



MANUAL DO CORRETOR

VERA CRUZ

VERA CRUZ
ANS - nº 42.142-1
AFFIX
ANS - nº 41.742-4

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO VERA CRUZ**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

PRODUTO	VERA PRATA ADESÃO COPART	VERA PRATA MAIS ADESÃO COPART
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	
COPARTICIPAÇÃO	✓	✓
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	498.081.24-6	498.080.24-8
0 a 18 anos	R\$ 249,92	R\$ 329,96
19 a 23 anos	R\$ 294,90	R\$ 389,36
24 a 28 anos	R\$ 330,29	R\$ 436,07
29 a 33 anos	R\$ 356,71	R\$ 470,95
34 a 38 anos	R\$ 385,26	R\$ 508,64
39 a 43 anos	R\$ 443,04	R\$ 584,93
44 a 48 anos	R\$ 598,10	R\$ 789,66
49 a 53 anos	R\$ 771,56	R\$ 1.018,66
54 a 58 anos	R\$ 1.003,02	R\$ 1.324,25
59 anos ou +	R\$ 1.424,30	R\$ 1.880,43



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 2027**.
- 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 Prata: Campinas, Capivari, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Itu, Itupeva, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Salto, Sumaré, Valinhos, Várzea Paulista e 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 alérgicos; 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, sem plano anterior ou oriundo de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas. 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, Care Plus, CNU, Hapvida NDI, Omint, One Health, Porto Seguro, Sermed, Sul América, Unimed, Unimed Seguros, Santa Tereza e Samaritano.

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

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 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.