



SAÚDE

Tabela Santa Helena - Pessoa Física - PF

Referência: Dezembro/2016 - Taxa de Inscrição: 20,00 por contrato

Individual

Faixa Etária	Prata II QC	Prata I QP
Acomodação	Enf.	Apto.
Abrangência	Reg.	Reg.
Coparticipação	Não	Não
0 a 18	R\$ 142,20	R\$ 227,52
19 a 23	R\$ 152,88	R\$ 244,61
24 a 28	R\$ 175,81	R\$ 281,30
29 a 33	R\$ 188,50	R\$ 301,60
34 a 38	R\$ 200,20	R\$ 320,32
39 a 43	R\$ 211,20	R\$ 337,92
44 a 48	R\$ 341,25	R\$ 546,00
49 a 53	R\$ 452,18	R\$ 723,49
54 a 58	R\$ 524,86	R\$ 839,78
59 ou +	R\$ 814,91	R\$ 1.303,86

Familiar

Faixa Etária	Prata II QC (10% Desc. Titular + Filhos ou Titular + Pais ou Irmãos)	Prata I QP (10% Desc. Titular + Filhos ou Titular + Pais ou Irmãos)	Prata II QC (15% Desc. Titular + Conjuge ou Titular + Conjuge e filhos)	Prata I QP (15% Desc. Titular + Conjuge ou Titular + Conjuge e filhos)
Acomodação	Enf.	Apto.	Enf.	Apto.
Abrangência	Reg.	Reg.	Reg.	Reg.
Coparticipação	Não	Não	Não	Não
0 a 18	R\$ 127,98	R\$ 204,77	R\$ 120,87	R\$ 193,39
19 a 23	R\$ 137,59	R\$ 220,15	R\$ 129,95	R\$ 207,92
24 a 28	R\$ 158,23	R\$ 253,17	R\$ 149,44	R\$ 239,11
29 a 33	R\$ 169,65	R\$ 271,44	R\$ 160,23	R\$ 256,36
34 a 38	R\$ 180,18	R\$ 288,29	R\$ 170,17	R\$ 272,27
39 a 43	R\$ 190,08	R\$ 304,13	R\$ 179,52	R\$ 287,23
44 a 48	R\$ 307,13	R\$ 491,40	R\$ 290,06	R\$ 464,10
49 a 53	R\$ 406,96	R\$ 651,14	R\$ 384,35	R\$ 614,97
54 a 58	R\$ 472,37	R\$ 755,80	R\$ 446,13	R\$ 713,81
59 ou +	R\$ 733,42	R\$ 1.173,47	R\$ 692,67	R\$ 1.108,28

REDE CREDENCIADA

1 - Prata II / Prata I

HOSPITAIS

ABC

Diadema

- Cto. Médico Especialidades - Cto. - PS

Mauá

- Cto. Médico Hospitalar - Jd. Guapituba - PS

Santo André

- Hosp. Sta. Helena - Sto. André - H/PS

São Bernardo do Campo

- Cto. Médico Hospitalar - Cto. - PS

ABC

São Bernardo do Campo

- Espaço Saúde Especialidades - Baeta Neves - PS
- Hosp. E Mat. Sta. Helena - Baeta Neves - H/M/PS

São Caetano do Sul

- Cto. Médico Especialidades - Oswaldo Cruz - PS

UNIDADES PRÓPRIAS DA OPERADORA

ABC

Santo André

- Centro Médico de Ortopedia e Especialidades
- Centro Médico Especialidades - Anchieta (São Bernardo do Campo)
- Centro Médico Especialidades - Jardim (Santo André)
- Centro Médico Especialidades - P.A. - (**Diadema**)
- Centro Médico Especialidades - Pronto Atend. - (**S.C. do Sul**)
- Centro Médico Especialidades - Vila Bocaina (Mauá)

ABC

Ribeirão Pires

- Centro Médico Especialidades - Vila Mercedes (Ribeirão)
- Centro Médico Hospitalar 24 Horas (**S.B.Campo**)
- Centro Médico Ortopedia e Especialidades - Vila Alzira (Santo André)
- Hospital e Maternidade Santa Helena - **S. B. Campo**
- Hospital Santa Helena - (**Sto. André**)

Carência

Grupo de carências	Aquisição do prazo	Serviços médicos e hospitalares
01	24 Hs	Casos de Urgência e Emergência Relacionados a Complicação Gestacional.
02	15 Dias	Consulta Médica na Rede Própria.
03	15 Dias	Exames de Análises Clínicas e Radiologia Simples.
04	180 Dias	Demais Exames e Diagnósticos.
05	180 Dias	Internações Clínicas e Cirúrgicas.
06	300 Dias	Parto.
07	720 Dias	Cobertura Parcial Temporária para Eventos Relacionados a Doenças e Lesões Pré-Existentes.

Compra de carência

Grupos de carência	Aquisição do prazo	Tempo no plano anterior	
		*06 meses acima (ex-usuário Santa Helena)	06 meses acima
01	24Hs	24 Hs	24 Hs
02	15 Dias	24 Hs	24 Hs
03	15 Dias	24 Hs	24 Hs
04	180 Dias	24 Hs	24 Hs
05	180 Dias	24 Hs	24 Hs
06	300 Dias	300 Dias	300 Dias
07	720 Dias	720 Dias	720 Dias

Documentação

Documentos Necessário por beneficiarios

- Cópia do RG e CPF(quando o titular com menos de 18 anos,obrigatório Cópia de CPF do menor);
- Cópia do Comprovante de endereço(somente do titular em casos de contrato Familiar);
- Quando proposta assinada por responsável(e não pelo titular), será necessário envio de cópia de RG do responsável;
- Termo de Analfabetismo.Anexar Cópia do RG e CPF do titular e do responsável;
- Termo de Impossibilitado. Anexar Cópia do RG e CPF do titular e responsável;
- Termo de Responsabilidade quando responsável assinar por maior de 18 anos.
- Cópia da Certidão de nascimento (Em caso de recém nascido).
- Escritura de declaração de convívio marital.

Documentação Necessária - Redução de Carência

Redução de Carência até 58 anos 11 meses e 29 dias

- 03 (três ultimos boletos pagos, cópia da certeira e do contrato do plano anterior.
- Tempo Máximo de Inadimplência: Boleto Pago PF Até 60 (Sessenta) Dias do Último Pagamento.
- Carta da Empresa Até 30 (Trinta) Dias do Desligamento, Papel Timbrado e Com Carimbo Com CNPJ.
- Termo de Responsabilidade Acima de 60 (Sessenta) Anos. Anexar Cópia do RG e CPF do Titular e do Responsável.

Mais Informações

Aditivos

- Aditivo de Faixas Etárias - PLANO FAMILIAR: PLANO PRATA I 466.910.12-0 / PLANO PRATA II 466.909.12- 6. [Clique aqui](#)

ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas. As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras sem prévio aviso. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.