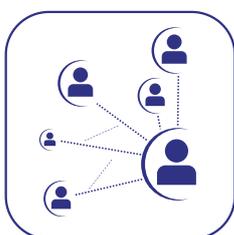


# Tabela de Preços - Pessoa Física

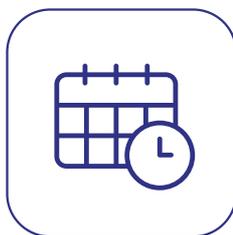
## Condições Gerais



**Entidades**



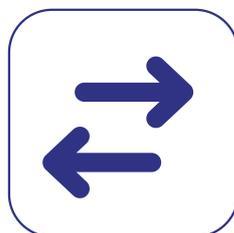
**Documentos**



**Tabela de  
Carências**



**Mudança de Plano  
com Carência  
Reduzida**



**Prazos de  
Portabilidade  
de Plano**



**Condições  
para Redução  
de Carência**



**Adesão,  
Pagamento e  
Vigência**



**Planos sem  
Coparticipação  
e Odontológico**



**Área de  
Cobertura**



**Rede de  
Atendimento**



**Informações**



## ENTIDADES

Estas são as entidades para as quais a Use Saúde tem acordo operacional, oferecendo planos de saúde coletivos por adesão em condições especiais.



### **Associação Brasileira dos Estudantes e Profissionais Autônomos**

A ABEPA tem como objetivo apoiar e defender os interesses dos estudantes e profissionais autônomos a nível nacional. Promovemos assistência à saúde a baixo custo, respeitando as diversidades e individualidades de cada associado.



### **Comerciantes Associados do Brasil**

A Comabra é uma associação criada para defender os interesses dos comerciantes em todo território nacional. Oferecemos diversos benefícios aos proprietários e colaboradores do comércio.



## DOCUMENTOS

<p align="center"><b>Titular</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG com o CPF ou CNH;</li> <li>• Comprovante de Endereço com até 60 dias de emissão;</li> <li>• Cópia do Cartão do SUS.</li> </ul>
<p align="center"><b>Cônjuge / Companheiro (a)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG com o CPF ou CNH;</li> <li>• Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (Registrada em Cartório);</li> <li>• Cópia do Cartão do SUS.</li> </ul>
<p><b>Filho (a) legítimos (a), adotados (a), e o menor sob guarda ou tutela, com comprovação de dependência econômica.*</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento, de Adoção ou Documento Tutelar Legal;</li> <li>• Cópia do RG com o CPF;</li> <li>• Cópia do Cartão do SUS.</li> </ul>
<p><b>Filho (a) inválido (a), sem limite de idade, desde que comprovada a dependência econômica.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento;</li> <li>• Cópia do RG com o CPF;</li> <li>• Comprovante de invalidez de acordo com a Legislação Vigente da Previdência Social e Imposto de Renda;</li> <li>• Cópia do Cartão do SUS.</li> </ul>
<p align="center"><b>Pai ou Mãe do Titular Sogra / Sogra</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG com o CPF ou CNH;</li> <li>• Cópia do Cartão do SUS.</li> </ul>

**Obs:**

1. Os documentos listados acima deverão ser atualizados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição.

2. Serão aceitos como associados beneficiários titulares, cônjuge ou companheiro (a), filhos solteiros menores de 24 anos, filhos inválidos sem limite de idade mãe e/ou madrasta, pai ou padrasto até o limite de idade máxima estabelecido pela operadora.

3. A Use Saúde poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



## TABELA DE CARÊNCIAS

GRUPOS	PRAZOS PARA USO	PROCEDIMENTOS/EVENTOS MÉDICOS E OU HOSPITALARES COBERTOS
0	24 horas	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C da lei nº 9.656/98.
1	30 dias	Atendimento em prontos-socorros, gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para paciente; Exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não constatadas); eletrocardiograma.
2	90 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, mamografia; Endoscopia digestiva alta; Teste ergométrico; Ultrassonografias; Eletroencefalografia, exames oftalmológicos; Fisioterapia.
3	120 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores realizados em regime ambulatorial, cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); Exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia; Exames endoscópios (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); Provas de função pulmonar; Líquor; mapeamento de retina; Exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; Holter; Eletroneuromiografia; Exames de citologia oncótica (papanicolau); Densitometria óssea; Exames radiológicos contrastados.
4	180 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, internações, clínicas e cirúrgicas, com exceção do previsto nos grupos de carência 5 e 6; Laparoscopia; Tomografia computadorizada; Coronariografia; Ressonância magnética; com exceção daqueles no Grupo de carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
5	180 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, consultas/sessões com Psicólogo e ou terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista; Sessão de psicoterapia; Diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; Procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e suas consequências; Internações hospitalares psiquiátricas; Internações hospitalares de portadores de doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusiva AIDS; Hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; Neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vâsculo-cerebral; Angioplastias em geral; Quimioterapia e radioterapia; Procedimentos cobertos com diretrizes de utilização, conforme definidos no ROL de Procedimentos e Eventos da ANS (tais, como cirurgias esterilizantes, cirurgia retrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); Procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.
6	300 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a beneficiária, titular ou Dependente, adquire o direito à cobertura de partos.



## MUDANÇA DE PLANO COM CARÊNCIA REDUZIDA

1. O plano atual deve ter sido contratado após 1º de Janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98).
2. O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado.
3. O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades.
4. O beneficiário deve cumprir o prazo mínimo de permanência no plano.
5. O plano de destino deve **ser compatível** com o seu plano atual, caso haja.

### 1ª Portabilidade

2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente

### 2ª Portabilidade

Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior



## PRAZOS DE PORTABILIDADE DE PLANO

Tempo de Plano Anterior	Até 06 meses (Prazos Contratuais)	Até 07 meses (Tabela 1)	De 13 a 24 meses (Tabela 2)	Mais de 24 meses (Tabela 3)
<b>PRAZOS CARENCIAIS</b>				
0	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
1	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
2	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
3	120 dias	90 dias	30 dias	24 horas
4	180 dias	150 dias	120 dias	90 dias
5	180 dias	180 dias	180 dias	150 dias
6	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

## Cobertura Parcial Temporária (CPT)

É a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de até 24 meses, de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.



## CONDIÇÕES PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

1. Possuir um plano de saúde anterior, de acordo com a "Relação de Operadoras Congêneres", por um período mínimo de 6(seis) meses e que opte(m), no prazo máximo de 30 dias do seu desligamento no plano anterior, por um dos planos aqui escolhidos.

**NÃO** serão reduzidas carências para solicitante que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

1. Cujo fim da vigência do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias à data de início de vigência do benefício decorrente desta Proposta;
2. Estejam inadimplentes nas últimas 3 (três) mensalidades;
3. Proponentes oriundos de planos que ofereçam somente cobertura hospitalar.

## Relação de Operadoras Congêneres

Todas as Operadoras com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que o beneficiário seja oriundo de um plano com segmentação similar ao plano contratado (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia)

## Documentação Necessária

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora:

Para Proponentes Oriundos de Plano de Saúde Individuais ou Familiares:

1. Comprovante de vigência e de participação em plano de saúde anterior (Declaração de Permanência), devendo ser respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias entre o fim de vigência do plano anterior e o início da vigência no benefício decorrente desta Proposta;
2. Comprovante de quitação das últimas 3 (três) mensalidades do plano de saúde anterior, imediatamente anterior à vigência do benefício decorrente dessa Proposta;
3. Cópia do cartão de identificação da Operadora anterior, ou, na falta deste, cópia do contrato assinado junto à Operadora.

Para Proponentes Oriundos de Plano de Saúde Coletivos Empresariais ou por Adesão:

1. Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
  - Operadora Contratada;
  - Tipo de Plano e Acomodação em Internação;
  - Relação de Beneficiários (Titular e Dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura



## ADESÃO, PAGAMENTO E VIGÊNCIA: COMO FUNCIONA?

Aqui na Use Saúde, o pagamento é feito através de boleto.

Período de Adesão	Data de Vigência	Vencimento do Boleto
Do dia 01 a 15 do mês	Dia 01 do mês subsequente	Dia 01 de cada mês
Do dia 16 a 30 do mês	Dia 15 do mês subsequente	Dia 15 de cada mês

### Custo de Implantação

A Use Saúde **não cobra** taxa de adesão no ato da assinatura de sua proposta por conta da intermediação do plano contratado. Os corretores e ou intermediadores cobram 100% do valor na 1ª parcela.

- O pagamento antecipado não implica na antecipação do início da vigência.
- A data do vencimento do boleto não pode ser alterado.



## TABELA DE PREÇOS PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO:

Data da tabela: 01/04/2023

Atualização do Material: 04/2023

Validade até: **Agosto 2023**

### COM ODONTO

PRODUTO	AACL 200 ADESAO SP ENF ANS 481.779/18-6	AACL 500 ADESAO SP APTO ANS 481.778/18-8
FAIXA ETÁRIA	VALOR R\$	VALOR R\$
0 a 28 anos	119,90	179,90
29 a 43 anos	169,90	249,90
44 a 58 anos	264,90	389,90
59 a 99 anos	508,90	709,90

- Idade máxima de 74 anos para entrada no plano.
- Tabela de preços acima, contemplam: Plano odontológico - Dentalpar Master I Adesão (477.891/17-0) - R\$ 10,00
- Taxa Associativa: R\$ 4,00
- Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.



## ÁREA DE COBERTURA:

### SÃO PAULO CAPITAL :

Regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Central

### REGIÃO METROPOLITANA E GRANDE ABC :

São Bernardo do Campo

Santo André

São Caetano do Sul

Diadema

Guarulhos

Osasco

Ribeirão Pires



## REDE DE ATENDIMENTO:

### SÃO PAULO

Região	Hospitais	Enfermaria e Apartamento
Zona Leste	H. Santa Clara	H / PSA / PSI
	H. Santo Expedito	PSA
	H. Paranaguá	PSA
	H. Personal Mooca	Hospital Retaguarda
	H. e Maternidade Santa Izildinha	PSI / PSA / M
Zona Oeste	H. Jardins	PA
	Clínica Prime - Lapa	PA
Centro	H. São Rafael	H
Zona Sul	H. Ruben Berta	PSI / AMB / H / PSA
	São Rafael	PA
	H. Vidas	PSI / PSA / M

PSA = Pronto Socorro Adulto / PSI = Pronto Socorro Infantil / AMB = Ambulatório / M = Maternidade / H = Internação Eletiva

### ABC | GUARULHOS | OSASCO

Região	Hospitais	Enfermaria e Apartamento
Santo André	H. das Acácias	H / PSA / PSI
São Caetano	H. Santa Ana	H / PSA / PSI
S.B. do Campo	Sta. Casa de São Bernardo	H / PSA / PSI
Guarulhos	H. Bom Clima	H / PSA / PSI
Osasco	H. Nossa Sra. de Fátima	H / PSA / PSO

H = Internação Eletiva / PSA = Pronto Socorro Adulto / PSI = Pronto Socorro Infantil / PSO = Pronto Socorro Ortopédico

Resumo da rede médica credenciada.

Informações resumidas e sujeitas a alterações por parte da operadora.

Este material técnico é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultor de vendas, não podendo ser cedido e divulgado por terceiros. A validade das tabelas aqui constantes compreende o período indicado e a suspensão de sua comercialização ou a exclusão de uma ou mais entidades de classe podem ocorrer a qualquer momento e sem prévio aviso. Todas as Informações aqui contidas são resumidas e sujeitas a alterações sem aviso prévio. Consulte também o site da operadora: [www.classeslaboriosas.org.br](http://www.classeslaboriosas.org.br)

### LABORATÓRIOS - PLANOS PESSOA FÍSICA:

**labi**  
exames

**Davita**<sup>®</sup>



## INFORMAÇÕES:

**Telefone:**

(11) 5116-4066

**E-mail:**

vendas@usesaude.com

**Endereço:**

Av. Iraí, 79 - 6º andar - Indianópolis

**Horário de Atendimento:**

das 09h00 às 17h00