

ORIENTAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ASSOCIADO

Prezado associado (a),

Leia com atenção os itens abaixo antes de assinar. Eles resumem as principais responsabilidades do associado em relação ao plano de saúde que você está adquirindo.

- 1) A data de vencimento dos boletos da Ajudes é todo dia 20.
- 2) Forma de Pagamento: Desconto em folha de pagamento (órgãos conveniados), boleto bancário e débito em conta. O associado deverá acessar o boleto bancário no site da Ajudes. Se a opção de cobrança for diferente de desconto em folha e caso tenha dificuldade para acessar o boleto no site até a data do vencimento, ou seu débito em conta não seja realizado, deve o Associado contatar imediatamente a Ajudes para providenciar a quitação e assim evitar exclusão dos serviços contratados e a inclusão de seu CPF no SPC (Serviço de Proteção ao Crédito). Para todos os efeitos, seja qual for a forma de cobrança, a obrigação do pagamento até a data do vencimento é de inteira responsabilidade do associado. Caso o associado faça contato com a Ajudes somente após a data do vencimento ocorrerá multa por atraso de dois por cento (2%) e mora diária de zero trinta e três por cento (0,33%).
- 3) Caso a forma de pagamento escolhida seja o desconto em folha, o associado deverá manter margem consignável suficiente para a cobrança dos valores dos serviços contratados e contribuição associativa, sendo que, caso não haja margem consignável, serão encaminhados boletos para pagamento dos referidos valores.
- 4) Os canais de atendimento da Ajudes são: Site www.ajudes.org.br, e-mail: cissa@ajudes.org.br, larissa@ajudes.org.br e lais@ajudes.org.br, através dos telefones 0800 603 9922, (27) 3232.2122 ou (27) 9 8818-7560.
- 5) Qualquer solicitação de cancelamento só poderá ser feita pelo associado por escrito em formulários específicos e protocolado na Ajudes até o dia 03 de cada mês para cancelamento no mês corrente. Os cartões do plano deverão ser entregues na Ajudes junto com o pedido de cancelamento e o uso indevido acarretará em cobrança dos procedimentos utilizados, sem prejuízo das demais medidas judiciais e administrativas cabíveis na espécie.
- 6) Caso haja inadimplência, a cobrança extrajudicial de quaisquer valores em atraso será acrescida de honorários advocatícios sobre o valor do débito.
- 7) O Associado está ciente e concorda que todas as informações e comunicações referentes à associação, convênios, cobrança, envio de boletos, plano de saúde, em especial acerca dos reajustes das mensalidades deste, serão válidas se encaminhadas para o e-mail informado neste ato, sendo de responsabilidade do Associado manter o seu endereço de e-mail atualizado junto a AJUDES.

SÃO BERNARDO AZUL COLETIVO POR ADESÃO		
FAIXA ETÁRIA	ESPECIAL QUARTO COLETIVO REG. Nº 478.965/17-2	EXECUTIVO QUARTO APARTAMENTO REG. Nº 478.967/17-9
00 a 18 anos	R\$ 137,72	R\$ 171,26
19 a 23 anos	R\$ 154,22	R\$ 191,79
24 a 28 anos	R\$ 177,38	R\$ 220,60
29 a 33 anos	R\$ 195,10	R\$ 242,61
34 a 38 anos	R\$ 230,23	R\$ 286,34
39 a 43 anos	R\$ 264,83	R\$ 329,32
44 a 48 anos	R\$ 344,21	R\$ 428,07
49 a 53 anos	R\$ 447,53	R\$ 556,50
54 a 58 anos	R\$ 599,67	R\$ 745,73
59 anos ou +	R\$ 821,61	R\$ 1.021,72

SÃO BERNARDO WAY COLETIVO POR ADESÃO		
FAIXA ETÁRIA	ESPECIAL QUARTO COLETIVO REG. Nº 478.966.17/1	EXECUTIVO QUARTO APARTAMENTO REG. Nº 478.964.17/4
00 a 18 anos	R\$ 143,98	R\$ 179,30
19 a 23 anos	R\$ 165,61	R\$ 206,22
24 a 28 anos	R\$ 190,34	R\$ 237,03
29 a 33 anos	R\$ 219,00	R\$ 272,71
34 a 38 anos	R\$ 251,85	R\$ 313,63
39 a 43 anos	R\$ 292,10	R\$ 363,78
44 a 48 anos	R\$ 353,48	R\$ 440,19
49 a 53 anos	R\$ 459,53	R\$ 572,24
54 a 58 anos	R\$ 620,35	R\$ 772,53
59 anos ou +	R\$ 862,91	R\$ 1.074,59

Carências:	
Urgência e emergência	24 horas
Consultas/exames simples	30 dias
Exames Intermediários	180 dias
Exames Especializados	180 dias
Internação Clínica e Cirurgia	180 dias
Parto	300 dias
CPT	720 dias

SERVIÇOS OPCIONAIS	
REMOÇÃO	R\$ 5,00
DESCONTO FARMÁCIA	R\$ 0,90
ALÔ DR.	R\$ 3,00

Aniversário de contrato: 01/julho. Tabelas sujeitas a reajuste conforme contrato. Poderão associar-se a Ajudes funcionários públicos ativos Municipais, Estaduais e Federais.

SÃO BERNARDO AZUL: Valor da coparticipação a cada vez que o usuário utilizar o plano: - Consultas em Rede Credenciada: R\$ 27,80 cada; - Consultas nas São Bernardo Clínicas: R\$ 11,70 cada; - Consultas em Pronto Socorro em Hospitais Selecionados: R\$ 38,70 cada. Sendo: São Bernardo Apart Hospital, Hospital Maternidade Santa Úrsula, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Evangélico, Associação dos Servidores do ES, Hospital Santa Mônica, Vitória Apart Hospital. **Consultas em Pronto Socorro demais hospitais credenciados:** R\$ 58,00 - **Exames e Procedimentos:** O associado participará com 50% do valor da Tabela São Bernardo, limitado ao valor máximo de R\$ 116,00 para cada exame. Ex: Se a Ressonância Magnética custa o preço de tabela R\$800,00, o associado pagará R\$ 116,00 pelo exame. **Tratamento Ambulatorial:** O associado participará com 50% do valor da Tabela São Bernardo Saúde até o limite de R\$ 116,00 em cada procedimento e/ou sessão de tratamento. **Internação em Hospitais Selecionados:** Sem custo para o associado. Sendo: São Bernardo Apart Hospital, Hospital Maternidade Santa Úrsula, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Evangélico, Associação dos Servidores do ES, Hospital Santa Mônica – sem custo para o beneficiário. **Internação nos demais hospitais credenciados:** R\$ 297,00 o evento da internação.

SÃO BERNARDO WAY: Valor da coparticipação a cada vez que o beneficiário utilizar o plano: - Consultas em Rede Credenciada: R\$ 41,60 cada; - Consultas nas São Bernardo Clínicas: R\$ 13,00 cada; - Consultas em Pronto Socorro em Hospitais Selecionados: R\$ 65,00 cada. - **Exames e Procedimentos:** O associado pagará por grupo de exames, sendo a partir de R\$ 2,70 até no máximo R\$ 60,00 para cada exame. **Exames por grupo: Grupo 1:** R\$ 2,70; **Grupo 2:** R\$ 5,40; **Grupo 3:** R\$ 10,90; **Grupo 4:** R\$ 27,30; **Grupo 5:** R\$ 60,00. - **Internação em Hospitais Credenciados:** Sem custo para o associado.

A entrega do termo de adesão preenchido na Ajudes deverá ser até o dia 03, para vigência no 1º dia útil do mês subsequente. Sendo assim, a vigência do presente contrato se dará a partir de ____/____/____ referente ao produto _____.

Estou de acordo com os itens acima e me responsabilizo pelo pagamento em dia das mensalidades.

Assinatura do associado