



VERA CRUZ
PLANO DE SAÚDE



affix



Vera Cruz
ANS - nº 42.142-7

Affix
ANS - nº 41.742-4

MANUAL DO CORRETOR

VERA CRUZ

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO VERA CRUZ

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetria, com coparticipação.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

 **TABELA**

| PRODUTO | VERA PRATA ADESÃO COPART | VERA PRATA MAIS ADESÃO COPART | VERA CRUZ CONFORT COPART | VERA CRUZ CONFORT MAIS COPART |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial + Hospitalar + Obstetria | | | |
| COPARTICIPAÇÃO | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | 498.081.24-6 | 498.080.24-8 | 485.877.20-8 | 485.880.20-8 |
| 0 a 18 anos | R\$ 227,61 | R\$ 300,51 | R\$ 357,43 | R\$ 466,42 |
| 19 a 23 anos | R\$ 268,58 | R\$ 354,61 | R\$ 421,73 | R\$ 550,36 |
| 24 a 28 anos | R\$ 300,81 | R\$ 397,15 | R\$ 485,02 | R\$ 632,90 |
| 29 a 33 anos | R\$ 324,87 | R\$ 428,92 | R\$ 523,82 | R\$ 683,55 |
| 34 a 38 anos | R\$ 350,87 | R\$ 463,24 | R\$ 555,24 | R\$ 724,55 |
| 39 a 43 anos | R\$ 403,50 | R\$ 532,72 | R\$ 638,56 | R\$ 833,26 |
| 44 a 48 anos | R\$ 544,72 | R\$ 719,18 | R\$ 874,81 | R\$ 1.141,58 |
| 49 a 53 anos | R\$ 702,70 | R\$ 927,74 | R\$ 1.180,99 | R\$ 1.541,13 |
| 54 a 58 anos | R\$ 913,50 | R\$ 1.206,06 | R\$ 1.641,59 | R\$ 2.142,18 |
| 59 anos ou + | R\$ 1.297,18 | R\$ 1.712,60 | R\$ 2.134,08 | R\$ 2.784,82 |



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| ITEM | LIMITE POR ITEM |
|-----------------------------|-----------------|
| Consultas eletivas | R\$ 40,00 |
| Consultas hospitalares - PS | R\$ 70,00 |
| Exames simples | R\$ 50,00 |
| Exames especiais | R\$ 150,00 |
| Fonoaudiologia | R\$ 30,00 |
| Nutricionista | R\$ 30,00 |
| Psicologia | R\$ 30,00 |
| Fisioterapia | R\$ 40,00 |
| Terapia ocupacional | R\$ 30,00 |
| Terapias básicas | R\$ 75,00 |
| Terapias Complexas | R\$ 150,00 |

Será aplicada coparticipação de 30% sobre consultas ambulatoriais, consultas em pronto socorro, exames, procedimentos, tratamentos e terapias em geral. Produtos Vera Prata e Vera Prata Mais tem teto máximo de coparticipação mensal e beneficiário no valor de R\$ 250,00.



QUEM PODE ADERIR

FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes, partir de 7 anos, de ensino infantil, fundamental, médio, graduação e pós graduação do ensino superior do Brasil, devidamente comprovado.

- Declaração escolar contendo CNPJ e carimbo da instituição de ensino (válida por 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA

Funcionários do Comércio e Indústria.

- Cópia do contracheque atual ou Carteira profissional ou contrato de trabalho comprovando vínculo com empresas do comércio e indústria + Cópia da carteirinha ou Ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Servidores Públicos, Municipais e Estaduais.

- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

Profissionais liberais.

- Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa.
- Cópia RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 15 anos.
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias) em nome do titular/responsável.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Certidão de Casamento.

Companheiro(a)

- Cópia do RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Declaração de União Estável com firma reconhecida.

Filhos(as), naturais ou adotivos, e enteados, solteiros, até os 39 (trinta e nove) anos de idade.

- Cópia da Certidão de Nascimento ou de Guarda + RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Em caso de enteados(as) necessário apresentar comprovação de vínculo.

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da autenticada do atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **AGOSTO 2026**.
- A venda será administrativa para segurados acima de 59 anos.
- Cópias dos documentos anexados a proposta de adesão, deverão estar legíveis.
- A solicitação de transferência do plano poderá ser realizada em qualquer período, mediante prévia autorização da operadora. A alteração do plano somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará a transferência de todos os seus beneficiários.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.
- Todos os beneficiários deverão passar por Entrevista Médica Qualificada.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA E COMERCIALIZAÇÃO

Vera Cruz Confort: Campinas, Hortolândia, Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Sumaré e Valinhos, todos no estado de São Paulo.

Vera Prata: Campinas, Capivari, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Itu, Itupeva, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Salto, Sumaré, Valinhos, Várzea Paulista, Vinhedo.



VIGÊNCIA

| VIGÊNCIA | VENCIMENTO |
|----------|-------------|
| Dia 01 | Todo dia 01 |
| Dia 10 | Todo dia 10 |
| Dia 20 | Todo dia 20 |



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

| PROCEDIMENTOS | CC | RCA | RCB |
|--|----------|----------|----------|
| a) atendimentos de Urgência e Emergência. | 24 horas | 24 horas | 24 horas |
| b) Consultas médicas; sessões de fonoaudiologia; nutrição; avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria. | 30 dias | 30 dias | 30 dias |
| c) exames de análises clínicas e histocitopatológicos, exceto necropsias e os constantes da letra "f"; exames radiológicos simples sem contraste; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; provas funcionais respiratórias. | 30 dias | 30 dias | 30 dias |
| d) Sessões de fisioterapia; quimioterapia. | 90 dias | 90 dias | 90 dias |
| e) Densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; em regime ambulatorial; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste, exceção feita aos constantes da letra "g"; eletrocardiografia dinâmica (holter); teste ergométrico; ultrassonografia (exceto obstétrica e correlatas), à exceção dos constantes da letra "f". | 90 dias | 45 dias | 30 dias |
| f) Sessões de psicologia; terapia ocupacional. | 120 dias | 120 dias | 120 dias |
| g) Cirurgias de porte anestésico 0 (zero) a nível ambulatorial; para exames de análises clínicas pelo método pesquisa P.C.R. e histocitopatológicos por histoquímica; hibridização molecular; pesquisa de anticorpos anti-htl III (HIV)-western-blot; ecocardiografia-ecodoppler; eletroencefalograma prolongado; videolaringoestroboscopia computadorizada; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; eletroneuromiografia; dopplerfluxometria; ultrassonografia obstétrica; ultrassonografia morfológica e ultrassonografia com doppler; endoscopias diagnósticas e intervencionista, em regime ambulatorial; Imunobiológicos; genética. | 120 dias | 45 dias | 30 dias |
| h) Internações clínicas ou cirúrgicas eletivas; cirurgias por videolaparoscopia; diagnóstica e intervencionista; diálise peritoneal; diálise peritoneal-CAPD; hemodiálise; hemodiafiltração; litotripsia extracorpórea; medicina nuclear; mielografia; radioterapia; ressonância nuclear magnética; tomografia computadorizada; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos de hemodinâmica; radiologia intervencionista; neurovascular; necropsia; oxigenioterapia hiperbárica. | 180 dias | 60 dias | 45 dias |
| i) Transplantes de órgãos e tecidos, e todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME/DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis). | 180 dias | 180 dias | 180 dias |
| j) Partos a termo. | 300 dias | 300 dias | 300 dias |
| k) Cobertura Parcial Temporária para Doenças ou Lesões Preexistentes. - Colocado como Ocorrência - Aut 26. | 24 meses | 24 meses | 24 meses |

1 - CARÊNCIAS CONTRATUAIS (CC)

Carências Contratuais Totais para beneficiários que não se enquadrarem nas demais condições abaixo.

RCA

Válido para beneficiários de quaisquer categorias, com permanência de 3 (três) meses até 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras.

RCB

Válido para beneficiários de quaisquer categorias, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos das operadoras: Amil, Bradesco, CNU, Hapvida NDI, One Health, Porto Seguro, Samaritano, Santa Tereza, Sul América, Unimed e Unimed Seguros.

2 - DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:

Documentação necessária para o estudo de redução de carência que deverá estar anexada à Proposta de Contratação ou Ficha Cadastral do Beneficiário. Caso não sejam anexadas e as RCs estejam marcadas, as carências aplicadas serão as constantes nas Carências Contratuais Totais (CC).

- Beneficiários advindos de Plano Pessoa Física;
- Cópia do contrato celebrado com Seguradora/Operadora anterior ou;
- Carta de permanência da operadora anterior com data de inclusão do plano e acomodação ou;
- Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de pagamento com a Seguradora/Operadora anterior.
- Beneficiários advindos de Plano Empresarial / Adesão:
- Carta original da empresa em que trabalha ou administradora (no caso de Planos de Adesão), com o período de permanência, plano e acomodação anterior ou;
- Carta de Permanência da Operadora anterior, com data de inclusão e exclusão do plano e acomodação.

Observações:

1. Não haverá troca de RC, ou seja, alteração do aditivo de redução de carências após implantação da proposta em sistema.

3 - DAS REGRAS DE ACEITAÇÃO:

Proponente Titular a partir de 7 anos (matriculado).

Ao beneficiário titular maior de 18 (dezoito) anos, será permitido a inclusão de irmãos a partir de 7 (sete) anos até 18 (dezoito) anos de idade, ou se cursando nível superior (com comprovação através de documento legal da universidade) até completar 24 (vinte e quatro) anos;



RESUMO DA REDE MÉDICA CREDENCIADA*

| PRESTADORES | VERA PRATA | VERA CRUZ |
|--|------------|-----------|
| VERA CRUZ CENTRO CLÍNICO | | ✓ |
| VERA CRUZ CENTRO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA | ✓ | ✓ |
| VERA CRUZ HOSPITAL | | ✓ |
| VERA CRUZ CASA DE SAÚDE | ✓ | ✓ |
| VERA CRUZ NEUROLOGIA E COLUNA | | ✓ |
| VERA CRUZ OFTALMOLOGIA | ✓ | ✓ |
| VERA CRUZ ONCOLOGIA | ✓ | ✓ |
| VERA CRUZ CENTRO MÉDICO SÃO CAMILO | ✓ | ✓ |
| VERA CRUZ MEDICINA LABORATORIAL | | ✓ |
| AMBULATÓRIO CASA DE SAÚDE | ✓ | ✓ |

* Rede credenciada sujeita a alterações pela operadora, sem aviso prévio. Consulte as atualizações da rede no site:
www.planosdesaude.hospitalcare.com.br

Serviços complementares do Hospital Casa de Saúde serão direcionados para o Vera Cruz Hospital.