



MANUAL DE VENDAS PME

PRODUTO MÉDICO

www.santahelenasaude.com.br

vendasabc.sham.com.br

ANS - Nº 35.509-7

A Santa Helena Saúde desenvolveu este Manual de Vendas com o objetivo de reunir as regras comerciais para a realização das vendas de planos de saúde do segmento PME. Aqui apresentaremos as características e diferenciais dos produtos, condições de contratação, documentações necessárias, entre outras informações importantes para o fechamento de novos negócios.

Conheça mais sobre os materiais de apoio a vendas:

- **Plataforma de Vendas:** ferramenta de vendas online, que permite:
 - Realizar as cotações
 - Emissão de propostas
 - Acompanhar o status das propostas
 - Resolver pendências e devoluções de forma online

O link da Plataforma de Vendas Online é: vendasabc.sham.com.br

- **Tabela de Vendas** que contém os produtos disponíveis para comercialização com os preços distribuídos por faixas etárias e porte:
 - PME porte I – empresas de 2 a 29 beneficiários
 - PME porte II – empresas de 30 a 99 beneficiários

Orientamos que os valores mais atuais poderão ser obtidos na plataforma de vendas, com o gestor comercial ou também disponível no kitcorretoramil.com.br.

- **Rede Credenciada** por região, que contém o que há de melhor entre hospitais, clínicas, consultórios, centros diagnósticos e outras opções de atendimento.

A rede também pode ser consultada no site da Santa Helena Saúde e no APP.

Somente os produtores de venda habilitados na Santa Helena Saúde possuem acesso à plataforma de vendas através de login e senha. Em caso de dúvidas sobre a utilização da ferramenta, consulte seu gestor comercial.

Sumário

1. LINHA DE PRODUTOS SANTA HELENA PJCE	4
1.1 Grade de Produtos	4
1.2 Abrangência de Atendimento (Gr Mun)	5
1.3 Planos em Comercialização	5
1.4 Benefícios e Cobertura adicionais	5
1.5 Tabela de Coparticipação	6
2. PLANO REFERÊNCIA	7
3. INFORMAÇÕES GERAIS	7
3.1 Preços dos planos	7
3.2 Vigência da Tabela de Preço	7
3.3 Formação de preço	7
3.4 Reajuste anual	7
3.5 Reajuste por mudança de faixa etária	8
3.6 Comissionamento	8
4. REGRAS DE COMERCIALIZAÇÃO PARA CLIENTES SANTA HELENA (GRUPO AMIL)	8
5. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO	9
5.1. Modalidade de Contratação	9
5.1.1. Livre Adesão	9
5.2 Elegibilidade [ATUALIZADO]	9
5.2.1 Tipos de empresas	9
5.3 CRITÉRIOS E DOCUMENTAÇÕES [ATUALIZADO]	11
6 CARÊNCIAS	14
7 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	19
8 OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES	20
8.1 Contratos vigentes	20
8.2 Assinatura das propostas comerciais	20
8.3 Taxa de comercialização ou cadastro	20
8.4 Início de vigência	20
8.5 Cancelamento de proposta	20

8.6 Vigência e renovação do contrato	21
8.7 Regra de Repasse e Assessoria [ATUALIZADO]	21
9 REVISÃO DE DOCUMENTO	21

1. LINHA DE PRODUTOS SANTA HELENA PJCE

O Santa Helena Saúde possui 1 grade de produtos em comercialização. Conheça abaixo:

QC: Acomodação em Quarto Coletivo

1.1 Grade de Produtos

Características	DIAMANTE II - COPART	DIAMANTE II - COPART TP
Abrangência	3 municípios	3 municípios
Rede Própria	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Santa Helena – Santo André Hospital e Maternidade Santa Helena – São Bernardo do Campo Hospital Santa Helena SBC – São Bernardo do Campo 2 Centros Médicos de Especialidades – São Bernardo do Campo Centros Médicos de Especialidades – Anchieta São Bernardo do Campo Centro Médico Hospitalar – São Bernardo do Campo Centro Médico de Especialidades – Santo André Centro Médico de Ortopedia – Santo André Pronto atendimento Santa Helena – Santo André Centro Médico de Especialidades – São Caetano do Sul Centro Médico de Especialidades – Diadema Unidade Avançada Santa Helena – Diadema Centro Médico de Especialidades - Mauá Centro Médico Hospitalar - Mauá Centro Médico de Especialidades – Ribeirão Pires 	
Tipo de acomodação	Coletivo	Coletivo
Opção de Copart	Sim	Sim
Reembolso	Não	Não
Segmentação	Ambulatorial Hospitalar c/ Obstetrícia	Ambulatorial Hospitalar c/ Obstetrícia
Tipo de cliente	PME	PME

1.2 Abrangência de Atendimento (Gr Mun)

DIAMANTE II - COPART	DIAMANTE II - COPART TP
<ul style="list-style-type: none"> Santo André/SP São Bernardo do Campo/SP São Caetano do Sul/SP 	<ul style="list-style-type: none"> Santo André/SP São Bernardo do Campo/SP São Caetano do Sul/SP

1.3 Planos em Comercialização

Área de Comercialização* (tabela de venda)	Nome do Plano	Registro ANS	REDE ATENDIMENTO
*SP	OURO REFERÊNCIA	467.805/12-2	Grupo de municípios
	DIAMANTE II - COPART	483.980/19-3	Grupo de municípios
	DIAMANTE II - COPART TP	483.980/19-3	Grupo de municípios

*verificar o município de venda pelo CEP do cliente informado no Plataforma de vendas online.

1.4 Benefícios e Cobertura adicionais

Alguns planos possuem serviços inclusos como benefícios para todo o grupo familiar (titular e seus dependentes).

BENEFÍCIOS	DESCRIÇÃO
Desconto Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> Até 35% de desconto nas Drogarias São Paulo e Drogarias Pacheco.
Programas de Saúde	<ol style="list-style-type: none"> Programa Emagrecimento Clínico e Cirúrgico Programa Núcleo de Dor Programa Saúde Mental Planejamento Reprodutivo Programa de Controle do Tabagismo Programa Reabilitação Cardiopulmonar Farmácia Clínica Suporte Integral ao Paciente Domiciliar Núcleo de Atendimento à Crianças com Necessidades Especiais- NACNE Cuidados aos Pacientes Paliativos Programa Primeiros Cuidados Núcleo de Autoimunidade - NAI

13.Viva Bem
14.Ambulatório de Feridas e Estomaterapia
15.Monitoramento Telefônico e Anticoagulação

- Beneficiário elegível mediante avaliação médica e de acordo com os critérios dos protocolos dos Programas de Saúde.
- A oferta de programas de saúde poderá ser alterada conforme necessidade da Operadora.

1.5 Tabela de Coparticipação

Os valores e percentuais de coparticipação de cada produto seguirão o disposto no quadro abaixo:

GRUPO DE COPARTICIPAÇÃO - COMPLETA

DIAMANTE II – COPART

	VALOR %	Limite por item \$
Consultas Eletivas e Clínicas	30%	R\$ 25,00
Consultas Hospitalares PS/PA	30%	R\$ 50,00
Exames Básicos	30%	R\$ 20,00
Exames Especiais	30%	R\$ 100,00
Procedimentos Básicos	30%	R\$ 35,00
Procedimentos Especiais	30%	R\$ 140,00
Fisioterapia	40%	R\$ 50,00
Fonoaudiologia	40%	R\$ 50,00
Nutrição	40%	R\$ 50,00
Psicoterapia	40%	R\$ 50,00
Diálise ou Hemodiálise	0,00%	-
Quimioterapia	0,00%	-
Radioterapia	0,00%	-
Internação	-	R\$ 180,00

GRUPO DE COPARTICIPAÇÃO - PARCIAL

DIAMANTE II – COPART TP

	VALOR %	Limite por item \$
Consultas Eletivas e Clínicas	0%	R\$ 0,00
Consultas Hospitalares PS/PA	0%	R\$ 0,00
Exames Básicos	0%	R\$ 0,00
Exames Especiais	0%	R\$ 0,00
Procedimentos Básicos	0%	R\$ 0,00
Procedimentos Especiais	0%	R\$ 0,00
Fisioterapia ²	40%	R\$ 50,00
Fonoaudiologia ²	40%	R\$ 50,00

Nutrição ¹	40%	R\$ 50,00
Psicoterapia ²	40%	R\$ 50,00
Diálise ou Hemodiálise	0,00%	-
Quimioterapia	0,00%	-
Radioterapia	0,00%	-
Internação	-	R\$ 0,00

2. PLANO REFERÊNCIA

Cumprindo as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o plano Referência, com abrangência regional, quarto coletivo, e sem coparticipação, está disponível para contratação na plataforma de vendas online.

3. INFORMAÇÕES GERAIS

O presente Manual de Vendas estabelece regras para a comercialização de planos assistenciais médicos para empresas PME que possuem de 2 a 99 beneficiários.

3.1 Preços dos planos

Os preços dos planos devem ser consultados na plataforma de vendas online, diretamente com o gestor comercial ou no kitcorretoramil.com.br.

Apesar de disponibilizarmos a tabela de preços em PDF, os valores divulgados nesse material são uma referência, sendo necessário a cotação na plataforma para a visualização do preço final.

3.2 Vigência da Tabela de Preço

A vigência dos preços é divulgada no material comercial. As mudanças na tabela de preços serão comunicadas pelos gestores comerciais através dos canais de comunicação e kitcorretoramil.com.br.

No caso de campanhas promocionais, as regras e preços serão informados em comunicados específicos.

3.3 Formação de preço

O valor da mensalidade é calculado previamente com base no somatório dos valores individuais por faixa etária de todos os beneficiários. Assim, o valor correto sempre será o da proposta emitida na ferramenta de vendas, após a digitação de todas as vidas.

3.4 Reajuste anual

A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do contrato ou na periodicidade prevista pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no contrato.

Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).

3.5 Reajuste por mudança de faixa etária

Durante a vigência do contrato, o valor estará sujeito a aumento de preço por mudança de faixa etária de cada beneficiário incluído na proposta, que incidirá sobre o valor da mensalidade imediatamente anterior.

O acréscimo incidirá no mês seguinte àquele em que ocorrer o ingresso do beneficiário na idade prevista na faixa etária imediatamente superior. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária ocorrem de forma independente do reajuste anual do contrato.

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	35,8% ao completar 19 anos
24 a 28 anos	17,4% ao completar 24 anos
29 a 33 anos	10% ao completar 29 anos
34 a 38 anos	4,55% ao completar 34 anos
39 a 43 anos	11,71% ao completar 39 anos
44 a 48 anos	20,08% ao completar 44 anos
49 a 53 anos	19,39% ao completar 49 anos
54 a 58 anos	43,77% ao completar 54 anos
59 ou mais	41,83% ao completar 59 anos

3.6 Comissionamento

O pagamento da comissão, incluindo a 1ª parcela, será feito diretamente pela operadora e dependerá da data do pagamento do primeiro boleto pelo cliente e da apresentação das notas fiscais pela CONTRATADA.

O pagamento a cima citado será efetuado até 20 dias após apresentação da nota fiscal.

Importante ressaltar que a data do pagamento do primeiro boleto definirá o início da vigência do contrato.

4. REGRAS DE COMERCIALIZAÇÃO PARA CLIENTES SANTA HELENA (GRUPO AMIL)

Abaixo, as regras de comercialização vigentes, nas vendas para clientes que já são beneficiários do Santa Helena (Grupo Amil).

IMPORTANTE: para identificar se o beneficiário será ou não considerado como repique de venda, o sistema se baseia na DATA DA VENDA DA PROPOSTA, ou seja, **é a data de início da digitação** da proposta no site.

- Beneficiários Santa Helena ativos ou excluídos a menos de 30 dias: a venda será administrativa.
- Após 30 dias do cancelamento em sistema: venda nova (comissionada) e haverá análise de PRC para redução de carência.
- CNPJ cancelado por inadimplência só poderá contratar novo plano após 5 anos de exclusão ou com quitação total da dívida.
- Para que o beneficiário tenha continuidade das carências: Ele deve estar ativo em sistema ou cancelado em até 30 dias, após esse prazo, não haverá continuidade e sim análise de PRC.

5. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

5.1. Modalidade de Contratação

5.1.1. Livre Adesão

Contratação opcional, sem a necessidade de incluir 100% da empresa.

5.2 Elegibilidade **[ATUALIZADO]**

5.2.1 Tipos de empresas

Empresas com CNPJ ativo e enquadradas como LTDA, Eireli, S/S, S/A, MEI, ME, EPP, bem como Pessoas Físicas inscritas no CAEPF (cadastro das Atividades Econômicas das Pessoas Físicas), tais como Produtor Rural, Titular de Cartório, Perito Aduaneiro.

Não serão aceitas contratação para CNPJ que tenha alguma das seguintes naturezas jurídicas:

- Empresa pública, União, Estados, Municípios, Distrito Federal, seus órgãos e demais sociedades controladas por essas, direta ou indiretamente;
- Sociedade de Economia Mista;
- Autarquias, inclusive as de controle das profissões e as agências reguladoras;
- Fundações Públicas;
- Consórcio de sociedades e Consórcios Públicos;
- Fundos Especiais;
- Sistema "S", segundo o entendimento do TCU (Tribunal de Contas da União), procedimento seletivo que observe aos princípios administrativos (SESI, SENAI, SENAC, etc);
- Serviço notarial e registral (cartórios);

5.2.1.1 Coligadas

Caso os CNPJs contratantes sejam diferentes, será aceita a vinculação, a fim de agrupar os contratos e população sob uma única gestão, haverá a necessidade de um vínculo societário ou familiar entre os sócios das empresas que estão se reunindo para contratar o plano.

(Casos excepcionais deverão ser avaliados pela Diretoria Comercial).

Será considerada para os casos de Mínimo de 2 vidas, sendo 1 vida na principal e 1 vida na coligada, se houver vínculo societário, familiar ou de prestação de serviço.

IMPORTANTE: O processo de venda para empresas coligadas não será realizado via Plataforma de Vendas Online, para prosseguir com a cotação e venda será necessário contatar seu gestor comercial.

5.2.1.2 Atividade Econômica (CNAE) com restrição

Não serão aceitas contratações de planos PME Médico para Empresas com as seguintes atividades:

- Empresas de segurança armada;
- Empresas que contenham na sua atividade principal: motoboy, serviços de entregas rápidas, entrega de malotes, delivery e correlatos;

Para empresas de Prestadores de serviços médicos que sejam credenciados ou referenciado, será permitida a contratação apenas para PME porte I, sendo vedada a contratação para PME porte II.

5.2.2 Beneficiários Titulares

Os titulares deverão obrigatoriamente ter vínculo empregatício comprovado através do e-Social ou estar listado no Contrato Social/Ata da empresa contratante. Serão aceitas as seguintes categorias:

- Empregados
- Inativos (demitidos e aposentados)
- Estagiários e aprendizes
- Diretores, presidente e vice-presidente
- Sócios e Administradores

Obs: Inclusive na contratação por CAEPF, os beneficiários titulares deverão comprovar vínculo por meio do e-social com o Produtor Rural ou com o Tabela de Notas, dependendo da Pessoa Contratante.

5.2.3 Beneficiários Dependentes **[ATUALIZADO]**

Para aceitação dos dependentes deverá ser enviada documentação de comprovação de vínculo familiar com o titular.

Direto:

- Cônjuge

- Filhos e seus equiparados (menores adotados judicialmente, enteados e tutelados na forma da lei) até 58 anos 11 meses e 29 dias; em casos de enteados não é obrigatório que o pai ou mãe entre desde que seja comprovado o vínculo com o cônjuge.
- Filhos inválidos

Indireto*:

- Pai e Mãe
- Neto (s) até 58 anos 11 meses e 29 dias

* os dependentes indiretos serão aceitos somente no início da vigência do contrato, podendo o Santa Helena Saúde interromper a qualquer momento essa ação promocional.

Após a implantação do contrato e durante a sua vigência, a regra para inclusão dos dependentes seguirá o disposto no contrato firmado entre as partes, sendo elegíveis cônjuges, filhos solteiros e equiparados até 24 anos 11 meses e 29 dias, e filhos inválidos.

5.3 CRITÉRIOS E DOCUMENTAÇÕES [ATUALIZADO]

5.3.1 Empresas [ATUALIZADO]

Empresa	Critério	Documentação
Empresas (Geral)	<p>Contratos PME devem ter no mínimo 2 beneficiários, sendo pelo menos 1 titular.</p> <p>Empresas MEI só serão aceitas, se o sócio/proprietário aderir ao plano, obrigatoriamente. Assim, em um contrato PME, onde é imperativo ter duas vidas, uma delas será o sócio/proprietário da Empresa MEI. Não há limitação para quantidade de dependentes, contanto que seja observada a regra de grau de dependência especificada nesse Manual de Vendas.</p> <p>Para a contratação de MEI, ME, EPP com código de natureza jurídica de Empresário Individual (213-5), a empresa deve possuir no mínimo 180 dias de cadastro do CNPJ e o mesmo deve estar ativo no momento da análise.</p> <p>Para CNPJ com natureza jurídica de Sociedade Empresarial Limitada (206-2), a empresa deve possuir no mínimo 60 dias de cadastro de Pessoa Jurídica e o mesmo deve estar ativo no momento da análise.</p>	<p>Contrato Social, Requerimento de Empresário, Certificado MEI, Ficha Cadastral Completa, Cartão CNPJ.</p> <p>Declaração de Informação de Saúde (PME de 30 a 99 vidas).</p> <p>Produtor Rural – inscrição no CNPJ, documento comprobatório de inscrição no CAEPF e na Secretaria de Fazenda do Estado em que o Produtor Rural se encontra.</p> <p>Cartório – Documento de comprobatório de inscrição no CAEPF, de inscrição no CNPJ. E, ainda, publicação no Diário Oficial de nomeação do Tabelião de Notas e termo/título de outorga de delegação para exercício das funções notariais e de registro</p>
Coligadas (não aceita CAEPF, antigo CEI)	<p>Contratação em conjunto com a empresa “mãe” (principal).</p> <p>Mínimo de 2 vidas, sendo 1 vida na principal e 1 vida na coligada, se houver vínculo societário, familiar ou de prestação de serviço.</p> <p>A Empresa “mãe” (principal) não pode ser MEI.</p> <p>Fatura individual para cada empresa (principal e coligada).</p>	<p>Mesmos documentos listados acima – Empresas (Geral).</p> <p>Termo Aditivo de Coligadas Pessoa Jurídica até 99 beneficiários.</p> <p>Vínculo societário ou familiar* entre os sócios das empresas que estão se reunindo para contratar o plano, OU contrato de trabalho/ prestação de serviço entre as</p>

	<p>A somatória do grupo (principal e coligada) terá efeito exclusivamente para redução de carência no momento da implantação.</p> <p>Para coligação com Prestador de Serviço, consultar gestor comercial.</p>	<p>empresas que estão se coligando (contrato deverá conter reconhecimento de firma nas assinaturas).</p> <p>*O vínculo familiar deve seguir a relação do item 3.1.4.</p>
Ex-cliente Santa Helena	<p>Beneficiários Santa Helena Ativo ou excluídos a menos de 30 dias: a venda será administrativa.</p> <p>Canceladas por sinistralidade, inadimplência ou por solicitação. Aceitação de novo contrato está sujeita à análise após 30 dias da data do cancelamento, e desde que não apresente débitos anteriores. Não exigiremos o pagamento dos atrasados, desde que a data do cancelamento do contrato anterior seja maior ou igual há 5 anos.</p>	<p>Se a proposta for aceita, a empresa deve enviar os mesmos documentos citados nos quadros acima.</p>

5.3.2 Beneficiários

Empresa	Critério	Documentação
Sócios	Contrato Social.	<p>Cópia do Contrato Social registrado em órgão competente, com a última alteração.</p> <p>No caso de falecimento de um dos sócios, é aceita a alteração contratual informando sobre o espólio do sócio falecido, ou a Certidão de Óbito, sendo necessário o envio da alteração do Contrato Social após 180 dias, a contar da data do óbito.</p>
Administradores e Diretores	Devem constar nomeados no Contrato Social por período mínimo de 6 meses e assinar como tal.	<p>Cópia do Contrato Social registrado em órgão competente atualizado.</p> <p>ATA atualizada do ano atual ou anterior, exclusivamente para Empresas S.A (Sociedade Anônima) ou Empresas Capital Aberto: é aceito diretores/presidentes que constem no último exercício.</p>
Titular (Funcionários)	<p>Devem obrigatoriamente constar inscritos no e-Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empregados • Funcionário intermitente • Inativos (demitidos e aposentados) • Estagiários e Aprendizizes 	<p>Para os funcionários com vínculo comprovado não será necessário o envio de outra documentação. Para aqueles não localizados na base do e-Social: Enviar e-Social (modelos S2200/S2100/S2206). Estes modelos obrigatoriamente deverão conter os seguintes dados: CNPJ da empresa Contratante, Nome do Funcionário, CPF, Data de Admissão e Situação Contratual ATIVA. Não é necessário o envio da ficha de registro e da cópia da carteira de trabalho ou FGTS.</p>
Estagiários		<p>Contrato de estágio assinado pelo estagiário e pelo representante legal da empresa sob carimbo e pela instituição de ensino.</p>

		Carta original em papel timbrado, assinada pelo representante legal da empresa sob carimbo, informando o nome de todos os estagiários em exercício e adesão integral desta categoria funcional ao contrato (sócios e dirigentes e/ou funcionários).
Dependentes	<p>Os dependentes aceitos no momento da contratação do plano estão listados no capítulo acima "Elegibilidade/ Beneficiários Dependentes".</p> <p>Eles devem obrigatoriamente apresentar a documentação respectiva conforme o grau de dependência do quadro ao lado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge: Declaração de União Estável, ou documento de identificação de filhos em comum, ou certidão de casamento ou carta de convivência marital reconhecida em cartório pelo titular. Os mesmos critérios são aceitos para casais homossexuais. • Filhos: Certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe. Para filhos adotivos o responsável legal deverá ser a pessoa que constar na tutela. Poderá ser aceita a guarda definitiva ou provisória. • Enteados: Documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge com o titular. • Pais: Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular. • Netos: Certidão de nascimento do beneficiário com o nome do titular como avô (ó) ou documento de identificação que comprove a filiação do beneficiário, junto com o documento de identidade dos pais do beneficiário, comprovando que o beneficiário é filho do filho do titular.
Inativos	Condição para aposentados e demitidos oriundos de outra operadora.	Carta da antiga operadora, na qual devem constar descritos: os nomes dos beneficiários (titular e dependentes), as datas de início e fim do benefício, além da condição do titular (demitido e /ou aposentado)

6 CARÊNCIAS

Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o CONTRATANTE paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas.

Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT); esses prazos correm de maneira independente e não podem ser somados.

6.1 Tabelas de carências

Os Prazos para Redução de Carência (PRC) classificam-se por suas numerações, conforme definições a seguir:

- **Empresas LTDA, S/C, S/A, EIRELLI, CAEPF entre outras (exceto Empresário individual)**

- Permite redução de carência:
 - EMPREGADOS CLT (titulares, seus dependentes e agregados) até 58 anos, 11 meses e 29 dias.
 - SÓCIOS e DEPENDENTE CÔNJUGE até 68 anos, 11 meses e 29 dias.
 - Outros dependentes e agregados de sócios até 58 anos, 11 meses e 29 dias.

Não permite acima dos limites aqui descritos.

- **Empresário Individual como MEI (exceto Eireli) e CAEPF**

- Permite redução de carência:
 - EMPREGADOS CLT (titulares, seus dependentes e agregados) e PROPRIETÁRIOS (titulares, seus dependentes e agregados) até 58 anos, 11 meses e 29 dias.

Não permite acima dos limites aqui descritos.

Tabela de carências e PRCs

COD SIS	TIPO DE CARÊNCIA	CARÊNCIA CONTRATUAL PADRÃO - PJ	Sem Plano anterior	COM plano anterior de 3 a 12 meses (incompletos)	COM plano anterior mais de 12 meses	
		PRC 606*	PRC 607*	PRC 608*	Sem Congenere	Com Congenere
		Prazo em dias				
		PRC 606*	PRC 607*	PRC 608*	PRC 609*	PRC 610*
100	Consulta em Pronto Socorro	0	0	0	0	0
101	Consulta Eletivas em consultórios,clínicas ou centros médicos	30	1	1	1	0
103	Carência - Exames e procedimentos especiais realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual,exceto os especificados abaixo:	180	90	30	30	0
104	a) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica	180	90	30	30	0
105	b) Exames de Ultra-sonografia	180	90	60	30	0
106	c)TC, RNM ,neurrorradiologia, cardiografia ,mielografia,radiologia intervencionista	180	180	90	30	0
107	d) Exames de Hemodinâmica, e Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia	180	180	150	60	0
108	e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos	180	90	30	30	0
109	f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias (não relacionada a doenças preexistentes)	180	180	150	60	0
110	g) Quimioterapia e Radioterapia (não relacionada a doenças preexistentes)	180	180	180	90	90
111	h)Procedimentos para litotripsia	180	180	150	60	0
112	i) Videolaparoscopia e procedimentos vídeo-assistidos com finalidade terapêutico/diagnóstica ambulatorial	180	180	120	60	0

113	J) Procedimentos para artroscopia	180	90	90	60	0
114	k) Diálise ou hemodiálise (não relacionada a doenças preexistentes)	180	180	150	90	90
115	l) Hemoterapia	180	90	90	90	90
116	Internações em geral (não relacionadas a doenças preexistentes)	180	180	150	60	0
118	Cirurgias em regime de Day-Hospital (não relacionadas a doenças preexistentes)	180	180	120	60	0
117	Internações para obstetria e neonatologia	300	300	300	300	300
120	Exames e Procedimentos básicos em regime ambulatorial, exceto Terapias	30	1	1	1	0
121	Terapias	180	180	180	180	180

**	Estarão sujeitos à CPT as internações cirúrgicas os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-Intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS - RN 262	720	720	720	720	720
*	Não haverá redução dos prazos de carência para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise, hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica, para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese	720	720	720	720	720

Regra válida para as vendas iniciadas a partir de 01/11/23

PRC 606: refere-se à carência integral prevista no Contrato e será aplicado aos beneficiários que não se enquadrarem nos requisitos exigidos nos demais PRCs.

PRC 607: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 a 29 beneficiários que não tenham sido anteriormente vinculados a nenhuma outra operadora ou, ainda que oriundos de alguma delas, não tenham cumprido o tempo mínimo de permanência exigido nos PRCs 608, 609 ou 610.

PRC 608: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 a 29 beneficiários que tenham sido anteriormente vinculados a qualquer outra operadora por período de 3 (três) a 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias e desde que o prazo entre a rescisão contratual com a operadora anterior e a vigência do contrato celebrado com a SHAM não exceda 60 (sessenta) dias.

PRC 609: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 a 29 beneficiários que tenham sido anteriormente vinculados a qualquer outra operadora, com exceção das congêneres, por período superior a 12 (doze) meses e desde que o prazo entre a rescisão contratual com a operadora anterior e a vigência do contrato celebrado com a SHAM não exceda 60 (sessenta) dias.

PRC 610: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 a 29 beneficiários que tenham sido anteriormente vinculados a operadoras congêneres por período superior a 12 (doze) meses e desde que o prazo entre a rescisão contratual com a operadora anterior e a vigência do contrato celebrado com a SHAM não exceda 60 (sessenta) dias.

6.2 Regras para redução e isenção de carência

As regras são válidas somente para empresas PME de 2 a 29 vidas. Para empresas com número igual ou superior a 30 beneficiários, não será exigido o cumprimento dos prazos de carências.

Regra de isenção de carência entre os planos da Santa Helena

Nos casos em que o beneficiário for oriundo de plano Santa Helena, independentemente da idade, se estiver ativo ou excluído por um prazo de até 30 dias da data do protocolo da nova proposta, coberto por um período igual ou superior a 24 meses, o beneficiário NÃO poderá cumprir novo período de carência. Exceto em caso de UPGRADE de plano onde o cliente deverá cumprir carência de 6 meses, apenas para rede, padrão de acomodação e coberturas não existentes no plano anterior.

6.3 Critérios e documentação

Documentação necessária para redução de carência em PMEs de 2 a 29 vidas (PMEs com 30 vidas ou mais, não é necessário o envio da documentação, pois estão isentos de carência.)

A seguinte documentação deverá estar anexada à proposta para ser realizado o estudo de redução de carência PME:

Clientes oriundos de produtos Pessoa Física ou adesão

- carta da operadora anterior, cópia da carteirinha (titular e dependentes) e três últimos boletos quitados.

Clientes oriundos de produtos Pessoa Jurídica

- carta da operadora anterior e cópia da carteirinha (titular e dependentes).

IMPORTANTE: a cópia da carteirinha e/ou boleto quitado podem ser substituídos por relação/relatório analítico emitido pela operadora anterior, quando plano de origem for coletivo empresarial (PME). Nos casos em que o plano de origem for Pessoa Física ou Adesão, a cópia da carteirinha e/ou boleto quitado podem ser substituídos pela Declaração de Quitação, emitida pela Operadora de Origem. Caso os documentos exigidos para o estudo de redução de carência gere interpretações e precisem ser confrontados, o time de Operações poderá exigir outros documentos (fatura do plano/extrato bancário com o pagamento do plano de saúde) com intuito de confirmar a existência dos critérios definidos pela Operadora, para redução de carência. Para a junção de carência entre congêneres podemos ter um período de janela de até 60 dias de uma operadora para outra. Ainda temos o prazo de até 60 dias entre o término da cobertura anterior e a data da venda para reduzir carência.

6.4 Processo de compra de carência

No momento da contratação do plano de saúde através da Plataforma de Vendas Online, o produtor de vendas deverá informar a **Operadora de Origem, Data de Início do Plano Anterior e a Data do Último Pagamento**. Deve anexar a respectiva documentação comprobatória para que seja analisada e aplicado o correto PRC contratual. A falta da correta documentação acarretará na devolução da proposta comercial para regularização de pendência.

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

6.5 Congêneres

Abaixo consta a lista das congêneres do Grupo SANTA HELENA. Como regra geral, as operadoras que foram adquiridas por alguma congênere listada abaixo serão aceitas como tal, após o período de 12 meses da referida aquisição.

SANTA HELENA
Agemed (Hapvida)
Allianz
Assim Saúde
BIOVIDA
Bio Saúde (GNDI)
BlueMed (Alvorecer)
Bradesco
CarePlus

Clinipam
GNDI (Grupo NotreDame Intermédica)
Golden Cross
Greenline (GNDI)
Hapvida
HBC Saúde
Mediplan (GNDI)
MedSênior
Mediservice
Med Tour
Omint
Paraná Clínicas
Plena Saúde Ltda
Porto Seguro
Premium Saúde
PREVENT SENIOR
Promed
Samaritano (PHS)
Santa Casa de Mauá
Santa Casa de Santos / Santa Saúde
São Cristóvão
São Francisco Saúde
Saúde Beneficência
Saúde Sim
SOMPO
SulAmérica
Trasmontano
Unimeds
UNIHOSP
Usisaúde
Vera Cruz (2Care)
Vitallis (GNDI)

Operadoras Grupo Amil (Ana Costa,
Santa Helena, SOBAM/APS)

Operadoras autogestão abaixo:
PETROBRÁS (todas)
Caixa Saúde

7 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão de cobertura pelo prazo de até 24 meses (contados a partir da data da assinatura do contrato) para doenças ou lesões preexistentes informadas na Declaração de Saúde, exclusivamente relacionadas aos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de

alta complexidade, indicados como PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) no Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Vigência da CPT – Cobertura Parcial Temporária – para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	CPT Padrão	CPT Padrão	CPT Padrão	CPT Padrão
Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época da contratação.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

8 OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

8.1 Contratos vigentes

O contrato será disponibilizado junto com a proposta comercial, durante o processo de venda na plataforma, na versão rascunho para conferência dos dados pelo corretor, e para o cliente no momento da conferência e assinatura eletrônica.

8.2 Assinatura das propostas comerciais

Para as propostas emitidas via a plataforma de venda, todas as assinaturas serão feitas de forma eletrônica.

A Proposta Contratual deve ser assinada pelo responsável da empresa, constante da cláusula de administração do contrato social, e a assinatura deverá ser comprovada através da cópia da documentação deste responsável e da empresa (Contrato Social ou RG/CNH). Caso tenha a existência de um “procurador (a)” a empresa deverá encaminhar a procuração junto com um documento que comprove sua assinatura.

Se houver divergência na assinatura com os documentos encaminhados, o PME será devolvido.

8.3 Taxa de comercialização ou cadastro

Não há cobrança de taxas para as vendas realizadas pela Plataforma de Vendas Online.

8.4 Início de vigência

A vigência do contrato se inicia com pagamento do primeiro boleto, no entanto o sistema pode demorar 24h para processar a operação de baixa bancária.

8.5 Cancelamento de proposta

Após a análise da proposta, o cliente receberá o primeiro boleto por e-mail. O boleto terá vencimento de 30 dias e caso não seja pago dentro desse período a

proposta será automaticamente cancelada. E caso o cliente ainda queria adquirir o plano, deverá iniciar uma nova proposta.

8.6 Vigência e renovação do contrato

O presente contrato terá o prazo mínimo de vigência inicial de 12 (doze) meses, contados a partir do pagamento referente à mensalidade inicial, conforme disposto nas normas da ANS relacionadas à contratação de planos de saúde. A renovação será automática, vigorando por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

O vencimento do segundo boleto ocorrerá 30 (trinta) dias após a data de início de vigência, no dia do mês correspondente à data do primeiro pagamento.

8.7 Regra de Repasse e Assessoria **[ATUALIZADO]**

Não será permitido vinculação de REPASSES entre ASSESSORIAS/PLATAFORMAS de diferentes estados. Para as novas vinculações é mandatório que as UFs entre REPASSES e ASSOSSORIAS/PLATAFORMAS sejam iguais.

9 REVISÃO DE DOCUMENTO

VERSÃO	DATA	MODIFICAÇÃO
2024.01	08/05/2024	<ul style="list-style-type: none">- Alteração na regra de aceitação de beneficiários dependentes no item 5.2.3, bem como na tabela de critérios de documentação dos beneficiários no item 5.3.2- Atualização da regra de elegibilidade para empresas MEI no item 5.3.1 Critérios e Documentação para Empresas.- Inclusão de regra de aceitação de CNPJ com natureza jurídica de Sociedade Empresarial Limitada no item 5.3.1 que contém a regra de Empresas;- Inclusão do item 8.7 que trata sobre a Regra de Repasse e Assessoria.



Plano de Saúde SANTA HELENA SAÚDE LTDA.
CNPJ: 43.293.604/0001-86