoriais | **PA:** Pronto Atendimento | **AUE:** Atendimento de Urgência/Emergência | **HR:** Hospital Retaguarda |

✓: Possui atendimento, porém a operadora/seguradora não divulga quais tipos de atendimento são oferecidos

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

- Não tem taxa de cadastro

Composição

- **Individual:** Todos os beneficiários sem limite de idade.

Tipo de Contratação

- Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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.
- Caso a assinatura esteja divergente do documento enviado, não poderá assinar corretamente ao lado da assinatura anterior, a proposta deverá ser refeita.
- Seguindo determinação da **ANS (Agência Nacional de Saúde)**, não serão aceitos contratos, com beneficiários titulares e dependentes sem CPF, mesmo que menores de idade e com responsável.
- Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, é obrigatório que o responsável seja pai, mãe ou tutor.
- É obrigatório o envio do comprovante de endereço de correspondência, caso seja diferente do endereço de residência
- Preencher somente o campo de redução de carência se o cliente tiver direito a redução, caso contrário será necessário uma carta do beneficiário, informando estar ciente de que cumprirá as carências contratuais.
- A assinatura do Promotor/Corretor também é obrigatória, e deve ser assinada pela mesma pessoa que assina a carta de orientação.
- Para ex-beneficiários Biovida, a comercialização poderá ser feita através do corretor a partir de 01 dia de cancelamento no sistema da operadora.
- A Biovida não aceita beneficiário advindo dos planos Vasco da Gama via corretor. Nestes casos as vendas serão através da Central de Atendimento.

Avaliação Médica

- Beneficiários a partir de 59 anos poderá realizar avaliação médica que será agendada pela Biovida.

Vigência / Vencimento

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

Data de assinatura	Data de Vencimento do boleto
De 01 a 05	05 do mês seguinte
De 06 a 10	10 do mês seguinte
De 11 a 15	15 do mês seguinte
De 16 a 20	20 do mês seguinte
De 21 a 25	25 do mês seguinte
De 26 a 31	30 do mês seguinte

Área de Comercialização / Utilização

- Só pode ser comercializado e utilizado para residentes em: São Paulo/Capital, Arujá, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Suzano e Taboão da Serra.

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 poderá ser protocolada pessoalmente no escritório da operadora localizada na R. Barão de Itapetininga, 151, 2º andar, Conj. 22, República, São Paulo - SP - CEP: 01042-909 ou através do e-mail cadastro@biovidasaude.com.br.
- Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

- A Biovida se reserva no direito de analisar a documentação e, caso não sejam cumpridas as condições, os prazos de carências não serão reduzidos, permanecendo os prazos contratuais na íntegra.
- Aditivo de redução de Carência - Sem limite de idade para redução.
- Mínimo de 03 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 em relação à data de assinatura da proposta.
- 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: planos não regulamentados, planos hospitalares, Auto Gestão, Unihosp, Nipomed e outros cartões de descontos.
- **Promocional** - Para beneficiários sem plano anterior;
- **Plus** - Para beneficiários ativos no plano anterior a partir 3 meses
- As coberturas dos grupos citados no item do Grupo 4 e 5 terão atendimento somente na Rede Referenciada.
- **Documentos para ex – beneficiários de planos individuais:** apresentar cópia dos 03 últimos boletos e seus comprovantes de quitação e cópia e carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato ou carta de permanência da operadora.
- **Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais:** apresentar carta de permanência da operadora 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 das Biovida Pessoa Física ou PME:** a venda pode ser feita através do corretor após 01 dia do cancelamento com as carências contratuais.

Item	Grupo de Coberturas	Prazo ANS (Lei 9656/1998)	Promocional	Plus (3 meses ou mais no plano anterior)
01	Urgência e Emergências	24 horas	24 horas	24 horas
02	Consultas e exames básicos: Consultas eletivas em consultório. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio X sem contraste e eletrocardiograma.	180 dias	30 dias	24 horas
03	Exames especializados: Citologia oncótica (Papanicolau), Colposcopia e Vulvoscopia, Peniscopia, Mamografia, Ultrassonografias, Ultrassonografias Morfológico, Teste ergométrico, Holter, Ecocardiograma convencional, Densitometria Óssea, Eletroencefalograma, provas alérgicas, Endoscopia digestiva, Broncoscopia, Colonoscopia, Anuscopia, Retossigmoidoscopia, Prova de Função Pulmonar, Eletroneuromiografia, Raio X Contrastado ou panorâmico, Bera, Otoneurológico completo.	180 dias	60 dias	24 horas
04	Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, Fisioterapia, RPG, Acupuntura, Fonoaudiologia, Psicologia e/ou Psicoterapia e Nutricionista	180 dias	90 dias	15 dias
05	Exames Complexos: Exames de análises Clínicas complexos, Ultrassonografia com Doppler, Líquor, Litotripsia extracorpórea, Polissonografia, Mapeamento Cerebral, Histerosalpingografia, PAAF.	180 dias	150 dias	60 dias
06	Internações e procedimentos de Alta Complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de Alta Complexidade conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN Nº387/15 e suas atualizações, como Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angio-RM, Angiotomografia, OCT, Cintilografia, Angioplastia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, entre outros.	180 dias	180 dias	90 dias
07	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
08	Doenças e lesões preexistentes	720 dias	720 dias	720 dias