

Tabela de Preços

Administradora Affix - Saúde Sistema

Plano Coletivo por Adesão



PLANO DE SAUDE SISTEMA

**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO**  
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.

QUEM PODE ADERIR

**FETRABRAS – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS**  
Trabalhadores cooperados filiados à Fetrabras. Taxa = R\$ 3,50 por mês

**ANMEP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MICROEMPRESÁRIOS E PROFISSIONAIS LIBERAIS**  
Microempresário e Profissionais Liberais filiados à Anmep. Taxa = R\$ 3,00 por mês

**ANSP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS**  
Servidores Públicos Municipais, Estaduais e Federais. Taxa = R\$ 2,00 por mês

**FNEL – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES**  
Estudantes em geral com idade acima de 02 (dois) anos até 45 (quarenta e cinco) anos incompletos com escolaridade devidamente comprovada.  
Inclusão de mãe e pai do titular estudante com idade até 58 (cinquenta e oito) anos incompletos.  
Inclusão de irmãos do titular estudante com idade até 17 (dezesete) anos incompletos. 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)

**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 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
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde

**Filho(a) ou enteado(a), com até 17 anos e 11 meses, ou até 23 anos e 11 meses, se for universitário(a) devidamente comprovado**

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

**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: abril.
- Todos os associados titulares com menos de 14 anos estão sujeitos a realização de entrevista médica.
- Todos os beneficiários com 54 anos ou mais estão sujeitos a realização de entrevista médica.
- Só serão aceitos ex-beneficiários Saude Sistema com mais de 90 dias de cancelado, mesmo assim não terão aproveitamento de carência.
- A venda será administrativa para segurados acima de 58 anos, 11 meses e 29 dias.
- Cópias dos documentos anexados à proposta de adesão deverão estar legíveis.
- A Solicitação de alteração do plano poderá ser realizada após 12 (doze) meses a contar da data do início da vigência mencionada na página 01 do contrato, sendo que o beneficiário deverá cumprir carências para a nova categoria.
- Ex-beneficiários Saude Sistema, com mais de 90 dias de cancelado, estarão sujeitos à avaliação técnica da Operadora para aceitação, porém não terão aproveitamento de carência.
- Em caso de migração para categoria superior, a solicitação de alteração do plano poderá ser realizada após 12 (doze) meses a contar da data do início da vigência mencionada na página 01 do contrato, sendo que o beneficiário deverá cumprir carências para a nova categoria.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA E COMERCIALIZAÇÃO

**CONSAUDE I e II:** Belo Horizonte, Betim, Contagem, Caeté, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo e Sabará.

**MULTI I e II:** Belo Horizonte, Betim, Contagem, Caeté, Lagoa Santa, Matozinhos, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Sabará, Itabirito, Brumadinho, Itaúna, João Molevade, Juatuba, Juiz de Fora, Capim Branco, Passos, Mariana, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Plumhi, Montes Claros, Muriaé, Curvelo, Ribeirão das Neves, Divinópolis, Oliveira, Ouro Branco, Sete Lagoas, Formiga, Governador Valadares e Santa Luzia.

VIGÊNCIA

| ADEÇÃO     | VIGÊNCIA                  | VENCIMENTO  |
|------------|---------------------------|-------------|
| De 01 a 15 | Dia 01 do mês subsequente | Todo dia 01 |
| De 16 a 31 | Dia 15 do mês subsequente | Todo dia 15 |

TABELAS

| PLANO              |              | CONSAUDE I   | CONSAUDE II  |              |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ACOMODAÇÃO         |              | ENFERMARIA   | APARTAMENTO  |              |
| CÓDIGO ANS         |              | 474.033/15-5 | 474.034/15-3 |              |
| COM COPARTICIPAÇÃO | FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 anos  | R\$ 169,71   | R\$ 229,83   |
|                    |              | 19 a 23 anos | R\$ 186,71   | R\$ 252,85   |
|                    |              | 24 a 28 anos | R\$ 205,37   | R\$ 278,11   |
|                    |              | 29 a 33 anos | R\$ 225,88   | R\$ 305,89   |
|                    |              | 34 a 38 anos | R\$ 248,51   | R\$ 336,52   |
|                    |              | 39 a 43 anos | R\$ 318,11   | R\$ 430,76   |
|                    |              | 44 a 48 anos | R\$ 454,62   | R\$ 615,64   |
|                    |              | 49 a 53 anos | R\$ 516,91   | R\$ 699,98   |
|                    |              | 54 a 58 anos | R\$ 687,51   | R\$ 931,02   |
|                    |              | + de 59 anos | R\$ 1.016,65 | R\$ 1.376,72 |

REALISTE: ABRIL 2020

REAJUSTE: ABRIL 2020

| PLANO              |              | SAUDE MULTI I | SAUDE MULTI II |              |
|--------------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| ACOMODAÇÃO         |              | ENFERMARIA    | APARTAMENTO    |              |
| CÓDIGO ANS         |              | 469.782/13-1  | 469.781/13-2   |              |
| COM COPARTICIPAÇÃO | FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 anos   | R\$ 189,37     | R\$ 256,16   |
|                    |              | 19 a 23 anos  | R\$ 208,34     | R\$ 281,81   |
|                    |              | 24 a 28 anos  | R\$ 229,19     | R\$ 309,99   |
|                    |              | 29 a 33 anos  | R\$ 252,07     | R\$ 340,92   |
|                    |              | 34 a 38 anos  | R\$ 277,31     | R\$ 375,09   |
|                    |              | 39 a 43 anos  | R\$ 354,97     | R\$ 480,10   |
|                    |              | 44 a 48 anos  | R\$ 507,33     | R\$ 686,17   |
|                    |              | 49 a 53 anos  | R\$ 576,84     | R\$ 780,19   |
|                    |              | 54 a 58 anos  | R\$ 767,24     | R\$ 1.037,70 |
|                    |              | + de 59 anos  | R\$ 1.134,54   | R\$ 1.534,48 |

TABELA DE COPARTICIPAÇÕES POR EVENTO

| PROCEDIMENTO                       | MULTI     | CONSAUDE  |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Consulta Eletiva                   | R\$ 22,48 | R\$ 37,47 |
| Consulta PA                        | R\$ 31,23 | R\$ 52,46 |
| Exames Simples                     | R\$ 9,99  | R\$ 14,99 |
| Exames Especiais                   | R\$ 24,98 | R\$ 59,95 |
| Terapias Simples                   | R\$ 12,49 | R\$ 14,99 |
| Terapias Especiais                 | R\$ 12,49 | R\$ 14,99 |
| Demais Procedimentos Ambulatoriais | R\$ 24,98 | R\$ 59,95 |
| Internação                         | não há    | não há    |