MANUAL DE VENDAS
SANTA RITA SAÚDE

ANS - nº 34.818-0

ANS - nº 41.742-4

SANTA RITA® SAÚDE

affix

PLANO DE SAÚDE SANTA RITA SAÚDE

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO.

Administradora de Benefícios/Contratante: Affix Administradora de Benefícios.

- Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia com coparticipação.
- Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO

PLANO		SAÚDE PREMIUM IV	VIP I AHOE/OCE
Acomodação		Enfermaria	Enfermaria
Código ANS		482.165.19-3	452.740.04-2
FAIXA ETÁRIA	0 a 18 anos	R$ 95,07	R$ 114,99
	19 a 23 anos	R$ 112,85	R$ 145,68
	24 a 28 anos	R$ 138,81	R$ 157,86
	29 a 33 anos	R$ 154,76	R$ 169,55
	34 a 38 anos	R$ 170,24	R$ 175,23
	39 a 43 anos	R$ 182,68	R$ 205,00
	44 a 48 anos	R$ 215,46	R$ 293,64
	49 a 53 anos	R$ 256,22	R$ 402,40
	54 a 58 anos	R$ 340,77	R$ 478,65
	59 anos ou +	R$ 422,56	R$ 688,44

REAJUSTE: NOVEMBRO DE 2020

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

SAÚDE PREMIUM IV	VIP I AHOE/OCE
25% do valor das despesas decorrentes da utilização de procedimentos ambulatoriais, consultas, exames e terapias, até o limite máximo de R$70,00, por procedimento. Não estarão sujeitos à cobrança de coparticipação os procedimentos ambulatoriais em quimioterapia, radioterapia, diálise peritonial e hemodiálise, assim como cirurgias, exames ou procedimentos ambulatoriais em regime de internação hospitalar, previamente autorizado pela operadora.	20% do valor da tabela da operadora para as consultas realizadas nos serviços próprios e rede credenciada.

QUEM PODE ADERIR

FNEL – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes de ensino fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação do ensino superior do Brasil, devidamente comprovado.

- Comprovante de escolaridade atual (últimos 60 dias) + declaração escolar em papel timbrado contendo CNPJ e carimbo da instituição de ensino + cópia da carteirinha ou ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R$ 5,00 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$ 5,00 por mês.

ANMEP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MICROEMPRESÁRIOS E PROFISSIONAIS LIBERAIS

Microempresários e Profissionais liberais.

- Elegibilidade (Microempresário): cópia do Contrato Social ou Firma Individual (MEI ou Requerimento de Empresário, com nº do CNPJ com mínimo de 6 meses de ativo) + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.
- Elegibilidade (Profissional Liberal): cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R$ 3,00 por mês.

ANSP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Servidores Públicos Municipais, Estaduais e Federais.

Elegibilidade: Cópia do Contracheque atual + Declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do Cartão de associado.

Taxa: R$ 3,50 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 13 anos.
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias), sendo em nome do titular ou familiar com comprovação de vínculo.

DEPENDENTES

Cônjuge

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

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a).
- Cópia do RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(a) ou enteado(a) ou neto(a).

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Em casos de neto(a) é necessário apresentar comprovação de vínculo.

Filho(a) ou enteado(a) inválido(a) de qualquer idade

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão social.

Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" definitiva expedida por órgão oficial.

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.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Premium IV:

Sarandi, Colorado, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá e Nova Esperança.

VIP I AHOE/OCE:

Sarandi, Mandaguaçu, Marialva e Maringá

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.
- A solicitação de alteração do plano poderá ser realizada sempre no mês de reajuste do contrato: **NOVEMBRO**, sendo que o beneficiário deverá cumprir carências para a nova categoria.
- Cópias dos documentos anexados a proposta de adesão, deverão estar legíveis.

VIGÊNCIA

ADESÃO	VIGÊNCIA	VENCIMENTO
De 01 a 10	Dia 01 do mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês
De 11 a 20	Dia 10 do mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês
De 21 a 30	Dia 20 do mês subsequente	Todo dia 20 de cada mês

CARÊNCIAS CONTRATUAIS (CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO)

COBERTURAS	CARÊNCIA CONTRATUAL	GRUPO I - CARÊNCIA PROMOCIONAL	GRUPO V - REDUÇÃO DE CARÊNCIAS
Atendimento ambulatorial de urgência e emergência.	24 horas	24 horas	Isento
Acidente pessoal.	24 horas	24 horas	Isento
Consultas médicas, exames laboratoriais (ácido úrico, colesterol, creatinina, glicose, triglicerídios, ureia, parasitológico, hemograma, VHS, bacterioscopia, rotina de urina), eletrocardiograma e Raio-X simples não contrastado.	30 dias	24 horas	Isento
Transporte especial, sessões de psicologia, nutrição, terapia ocupacional e fonoaudiologia.	30 dias	30 dias	Isento
Exames laboratoriais radiológicos e procedimentos ambulatoriais.	60 dias	60 dias	Isento
Ultrassom, teste ergométrico EGG, EEG, ecocardiograma, holter 24 horas, mamografia,fisioterapia e exames complementares.	90 dias	90 dias	Isento
Tomografia, densitometria óssea, endoscopia diagnóstica, eletroneuromiografia.	120 dias	120 dias	Isento
Cintilografia, ressonância magnética, litotripsia, radiologia intervencionista, angiografia, quimioterapia, procedimentos ambulatoriais.	180 dias	180 dias	Isento
Atendimento ambulatorial e internações psiquiátrico.	180 dias	180 dias	Isento
Internamento clínico, cirúrgico ou em UTI.	180 dias	180 dias	Isento
Procedimentos especiais durante a internação.	180 dias	180 dias	Isento
Obstetrícia.	300 dias	300 dias	300 dias
Doenças e lesões preexistentes.	24 meses	24 meses	24 meses

CARÊNCIA PROMOCIONAL
- Válido para beneficiários sem plano anterior.

CARÊNCIA REDUZIDA
- Válido para beneficiários que tenha permanecido no mínimo 06 (seis) meses em plano anterior de uma operadora/seguradora devidamente regulamentada pela ANS.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data de vigência.

2. 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último boleto quitado não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta de Adesão Santa Rita.

3. Ou Carta de Permanência da operadora ou administradora de origem, sendo esta original em papel timbrado e assinado, onde deverá constar início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.

4. Não soma-se períodos de diversas operadoras, sendo válido o período de permanência somente da última operadora.

RESUMO DA REDE HOSPITALAR MÉDICA CREDENCIADA*

Centro Médico Maringá
Praça 7 de Setembro, 210 - (44) 3028.2000
- Atendimento de segunda a sexta, das 7h às 19h30.

Centro Médico Sarandi
Av. Dom Pedro I, 101 - (44) 3035.0041
- Atendimento de segunda a sexta, das 7h30 às 18h.

Centro Médico XV de Novembro
Av. XV de Novembro, 871 - (44) 3220.6000
- Atendimento de segunda a sexta, das 7h às 19h30.

Hospital Bom Samaritano de Maringá
Av. Independência, 93 - Zona 04, Maringá - PR

Centro Médico Mandaguari
Av. Amazonas, 2132, Sala 1- (44) 3028.2000
- Atendimento de segunda a sexta, das 8h às 18h.

Centro Médico Paiçandu
Av. Ivaí, 1002 - (44) 3028.2000
- Atendimento de segunda a sexta, das 8h às 18h.

Centro Médico Nova Esperança
Av. 14 de dezembro, 1048 - (44) 3028.2000
- Atendimento de segunda a sexta, das 8h às 18h.

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

FIXE!

APLICATIVO
AFFIX CORRETOR

ANS - nº 41.742-4

FAZEMOS DE TUDO **PARA VOCÊ VENDER AINDA MAIS**, USE O APP AFFIX CORRETOR.

Você tem todas as informações das suas vendas pela Affix, na palma da sua mão, 24 horas por dia.

Baixe o aplicativo Affix Corretor

- Dados cadastrais (com possibilidade de atualização).
- Confirmação das vendas (quando os clientes realizarem os pagamentos dos boletos).
- Boleto (envio por e-mail ou compartilhamento do código de barras com o cliente).
- Status da Proposta (poderá confirmar a implantação das suas vendas).
- Material de Vendas (todo o material para suporte às vendas).

affix