



Telefone | 4215.8900
Email | contato@planosdesaudetodosaqui.com.br
Site | www.planosdesaudetodosaqui.com.br

TABELA DE VALORES

Tabela de Valores Individuais - Novos Planos

[E] Enfermaria | [A] Apartamento

Válido a partir de 01/04/2017

Idade	BV Senior [E]	BV Senior [A]
54 a 58	383,75	575,15
59 ou +	558,35	836,84

REDE CREDENCIADA

BV Senior [E], BV Senior [A]

Centro	Zona Leste	Zona Oeste
Rede própria Vip Clin Paulista	Hospitais H Sta Clara V Matilde H Sto Expedito Madrecare Retaguarda Hospitalar - Itaquera - SP Rede própria Vip Clin Vila Matilde Vip Itaquera	Hospitais H Jardins Rede própria Vip Clin Pinheiros Zona Sul Rede própria Vip Sto Amaro

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Tipo de Contratação

Comercialização para pessoas com 54 anos ou mais.

Vigência / Vencimento

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

Data de assinatura	Vencimento
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

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

Diferenciais de Coberturas

Alô Sênior:

- Promoção e Prevenção da Saúde;
- Equipe multidisciplinar: geriatra, médico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, gerontóloga e enfermeira;
- Palestras sobre qualidade de vida.
- Central de atendimento própria para o idoso.

Cancelamento do Contrato

Caso a(o) Contratante solicite o cancelamento do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à Contratada no valor correspondente a 10% (dez por cento) das contraprestações à vencer até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Critérios de Redução de Carência

Aditivo de redução de Carência Individual.

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.

Reduz carências de todas as operadoras que tenham registro na ANS e de planos não regulamentados, ou seja, planos adquiridos antes de 01/01/1999.

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

A Biovida levará 20 dias, contados da assinatura do contrato para análise da documentação, quando será formalizada a aceitação ou recusa da redução de carência proposta pelo segurado; o beneficiário só poderá utilizar URGÊNCIA/EMERGÊNCIA neste período na rede própria da operadora.

Ex – beneficiário de Biovida PF e PME: a venda pode ser feita através do corretor 01 dia após o cancelamento.

Documentos para ex – beneficiários de planos individuais: apresentar os 03 últimos boletos quitados originais ou cópia autenticada e carteirinha original ou cópia autenticada com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar contrato original ou cópia autenticada ou carta original da operadora, caso seja encaminhada por e-mail é necessário o envio do corpo do e-mail.

Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais: apresentar carta original da operadora ou 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 carteirinha original ou cópia autenticada. Caso a carta da operadora seja encaminhada por e-mail é necessário o envio do corpo do e-mail.

Toda documentação enviada será auditada pela Biovida através de contato direto com a operadora anterior.

Código	Grupo de Coberturas	Origem planos regulamentados		
		Novo Beneficiário	12 meses de plano anterior	24 meses no plano anterior
01	Cobertura dos casos de urgência e emergência	24 horas	Zero	Zero
02	Consultas e exames básicos: consultas médicas eletivas em consultórios, clínicas ou centro médicos. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio-x sem contraste e eletrocardiograma.	30 dias	Zero	Zero
03	Citologia oncológica (Papanicolau), colposcopia e vulvoscopia, peniscopia, mamografia, ultrassonografias, ultrassonografia morfológica, teste ergométrico, holter, ecocardiograma convencional, densitometria óssea, eletroencefalograma, provas alérgicas, endoscopia digestiva, broncoscopia, colonoscopia, anuscopia, retossigmoidoscopia, prova de função pulmonar, eletroneuromiografia, Raio-x com contraste ou panorâmico, Bera e otoneurologico completo.	60 dias	15 dias	Zero
04	Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, fisioterapia, RPG, acupuntura, fonoaudiologia, psicologia e/ou psicoterapia e nutricionista.	90 dias	15 dias	Zero
05	Exames complexos: Exames de análises clínicas complexos, ultrassonografia com doppler, liquor e litotripsia, extracorpórea, polissonografia, mapeamento cerebral, histerosalpingografia, PAAF.	150 dias	60 dias	Zero
06	Internações e procedimentos de alta complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimento de alta complexidade conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN Nº387/15.	180 dias	90 dias	Zero
07	Doenças e lesões preexistentes	720 dias	720 dias	720 dias

Aviso Importante: todos os dados inclusive rede de hospitais estão sujeitos à alteração por parte da Operadora, sem aviso prévio.