PME

Select
Operadora de Planos de Saúde

# TABELAS
# DE VENDAS

COPARTICIPAÇÃO

CARÊNCIAS

VIGÊNCIAS

TABELAS DE VENDA

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

## Paraíba

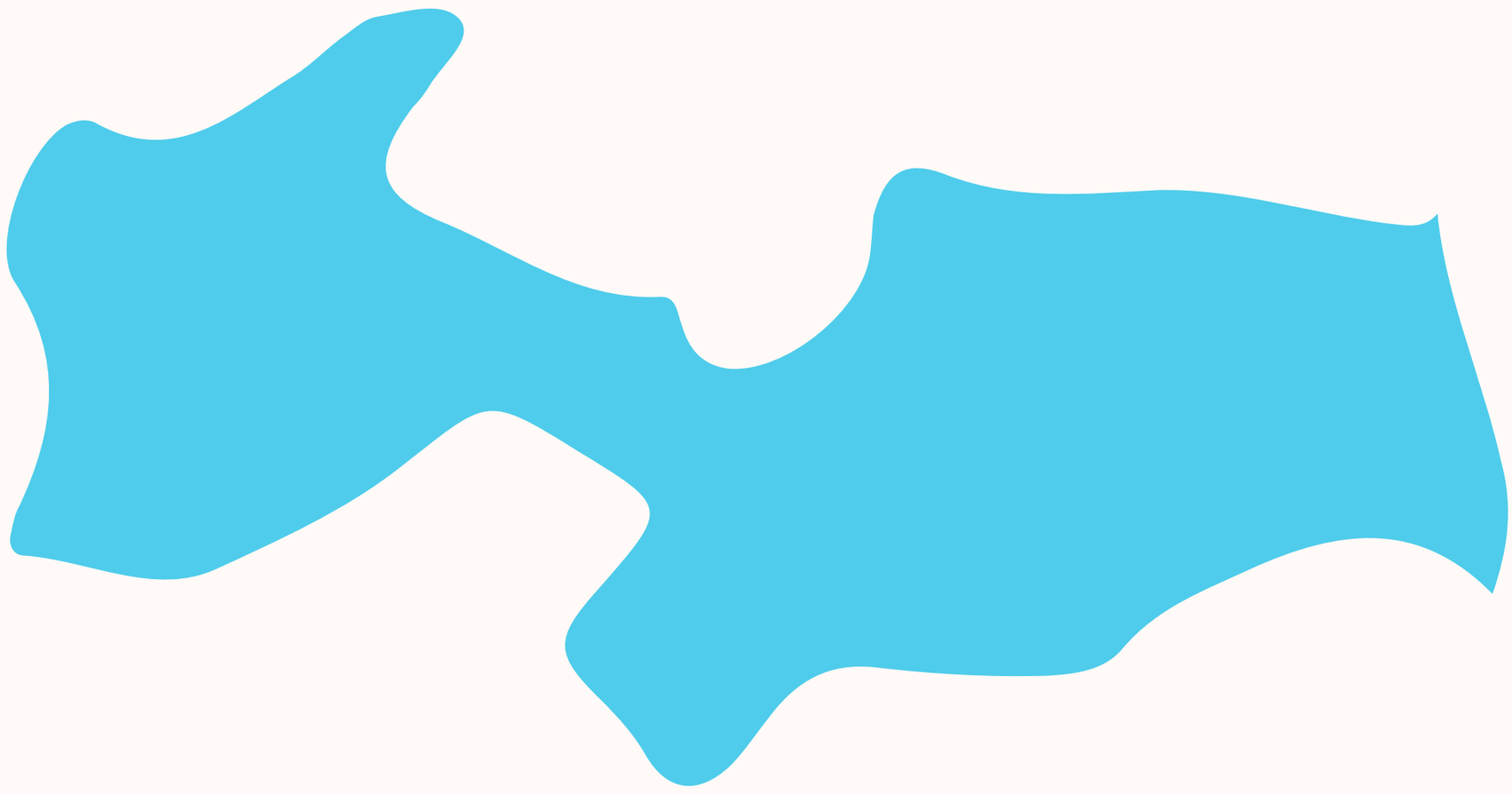
# Regiões de comercialização

**SELECT JOÃO PESSOA:** Bayeux, Itapororoca, Pitimbu, Cabedelo, Jacaraú, Cruz do Espírito Santo, Conde, Mamanguape, Juripiranga, João Pessoa, Marcação, Mari, Lucena, Mataraca, Pilar, Santa Rita, Pedro Régis, Riachão do Poço, Baía da Traição, Rio Tinto, São José dos Ramos, Capim, Alhandra, São Miguel de Taipu, Cuité de Mamanguape, Caaporã, Sapé, Curral de Cima, Pedras de Fogo, Sobrado.

**SELECT CENTRAL PARAIBANO:** Alagoa Grande, Damião, Belém, Alagoa Nova, Nova Floresta, Caiçara, Areia, Olivedos, Cuitegi, Bananeiras, Pocinhos, Duas Estradas, Borborema, Remígio, Guarabira, Matinhas, Soledade, Lagoa de Dentro, Pilões, Sossêgo, Logradouro, Serraria, Araruna, Mulungu, Boa Vista, Cacimba de Dentro, Pilõezinhos, Campina Grande, Casserengue, Pirpirituba, Fagundes, Dona Inês, Serra da Raiz, Lagoa Seca, Riachão, Sertãozinho, Massaranduba, Solânea, Caldas Brandão, Puxinanã, Tacima, Gurinhém, Queimadas, Areial, Ingá, Serra Redonda, Esperança, Itabaiana, Algodão de Jandaíra, Montadas, Itatuba, Arara, São Sebastião de Lagoa de Roça, Juarez Távora, Barra de Santa Rosa, Alagoinha, Mogeiro, Cuité, Araçagi, Riachão do Bacamarte, Salgado de São Félix, Gado Bravo, Santa Cecília, Aroeiras, Natuba, Umbuzeiro.

**SELECT SERTÃO PARAIBANO:** Bernardino Batista, Belém do Brejo do Cruz, Ibiara, São José do Bonfim, Manaíra, Santa Cruz, Bom Jesus, Bom Sucesso, Itaporanga, Aguiar, Maturéia, São Bentinho, Bonito de Santa Fé, Brejo do Cruz, Pedra Branca, Catingueira, Princesa Isabel, São Domingos, Cachoeira dos Índios, Brejo dos Santos, Santa Inês, Coremas, São José de Princesa, São Francisco, Cajazeiras, Catolé do Rocha, Santana de Mangueira, Emas, Tavares, São José da Lagoa Tapada, Carrapateira, Jericó, São José de Caiana, Igaracy, Teixeira, Sousa, Joca Claudino, Lagoa, Serra Grande, Nova Olinda, Aparecida, Vieirópolis, Monte Horebe, Mato Grosso, Areia de Baraúnas, Olho d'Água, Cajazeirinhas, Vista Serrana, Poço Dantas, Riacho dos Cavalos, Cacimba de Areia, Piancó, Condado, Poço de José de Moura, São Bento, Mãe d'Água, Santana dos Garrotes, Lastro, Santa Helena, São José do Brejo do Cruz, Passagem, Água Branca, Malta, São João do Rio do Peixe, Boa Ventura, Patos, Cacimbas, Marizópolis, São José de Piranhas, Conceição, Quixaba, Desterro, Nazarezinho, Triunfo, Curral Velho, Santa Teresinha, Imaculada, Paulista, Uiraúna, Diamante, São José de Espinharas, Juru, Pombal.

**SELECT PREMIUM PARAÍBA:** Bayeux, Itapororoca, Pitimbu, Cabedelo, Jacaraú, Cruz do Espírito Santo, Conde, Mamanguape, Juripiranga, João Pessoa, Marcação, Mari, Lucena, Mataraca, Pilar, Santa Rita, Pedro Régis, Riachão do Poço, Baía da Traição, Rio Tinto, São José dos Ramos, Capim, Alhandra, São Miguel de Taipu, Cuité de Mamanguape, Caaporã, Sapé, Curral de Cima, Pedras de Fogo, Sobrado, Alagoa Grande, Ingá, São Bentinho, Alagoa Nova, Itabaiana, São Domingos, Areia, Itatuba, São Francisco, Bananeiras, Juarez Távora, São José da Lagoa Tapada, Borborema, Mogeiro, Sousa, Matinhas, Riachão do Bacamarte, Vieirópolis, Pilões, Salgado de São Félix, Serraria, Aroeiras, Boa Vista, Gado Bravo, Campina Grande, Natuba, Fagundes, Santa Cecília, Lagoa Seca, Umbuzeiro, Massaranduba, Vista Serrana, Puxinanã, Olho d'Água, Queimadas, Piancó, Serra Redonda, Santana dos Garrotes, Areial, Água Branca, Esperança, Cacimbas, Montadas, Desterro, São Sebastião de Lagoa de Roça, Imaculada, Caldas Brandão, Juru, Gurinhém, Manaíra, Areia de Baraúnas, Maturéia, Cacimba de Areia, Princesa Isabel, Mãe d'Água, São José de Princesa, Passagem, Tavares, Patos, Teixeira, Quixaba, Aparecida, Santa Teresinha, Cajazeirinhas, São José de Espinharas, Condado, São José do Bonfim, Lastro, Aguiar, Malta, Catingueira, Marizópolis, Coremas, Nazarezinho, Emas, Paulista, Igaracy, Pombal, Nova Olinda, Santa Cruz.



**Select Premium:** Toda a Rede Credenciada da Select na Paraíba ou em qualquer cidade/estado que tenha rede Select.

voltar ao topo

# Coparticipação

Nas opções de planos com coparticipação, o cliente paga, além da mensalidade, uma pequena parte do valor dos procedimentos que realizar. Uma ótima forma de equilibrar o orçamento, possibilitando a diminuição da sinistralidade e incentivando o uso consciente do plano.

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO (Por procedimento realizado) | TETO (Por procedimento realizado) |
|---|---|---|
| Consultas Eletivas (agendadas) | R$ 30,00 | - |
| Atendimento de Urgência e Emergência | R$ 45,00 | - |
| Exames Simples | R$ 5,00 | - |
| Exames de Alta Complexidade | 30% | R$70,00 |
| Limitador mensal de coparticipação por beneficiário. | - | R$250,00 |

O valor da coparticipação se dará a cada procedimento realizado.

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO | TETO |
|---|---|---|
| **TERAPIAS**<br>Não contempla limitador mensal | 30% | R$ 45,00<br>valor máximo por sessão |

voltar ao topo

# Carências

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIA CONTRATUAL | CARÊNCIA NÍVEL 1 | CARÊNCIA NÍVEL 2 | CARÊNCIA NÍVEL 3 | CARÊNCIA NÍVEL 4 | CARÊNCIA NÍVEL 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Urgência e Emergência (acidentes pessoais) | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas | 24 horas |
| Consultas e Exames Simples | 15 dias | 15 dias | 15 dias | 15 dias | 15 dias | 24 horas |
| Exames e Procedimentos Especiais | 180 dias | 90 dias | 30 dias | 90 dias | 30 dias | 30 dias |
| Terapia | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias |
| Internações Clínicas, Cirúrgicas e em UTI (não relacionadas a Doenças/Lesões Preexistentes) | 180 dias | 90 dias | 30 dias | 90 dias | 30 dias | 24 horas |
| Saúde Mental (consultas e sessões) | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias | 180 dias |
| Partos | 300 dias | 300 dias | 300 dias | 300 dias | 300 dias | 300 dias |
| Doenças ou Lesões Preexistentes | 720 dias | 720 dias | 720 dias | 720 dias | 720 dias | 720 dias |

**Beneficiários vindos de Congêneres:**
Nível 1: mínimo de 6 meses no plano anterior;
Nível 2: mínimo de 1 ano no plano anterior;

**Beneficiários vindos de Autogestão:**
Nível 3: mínimo de 1 ano no plano anterior
Nível 4: mínimo de 2 anos no plano anterior

**Beneficiários vindos de Congêneres:**
Nível 10: mínimo 24 meses no plano anterior, com até 64 anos de idade.

voltar ao topo

# Relação de Operadoras Congêneres

| Operadoras | Operadoras |
|---|---|
| Alice QSaúde | Omint |
| Allianz | PlanSaúde |
| Ameplan | PlanSul |
| Amil (Grupo de Operadora) | Plena Saúde |
| Assefaz | Porto Seguro |
| BB Seguros | Prevent Senior |
| Bio Saúde | Promédica |
| Bio Vida | Quallity Pró Saúde |
| Bradesco Saúde | SAMEL |
| Caixa Seguros | São Cristóvão |
| Cassi | Saúde Casseb |
| Cruz Azul | Saúde Sim |
| Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú) | SB Saúde |
| Gama Saúde | Slam |
| Geap | Sompo Seguros |
| GNDI e Hapvida (Notredame e Intermédica) | Sul América |
| Golden Cross | Tempo Med* |
| Humana | Transmontano |
| Ideal Saúde | Unihosp |
| MedSenior | Unimed's |
| MedSul* | You Saúde |
| Nossa Saúde | |

***Sujeito a Análise**

**Relação de Operadoras AUTO GESTÃO:**

Assefaz, Cassi, Caixa, Imas, Ipasgo e Petrobras (sujeito a análise).

voltar ao topo

# Análise de redução de carências Select

**DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

✓ 2 (dois) últimos comprovantes de pagamentos do plano anterior (sendo o último dentro de 60 dias do envio).

+

✓ Cópia da carteirinha do plano anterior (frente e verso) OU Declaração de Permancência do plano anterior.

- Cliente **NÃO** apresentou cópia do cartão com **data de inclusão**, mas apresentou os comprovantes de pagamento da operadora anterior, poderá ser considerado na contagem do tempo de plano:

**Exemplo 1:** Cliente enviou os 6 (seis) últimos comprovantes de pagamento (sendo o último dentro de 60 dias do envio): será considerado Nível 1.

**Exemplo 2:** Cliente enviou os 4 (quatro) últimos comprovantes de pagamento (sendo o último dentro de 60 dias do envio): não haverá redução, pois o tempo mínimo de plano anterior para redução é de 6 meses.

- Cliente apresentou cópia do cartão, **mas NÃO consta a data de inclusão**, mas apresentou **o primeiro** e **os dois últimos comprovantes** de pagamento anterior (dentro de 60 dias). Aproveitaremos o tempo entre o primeiro e o último pagamento (conforme nível).
- Cliente apresentou cópia do cartão, **mas NÃO consta a data de inclusão, porém** apresentou **a Proposta de Adesão do plano anterior (assinada e datada) e os dois últimos comprovantes** de pagamento anterior (dentro de 60 dias), será aceito.

- Cliente **APRESENTOU** carta de permanência da operadora anterior, porém o documento **cita a palavra "PORTABILIDADE",** será obrigatória o envio de uma carta de próprio punho com a ciência que **NÃO** trata-se de Portabilidade.

## CARTA DE PRÓPRIO PUNHO DANDO CIÊNCIA QUE NÃO SE TRATA DE PORTABILIDADE

Eu_____CPF_____Declaro que é de minha livre decisão a aquisição de um contrato novo de plano de saúde, que terá suas carências reduzidas conforme análise da operadora.

Estou ciente de que NÃO se trata de PORTABILIDADE de contrato, conforme regras da Agência Nacional de Saúde – ANS, e todas as minhas dúvidas foram sanadas.

_____

Assinatura com data

voltar ao topo

# Vigências

## Para contratos PME

Você poderá cadastrar propostas a qualquer dia, ou seja, não existe data limite para entrega de proposta, a vigência será 24h após a data de baixa do pagamento do primeiro boleto em sistema e o vencimento 30 dias após a vigência.

| Pagamento do primeiro Fatura | Data da baixa do pagamento em sistema | Vigência | Vencimento das próximas faturas |
|---|---|---|---|
| 01/04/2025 | 02/04/2025 | 03/04/2025 | 02/05/2025 |

## IMPORTANTE

**Vencimento do primeiro boleto:** 10 dias após a assinatura da proposta.

**Prazo de baixa bancária:** pagamentos realizados em dias úteis, a baixa de pagamento ocorre no dia seguinte. Pagamento realizados em finais de semana e feriados a baixa poderá ocorrer em até 72 horas.

**Alteração data de vencimento:** caso a empresa queira alterar a data de vencimento do boleto, poderá acionar a equipe de Pós-vendas e solicitar análise de alteração.

| PARA CONTRATOS EMPRESARIAL E CORPORATIVO |
|---|
| **1.** Corretor envia ao time de Apoio Comercial a Proposta Comercial assinada pelo responsável pela empresa/RH, junto com os documentos: |
| ✓ Cartão CNPJ<br>✓ Contrato social, alteração contratual consolidada (documento da empresa).<br>✓ Vinculo Empregaticio<br>✓ Aditivo grupo econômico (caso possua locação).<br>✓ Layout com dados dos beneficiários<br>✓ Nome completo, CPF e e-mails do responsável pela empresa, que irá assinar os documentos e de uma testemunha. |
| **2.** Operadora valida os dados recebidos; gera a Proposta de Adesão e o Contrato e envia para assinatura digital. |
| **3.** Após documento assinado, implantamos a proposta no sistema e geramos o boleto. |
| **Vigência, poderá ser informado pelo Correto conforme desejo do cliente ou seguirá o segue o modelo das propostas PME.** |

voltar ao topo

# Soluções Corporativas

## Select Corporate:

Empresarial a partir de 100 vidas.

## Select Care:

Oferecemos atenção integral à saúde. Nele, o atendimento é centralizado em um médico que conhece a saúde do beneficiário para que o tratamento fique mais ágil e assertivo.

## Select Flex:

Seu plano pode ser modelado especialmente para sua empresa. Nele, você escolhe os valores de coparticipação e determina a administração das liberações.

## Select Black:

Neste plano oferecemos o que há de melhor no atendimento à saúde, atendendo às necessidades dos administradores e executivos.

voltar ao topo

Select
Operadora de Planos de Saúde

# Tabelas de Venda

## JOÃO PESSOA, CENTRAL PARAIBANO E SERTÃO PARAIBANO

voltar ao topo

| TABELA LIVRE ADESÃO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ENFERMARIA E APARTAMENTO | | | | |
| Faixa Etária | PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA | PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO |
| 0 a 18 | 235,50 | 292,02 | 228,43 | 283,26 |
| 19 a 23 | 295,41 | 366,31 | 286,55 | 355,32 |
| 24 a 28 | 359,75 | 446,09 | 348,96 | 432,71 |
| 29 a 33 | 419,67 | 520,39 | 407,08 | 504,78 |
| 34 a 38 | 466,29 | 578,19 | 452,30 | 560,85 |
| 39 a 43 | 528,43 | 655,26 | 512,58 | 635,60 |
| 44 a 48 | 592,79 | 735,06 | 575,01 | 713,01 |
| 49 a 53 | 670,46 | 831,37 | 650,34 | 806,43 |
| 54 a 58 | 834,67 | 1.034,99 | 809,63 | 1.003,94 |
| 59 acima | 1.178,62 | 1.461,49 | 1.143,26 | 1.417,64 |
| SELECT JOÃO PESSOA EMPRESARIAL 100 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT JOÃO PESSOA EMPRESARIAL 200 – APARTAMENTO | | | | |
| SELECT CENTRAL PARAIBANO EMPRESARIAL 100 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT CENTRAL PARAIBANO EMPRESARIAL 200 – APARTAMENTO | | | | |
| SELECT SERTÃO PARAIBANO EMPRESARIAL 100 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT SERTÃO PARAIBANO EMPRESARIAL 200 – APARTAMENTO | | | | |
| *Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses. | | | | |

voltar ao topo

| TABELA COMPULSÓRIO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ENFERMARIA E APARTAMENTO | | | | |
| Faixa Etária | PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA | PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO |
| 0 a 18 | 230,27 | 285,53 | 223,36 | 276,96 |
| 19 a 23 | 288,85 | 358,17 | 280,18 | 347,43 |
| 24 a 28 | 351,76 | 436,18 | 341,21 | 423,09 |
| 29 a 33 | 410,34 | 508,82 | 398,03 | 493,56 |
| 34 a 38 | 455,92 | 565,34 | 442,25 | 548,38 |
| 39 a 43 | 516,69 | 640,70 | 501,19 | 621,47 |
| 44 a 48 | 579,62 | 718,73 | 562,23 | 697,17 |
| 49 a 53 | 655,56 | 812,89 | 635,89 | 788,51 |
| 54 a 58 | 816,12 | 1.011,99 | 791,64 | 981,63 |
| 59 acima | 1.152,43 | 1.429,01 | 1.117,85 | 1.386,14 |
| SELECT JOÃO PESSOA EMPRESARIAL 100 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT JOÃO PESSOA EMPRESARIAL 200 – APARTAMENTO | | | | |
| SELECT CENTRAL PARAIBANO EMPRESARIAL 100 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT CENTRAL PARAIBANO EMPRESARIAL 200 – APARTAMENTO | | | | |
| SELECT SERTÃO PARAIBANO EMPRESARIAL 100 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT SERTÃO PARAIBANO EMPRESARIAL 200 – APARTAMENTO | | | | |
| *Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses. | | | | |

voltar ao topo

# Tabelas de Venda

PREMIUM PARAÍBA

voltar ao topo

| TABELA LIVRE ADESÃO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ENFERMARIA - APARTAMENTO | | | | |
| Faixa Etária | PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA | PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO |
| 0 a 18 | 268,47 | 332,90 | 260,41 | 322,92 |
| 19 a 23 | 336,77 | 417,59 | 326,67 | 405,06 |
| 24 a 28 | 410,12 | 508,54 | 397,81 | 493,29 |
| 29 a 33 | 478,42 | 593,24 | 464,07 | 575,45 |
| 34 a 38 | 531,57 | 659,14 | 515,62 | 639,37 |
| 39 a 43 | 602,41 | 747,00 | 584,34 | 724,58 |
| 44 a 48 | 675,78 | 837,97 | 655,51 | 812,83 |
| 49 a 53 | 764,32 | 947,76 | 741,39 | 919,33 |
| 54 a 58 | 951,52 | 1.179,89 | 922,98 | 1.144,49 |
| 59 acima | 1.343,63 | 1.666,10 | 1.303,32 | 1.616,11 |
| SELECT PREMIUM PARAÍBA EMPRESARIAL 110 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT PREMIUM PARAÍBA EMPRESARIAL 120 – APARTAMENTO | | | | |
| *Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses. | | | | |

voltar ao topo

## TABELA COMPULSÓRIO

| ENFERMARIA - APARTAMENTO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Faixa Etária | PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA | PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA | EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO |
| 0 a 18 | 262,51 | 254,63 | 325,50 | 315,73 |
| 19 a 23 | 329,29 | 319,41 | 408,31 | 396,07 |
| 24 a 28 | 401,01 | 388,98 | 497,25 | 482,32 |
| 29 a 33 | 467,79 | 453,75 | 580,05 | 562,66 |
| 34 a 38 | 519,75 | 504,17 | 644,49 | 625,15 |
| 39 a 43 | 589,03 | 571,36 | 730,40 | 708,48 |
| 44 a 48 | 660,77 | 640,94 | 819,35 | 794,77 |
| 49 a 53 | 747,34 | 724,91 | 926,69 | 898,90 |
| 54 a 58 | 930,38 | 902,47 | 1.153,67 | 1.119,06 |
| 59 acima | 1.313,77 | 1.274,35 | 1.629,07 | 1.580,20 |
| SELECT PREMIUM PARAÍBA EMPRESARIAL 110 – ENFERMARIA | | | | |
| SELECT PREMIUM PARAÍBA EMPRESARIAL 120 – APARTAMENTO | | | | |

*Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses.

voltar ao topo

# PME - EMPRESARIAL - CORPORATE
# BENEFICIÁRIOS ELEGÍVEIS AO PLANO

| | |
|---|---|
| **TItular:** | ✓ Colaboradores registrados<br>✓ Estagiários e menores aprendizes<br>✓ Prestadores de Serviços A empresa – PJ Contratante precisa incluir no plano no mínimo 5 beneficiários que possuam vínculo direto com ela, ou seja, com vínculo empregatício ou inseridos no quadro societário. (Ex.: sócios + dependentes). |
| **Dependentes:** | ✓ Cônjuge ou companheiro(a)<br>✓ Filhos e seus equiparados (menores adotados judicialmente, enteados e tutelados, na forma da lei) até 57 anos 11 meses e 29 dias. |
| **Filhos(as):** | ✓ Certidão de nascimento;<br>✓ Documento oficial com foto;<br>✓ RG/CNH legível.<br>✓ Crianças de até 1 ano, 11 meses e 29 dias: Certidão de Nascimento, Cartão de Vacinação, APGAR, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho (todos os testes com carimbo médico/enfermeira ou exame/laudo). |
| **Agregados:** | ✓ Pai, mãe, sogro(a), sobrinhos consanguíneos do titular, irmãos, netos, genros e noras, tio(a), cunhado(a), até 64 anos, 11 meses e 29 dias, mediante análise e apresentação de documentos* que comprovem o parentesco com o titular a. |

voltar ao topo

# Empresas/CNPJs elegíveis

## A partir de 2 vidas, no mínimo 1 titular.

### CNPJ ATIVO NA RECEITA FEDERAL

- ✓ MEI (6 meses ativo de acordo com as regras da ANS)Segmento com análise especial: Call Center, Transportadoras, Consturtoras/Incorporadoras, Empreiteiras ou empresas que prestam serviços temporários.
- ✓ Instituição religiosas; Obrigatório envio da ATA, Vinculos empregaticios, inclusão apenas de; pastor, obreiro e bispo (Exceto mebros)
- ✓ Comprovante de endereço de Faturamento, caso queira o envio do boleto diferente do endereço do cartão CNPJ

### DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA EMPRESA

- ✓ MEI (6 meses ativo de acordo com as regras da ANS)Segmento com análise especial: Call Center, Transportadoras, Consturtoras/Incorporadoras, Empreiteiras ou empresas que prestam serviços temporários.
- ✓ Instituição religiosas; Obrigatório envio da ATA, Vinculos empregaticios, inclusão apenas de; pastor, obreiro e bispo (Exceto mebros)
- ✓ Cartão CNPJ.
- ✓ Contrato Social / últimas alterações contratuais.
- ✓ MEI: Requerimento do MEI, Cartão CNPJ, Documento que comprove situação ativa junta comercial.
- ✓ Cópia do RG, CPF (Ou CNH) dos sócios
- ✓ Comprovante de endereço de Faturamento, caso queira o envio do boleto diferente do endereço do cartão CNPJ

voltar ao topo

# DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA DOS BENEFICIÁRIOS

| DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS – BENEFICIÁRIOS | |
|---|---|
| **TItular:** | ✓ Documento oficial com foto;<br>✓ CPF legível;<br>✓ Cópia do comprovante de residência: em nome do contratante ou em nome de parentes 1 grau (mãe, pai, filho e irmão) ou em nome do cônjuge + comprovante matrimonial ou em nome de parentes desde que seja possível identificar pelo sobrenome + carta de próprio punho ou para comprovantes de endereço que não se enquadre nas regras acima, será necessário o envio da carta de próprio punho registrada em cartório. Na carta de próprio punho deve constar a frase “autorizo que todas as correspondências da Select sejam enviadas para o endereço acima |
| **Cônjuge ou companheiro(a):** | ✓ Cópia da certidão de casamento, declaração de união estável reconhecida em cartório ou judicial;<br>✓ Documento oficial com foto;<br>✓ RG/CNH legível; |
| **Filhos(as):** | ✓ Certidão de nascimento;<br>✓ Documento oficial com foto;<br>✓ RG/CNH legível<br>✓ Crianças de até 1 ano, 11 meses e 29 dias: Certidão de Nascimento, Cartão de Vacinação, APGAR, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho (todos os testes com carimbo médico/enfermeira ou exame/laudo). |
| **Aderentes plano empresarial:** | ✓ Vínculo Empregatício para colaboradores,<br>✓ Estagiários: Cópia do contrato de estágio vigente entre o beneficiário e a instituição; e o contrato entre a empresa contratante e a instituição de ensino.<br>✓ Prestadores de Serviço: cópia do contrato de prestação de serviços com a empresa contratante e cópia das últimas 3 notas ficas emitidas. |
| **Dependentes e Agregados:** | ✓ Documento: RG, CPF (ou CNH), certidão de nascimento, documentos que seja possivel identificar a fialidação/o vinculo com o titular.Exemplo Neto(s): apresentar RG dos pais que comprovem a filiação com os avós. Exemplo Genro(s)/Nora(s): apresentar certidão de casamento que comprovem a filiação/ vínculo com sogro(a). Exemplo: sobrinho(s): RG dos pais que comprovem mesma filiação do tio(a).<br>✓ Crianças de até 1 ano, 11 meses e 29 dias: Certidão de Nascimento, Cartão de Vacinação, APGAR, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho (todos os testes com carimbo médico/enfermeira ou exame/laudo |

voltar ao topo

# Declaração de Saúde

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE – ENVIO OBRIGATÓRIO PARA:**

**PME - até 29 vidas**

## Entrevista Qualificada

**A Entrevista é realizada por chamada de vídeo.**

**Após preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário deverá agendar sua entrevista qualificada, Clique em Agendar entrevista:**

**Agendar Entrevista**

Para proporcionar maior comodidade, a Select disponibiliza uma agenda com horários flexíveis:
**Seg a Sex: das 7:30h às 22h**
**Sáb: das 8h às 14h**

voltar ao topo

Select
Operadora de Planos de Saúde

# Um coração de cada vez!

0800 224 2808
selectoperadora.com.br
atendimento@selectsaude.com.br