

aurora
saúde



Aurora Saúde
ANS - nº 42.362-9
Affix
ANS - nº 41.742-4

MANUAL DO CORRETOR

AURORA SAÚDE

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO AURORA SAÚDE.

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Plano com segmentação: ambulatorial ou ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

 **TABELA**

PRODUTO	A100 BHRM AMBULATORIAL ADESÃO	A300 BHRM ENFERMARIA ADESÃO	A500 BHRM ENFERMARIA ADESÃO	A500 BHRM APARTAMENTO ADESÃO
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb. + Hosp. + Obst.	Amb. + Hosp. + Obst.	Amb. + Hosp. + Obst.
COPARTICIPAÇÃO	✓	✓	✓	✓
ABRANGÊNCIA	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	496.787/23-9	496.781/23-0	496.783/23-6	496.785/23-2
0 a 18 anos	R\$ 56,83	R\$ 109,90	R\$ 135,61	R\$ 171,70
19 a 23 anos	R\$ 65,36	R\$ 131,89	R\$ 165,45	R\$ 209,47
24 a 28 anos	R\$ 73,86	R\$ 163,54	R\$ 198,54	R\$ 251,36
29 a 33 anos	R\$ 81,25	R\$ 189,71	R\$ 228,32	R\$ 289,07
34 a 38 anos	R\$ 89,37	R\$ 212,47	R\$ 255,71	R\$ 323,76
39 a 43 anos	R\$ 102,78	R\$ 240,09	R\$ 306,85	R\$ 388,51
44 a 48 anos	R\$ 138,74	R\$ 297,71	R\$ 337,54	R\$ 427,36
49 a 53 anos	R\$ 173,43	R\$ 339,39	R\$ 415,18	R\$ 525,65
54 a 58 anos	R\$ 211,58	R\$ 427,62	R\$ 548,03	R\$ 693,87
59 anos ou +	R\$ 338,54	R\$ 654,26	R\$ 811,09	R\$ 1.026,91



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO
Consulta Eletiva / Telemedicina	R\$ 30,00
Consulta Pronto Socorro / Hospital	R\$ 50,00
Exames Simples	R\$ 6,00
Exames Especiais	40% até 90,00
Terapia Simples	R\$ 15,00
Terapia Especial	40% até R\$ 90,00
Atendimento Ambulatorial	40% até R\$ 60,00
Internação Enfermaria*	R\$ 100 (apenas A300 e A500)
Internação Apartamento*	R\$ 200 (apenas A300 e A500)

* Condições válidas somente para os planos AMB + HOSP + OBST.



QUEM PODE ADERIR

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 da indústria + Cópia do cartão de associado ou Ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

FNEL – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes a partir de 7 anos de idade, desde que comprovem estar matriculados no ensino infantil, ensino fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação do ensino superior do Brasil, devidamente comprovado. Titulares menores de 17 anos, 11 meses e 29 dias podem incluir pai e mãe como dependentes.

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.

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 13 anos.
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias).

DEPENDENTES

Cônjuge

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

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo número do RG e do CPF do companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio, assinatura de 02 (duas) testemunhas com reconhecimento de firma do titular e do(a) companheiro(a), ou escritura pública de união estável.
- Cópia do RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filhos(as) e enteados(as), solteiros(as), netos(as) e sobrinhos(as) até 24 anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de convívio marital, bem como a comprovação de dependência econômica firmada pelo titular no caso de enteado
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

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

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários
- Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de convívio marital, bem como a comprovação de dependência econômica firmada pelo titular no caso de enteado
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da autenticada do atestado de invalidez emitido pelo INSS.

Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular (até 24 anos incompletos)

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

Pai e Mãe do Titular (entidade estudantil) até 65 anos incompletos.

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para todos os beneficiários.
- Documento que comprove parentesco com o titular.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

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

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



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- 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: **DEZEMBRO DE 2024.**
- Todos os associados titulares com menos de 14 anos estão sujeitos a realização de entrevista médica.
- Aceitação de titulares até 64 anos, necessário perícia médica a partir 59 anos.
- Cópias dos documentos anexados à proposta de adesão deverão estar legíveis.
- **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.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Juatuba, Lagoa Santa, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Sete Lagoas e Vespasiano.



VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 05	Todo dia 05
Dia 15	Todo dia 15
Dia 25	Todo dia 25





CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA ADESÃO AMBULATORIAL

PROCEDIMENTOS	CONTRATO	REDUÇÃO I	REDUÇÃO II	REDUÇÃO III
	CÓDIGO 30	3 A 12 MESES CÓDIGO 27	13 A 35 MESES CÓDIGO 25	ACIMA DE 35 MESES CÓDIGO 23
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Exames simples	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Exames especiais	180 dias	90 dias	30 dias	24 horas
Terapias simples	180 dias	60 dias	24 horas	24 horas
Terapias especiais	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Atendimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA ADESÃO PLANOS COMPLETOS (AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA)

PROCEDIMENTOS	CONTRATO	REDUÇÃO I	REDUÇÃO II	REDUÇÃO III
	CÓDIGO 29	3 A 12 MESES CÓDIGO 28	13 A 35 MESES CÓDIGO 26	ACIMA DE 35 MESES CÓDIGO 24
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Exames simples	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Exames especiais	180 dias	90 dias	30 dias	24 horas
Terapias simples	180 dias	60 dias	24 horas	24 horas
Terapias especiais	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Atendimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias	120 dias	60 dias	30 dias
Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

CONDIÇÕES PARA REDUÇÃO DAS CARÊNCIAS:

- Os prazos de carências serão contados a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano contratado.
- Possuir um plano de saúde anterior, de acordo com a "Relação de operadoras congêneres", listadas a seguir, por um período entre 3 (três) e 11 (onze) meses ininterruptos.
- Possuir um plano de saúde da "Relação de operadoras congêneres", listadas a seguir, por um período superior a 12 (doze) meses ininterruptos para ter direito a redução 2 de carências.
- Possuir um plano de saúde da "Relação de operadoras congêneres", listadas a seguir, por um período superior a 35 (trinta e cinco) meses ininterruptos para ter direito a redução III de carências
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias do início de vigência.
- NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:
 - Oriundos de planos cuja segmentação assistencial seja inferior a cobertura contratada;
 - Cujas data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 60 (sessenta) dias da data de início de vigência;
- São consideradas na Relação de Operadoras Congêneres: Todas as Operadoras com registro ativo na ANS.
- Para proponentes oriundos de planos da Operadora **AURORA SAÚDE** com tipo de contratação: coletivo por adesão e coletivo empresarial, haverá o aproveitamento integral das carências, proporcional aos prazos já cumpridos no plano anterior da **AURORA SAÚDE**, desde que o plano anteriormente contratado tenha sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do início de vigência do novo contrato.
- Os prazos das carências promocionais acima serão contados a partir do termo inicial da vigência em relação a cada beneficiário inscrito no presente contrato e sua alteração poderá ser notificada pela **AURORA SAÚDE** com antecedência de 30 dias.



RESUMO DA REDE HOSPITALAR MÉDICA CREDENCIADA*

PRESTADOR	CIDADE	A100	A300	A500
HOSPITAL DA BALEIA	BH	✓	✓	✓
HOSPITAL BELO HORIZONTE	BH	✓	✓	✓
HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ	BH	✓	✓	✓
HOSPITAL EVANGÉLICO	BH	✓	✓	✓
HOSPITAL FELÍCIO ROCHO	BH			✓
HOSPITAL SÃO LUCAS	BH	✓	✓	✓
INSTITUTO DE OTORRINO	BH			✓
OCULARE - HOSPITAL DE OFTALMOLOGIA	BH	✓	✓	✓
ECOAR	BH	✓	✓	✓
SÃO MARCOS ELCORDIS	BH	✓	✓	✓
SÃO MARCOS MARTINS E GODOY	BH	✓	✓	✓
HOSPITAL SOCOR	BH		✓	✓
LABORATÓRIO GERALDO LUSTOSA	RMBH	✓	✓	✓
LABORATÓRIO HERMES PARDINI	RMBH			✓
LABORATÓRIO SÃO MARCOS	RMBH	✓	✓	✓
SANTA CASA DE CAETÉ	CAETÉ	✓	✓	✓
HOSPITAL SÃO JOSÉ	CONTAGEM	✓	✓	✓
SANTA CASA DE LAGOA SANTA	LAGOA SANTA		✓	✓
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	NOVA LIMA	✓	✓	✓
CLÍNICA BOAS NOVAS	RIBEIRÃO DAS NEVES	✓	✓	✓
SANTA CASA DE SABARÁ	SABARÁ	✓	✓	✓
EMPREMED	SETE LAGOAS	✓	✓	✓
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	SETE LAGOAS	✓	✓	✓

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