

Classes Laboriosas | individual

corretora: <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br>

email: contato@planosdesaudetodosaqui.com.br

telefone: 11 4215.8900

tabela sujeita a alterações da operadora sem aviso prévio, confirme preços, rede e carencias no ato do fechamento do contrato.

TABELA DE VALORES

Tabela PROMOCIONAL SEM Coparticipação

Válido a partir de 10/03/2018

Idade	Total [E]
00 a 18	139,02
19 a 23	166,82
24 a 28	191,84
29 a 33	211,02
34 a 38	232,13
39 a 43	266,95
44 a 48	347,03
49 a 53	433,79
54 a 58	585,62
59 ou +	831,58

REDE CREDENCIADA

Total		
SP - Zona Leste	SP - Zona Norte	SP - Zona Oeste
Hospitais	Hospitais	Hospitais
H 8 de Maio	(H,M,PS) H Presidente	(H,PSA) H Jardins (H,PSA)
H Personal	(H) H San Paolo	(M,PSI)
H Sta Clara V Matilde	(PSA)	Laboratórios
H Sto Expedito	(H,PS)	Lab Cimerman, Lab Mello

Legenda de Atendimentos

H: Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PSA:** Pronto Socorro - Adulto | **EL:** Exames Laboratoriais | **PSI:** Pronto Socorro Infantil |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Taxa de Cadastro

R\$ 20,00 por contrato.

Taxa Associativa

R\$ 3,00 por beneficiário será cobrado a partir do 1º boleto.

Regras Gerais

É obrigatório o preenchimento de e-mail e telefone do beneficiário na proposta.

A assinatura da proposta deve ser igual ao documento enviado (RG ou CNH), é obrigatório informar telefone e e-mail do titular.

Não serão mais aceitas propostas com beneficiários menores de 5 anos, exceto acompanhado de um titular maior de 18 anos.

Para beneficiários titulares com idade inferior a 18 anos, o responsável deverá ser pai, mãe ou tutor

Para contratação do plano o beneficiário deverá se associar à Classes Laboriosas pagando uma taxa associativa mensal de R\$ 3,00. Esta taxa será cobrada somente a partir do 1º boleto.

Quando o endereço de cobrança for diferente do endereço de residência será necessário também o envio do comprovante de endereço da cobrança.

Comunicado Importante

Está permitida a comercialização para titulares menores de 18 anos, mas somente para contratação individual.

A partir de 01/06/18 não serão mais aceitas propostas com beneficiários menores de 5 anos, exceto acompanhado de um titular maior de 18 anos.

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, CPF e CNS-Cartão Nacional de Saúde e certidão de nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010).

Para beneficiários até 12 anos 11 meses e 29 dias além dos documentos acima enviar cópia da caderneta de vacinação.

Se menor de 02 anos enviar cópia da ficha do berçário (contendo relatório de alta médica da criança, fornecida pelo hospital onde ela nasceu) onde constam as informações importantes para a correta avaliação da criança (contendo peso, altura, Apgar, circunferência, data da alta com carimbo legível do CRM, resultado dos testes do pezinho e da orelhinha).

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 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

Vigência 24 horas da data assinatura.

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

Área de Comercialização / Utilização

O produto Total tem abrangência utilização e comercialização somente para São Paulo/Capital.

O produto Comfort tem abrangência utilização e comercialização passam a ser também nos seguintes municípios do estado de São Paulo: São Paulo, Mauá, Osasco, Santos, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul.

Diferenciais de Coberturas

Sem custo adicional - carência de 30 dias

OMT - Orientação médica por telefone 24hs.

EMT - Emergência médica domiciliar com remoção a critério médico

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 através do e-mail: cadastro@classeslaboriosas.org.br

Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Crítérios de Redução de Carência

Idade limite para redução 74 anos.

A redução de carências de plano anterior será analisada pela operadora mediante o envio da documentação e cumprimento das regras abaixo:

Aditivo de redução de Carência - enviar as duas vias junto à proposta (via branca e amarela), caso não tenha documentos para análise de redução.

Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;

Para análise de redução de carência – não pode ultrapassar 60 dias do ultimo vencimento pago ou da exclusão da empresa.

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

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 ou carta original da operadora;

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 das Classes Laboriosas Individuais ou Familiares: após 90 dias do cancelamento pode ser feito através do corretor com as carências contratuais; Somente será informado os prazos de redução após análise da documentação por parte da operadora

	Procedimentos / Eventos médicos ou hospitalares	Carências Normais
0	Atendimentos em prontos-socorros gerais ou especializados, nos casos de emergência (independentemente da causa) ou de urgência (quando resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional), que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados nos termos do artigo 35-C, incisos I e II, da Lei 9.656/98.	24 horas
1	Além dos atendimentos descritos acima, o beneficiário adquire o direito a: a) atendimento em prontos-socorros gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiografia.	30 dias
2	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) endoscopia digestiva alta; c) teste ergométrico; d) ultrassonografia, eletroencefalografia, exames oftalmológicos; e) fisioterapia.	90 dias
3	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) demais exames de anatomia patológica, citologia oncótica (papanicolau), colposcopia; d) colonoscopia, broncoscopia; e) prova de função pulmonar, mapeamento de retina; f) exames de Doppler; g) Holter; h) eletroneuromiografia; i) densitometria óssea; j) exames radiológicos contrastados.	120 dias
4	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: a) internações; clínicas e	180 dias

	cirúrgicas com exceção do previsto nos grupos de Carências 5 e 6; b) laparoscopia; c) tomografia computadorizada; e) com exceção daqueles previstos no grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnósticos e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.	
5	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o beneficiário adquire o direito a: a) consultas/sessões com psicólogos e/ou terapeuta ocupacional; b) consultas/sessões com fonoaudiólogo; c) consultas/sessões com terapeuta ocupacional; d) consultas/sessões com nutricionista; e) sessão de psicoterapia; f) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; g) procedimentos clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e sua consequências; h) internações hospitalares psiquiátricas; i) internações hospitalares de portadores de doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; j) hemodinâmica e angiografia digital, transfusões e hemoderivados; l) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vasculo-cerebral; m) angioplastia em geral; n) quimioterapia e radioterapia; o) procedimentos cobertos em <i>diretrizes de utilização</i> , conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); p) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.	180 dias
6	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a beneficiária titular ou dependente adquire o direito à cobertura de partos a termo.	300 dias
7	Moléstias preexistentes e suas consequências.	720 dias