

## Santa Helena | individual

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

email: [contato@planosdesaudetodosaqui.com.br](mailto: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 de Valores - Individuais

Válido a partir de 10/03/2018

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

#### SP - ABCD

##### Centros médicos

CM Espaco 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)

##### 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)

#### Laboratórios

Lab Tecnolab

### 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

### Regras Gerais

**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.

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.

**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

#### Área de Comercialização / Utilização

**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)**

#### 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

A partir de 13/05/16 - Idade mínima de 13 anos e limite de 58 anos 11 meses e 29 dias para redução.

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.

**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.

**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.

**Carência I :** Beneficiários que não possuam plano anterior;

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

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 ambulatórios.	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