

PME



TABELAS DE VENDAS



COPARTICIPAÇÃO



CARÊNCIAS



VIGÊNCIAS



TABELAS
DE VENDA

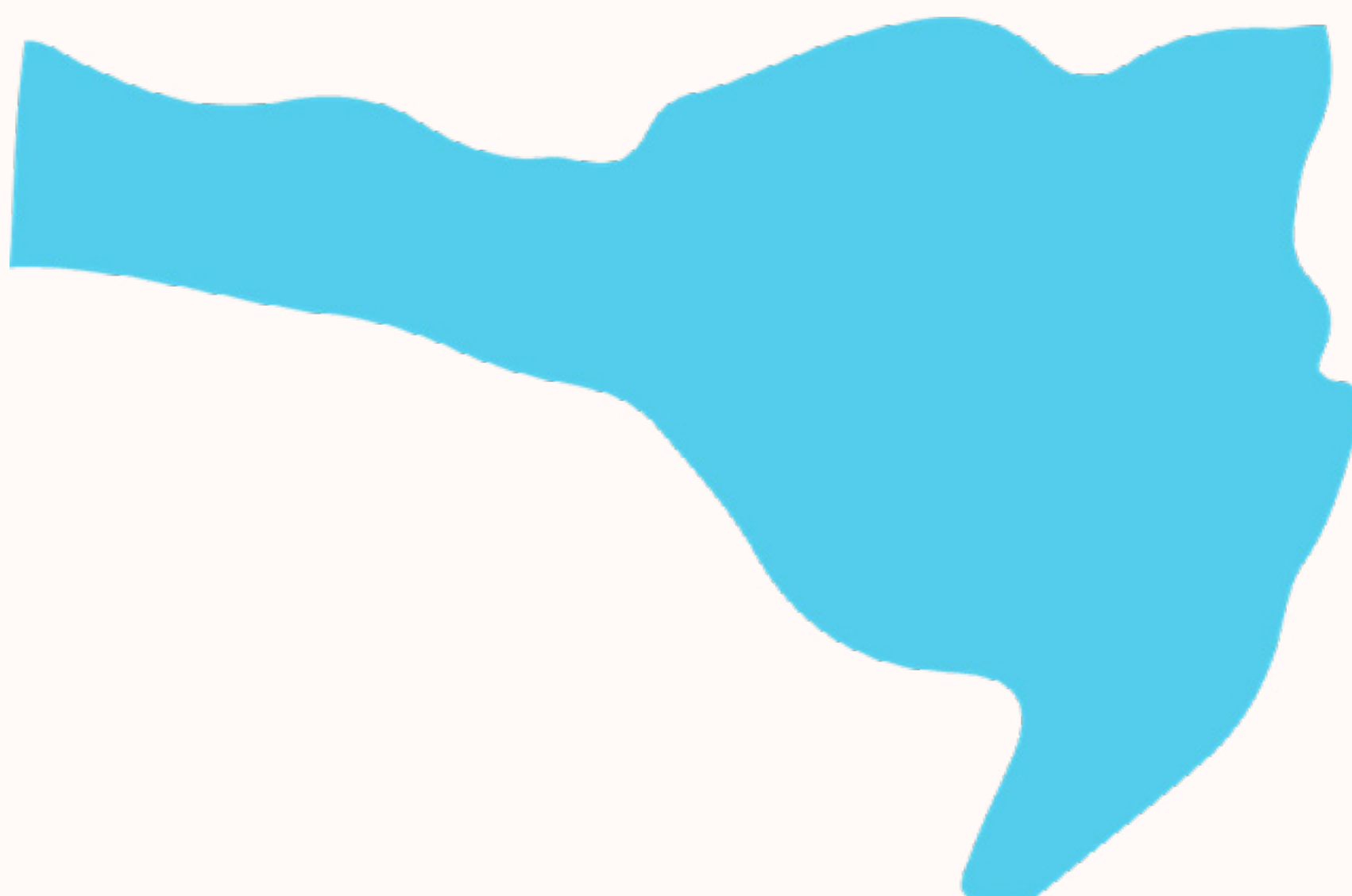


DOCUMENTAÇÃO
OBRIGATÓRIA

Oeste Catarinense

Regiões de comercialização

SELECT OESTE CATARINENSE: Xavantina, Xaxim, Abelardo Luz, Águas de Chapecó, Cunha Porã, Ipira, Nova Itaberaba, Peritiba, Piratuba, Santa Helena, São Bernardino, São Carlos, São Domingos, Belmonte, Capinzal, Caxambu do Sul, Descanso, Flor do Sertão, Guatambú, Jardinópolis, Joaçaba, Lajeado Grande, Mondaí, Saltinho, Santa Terezinha do Progresso, Brunópolis, Chapecó, Coronel Martins, Dionísio Cerqueira, Erval Velho, Ibiam, Iporã do Oeste, Ipuçu, Ipumirim, Passos Maia, Presidente Castello Branco, Palmitos, Lindóia do Sul, União do Oeste, Alto Bela Vista, Anchieta, Arvoredo, Caibi, Cunhataí, Entre Rios, Formosa do Sul, Guaraciaba, Itapiranga, Maravilha, Modelo, Monte Carlo, Paraíso, Serra Alta, Riqueza, São Miguel da Boa Vista, Tunápolis, Abdon Batista, Águas Frias, Barra Bonita, Bom Jesus, Campo Erê, Campos Novos, Cordilheira Alta, Guarujá do Sul, Irani, Irati, Jupiá, Nova Erechim, Novo Horizonte, Ouro, Paial, Palma Sola, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Princesa, Galvão, Santiago do Sul, Saudades, Sul Brasil, Tigrinhos, Treze Tílias, Vargem Bonita, Bom Jesus do Oeste, Faxinal dos Guedes, Ibicaré, Iraceminha, Jaborá, Luzerna, Herval d'Oeste, Itá, Romelândia, São José do Cedro, São Lourenço do Oeste, São Miguel do Oeste, Seara, Vargem, Zortéa, Arabutã, Catanduvras, Celso Ramos, Marema, Ponte Serrada, São João do Oeste, Água Doce, Bandeirante, Concórdia, Coronel Freitas, Lacerdópolis, Ouro Verde, Quilombo, Vargeão, Xanxerê.



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 Não contempla limitador mensal	30%	R\$ 45,00 valor máximo por sessão

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 idade até 64 anos

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).

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 Permanência 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

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 da primeira 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

✓ Contrato social, alteração contratual consolidada (documento da empresa).

✓ Vínculo Empregatício

✓ Aditivo grupo econômico (caso possua locação).

✓ Layout com dados dos beneficiários

✓ 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.

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.



Tabelas de Venda

OESTE CATARINENSE

SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 E 200 - LIVRE ADESÃO				
Faixa Etária	PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA	PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO
0 a 18	211,95	235,50	262,82	292,02
19 a 23	265,87	295,41	329,68	366,31
24 a 28	323,78	359,75	401,48	446,09
29 a 33	377,70	419,67	468,35	520,39
34 a 38	419,66	466,29	520,37	578,19
39 a 43	475,59	528,43	589,73	655,26
44 a 48	533,51	592,79	661,55	735,06
49 a 53	603,41	670,46	748,23	831,37
54 a 58	751,20	834,67	931,49	1.034,99
59 acima	1.060,76	1.178,62	1.315,34	1.461,49
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 – REGISTRO ANS 503.606/25-2				
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 200 – REGISTRO ANS 503.607/25-1				
*Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses.				

SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 E 200 - LIVRE ADESÃO				
Faixa Etária	PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA	PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO
0 a 18	205,59	228,43	254,93	283,26
19 a 23	257,90	286,55	319,79	355,32
24 a 28	314,06	348,96	389,44	432,71
29 a 33	366,37	407,08	454,30	504,78
34 a 38	407,07	452,30	504,77	560,85
39 a 43	461,32	512,58	572,04	635,60
44 a 48	517,51	575,01	641,71	713,01
49 a 53	585,31	650,34	725,79	806,43
54 a 58	728,67	809,63	903,55	1.003,94
59 acima	1.028,93	1.143,26	1.275,88	1.417,64
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 – REGISTRO ANS 503.606/25-2				
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 200 – REGISTRO ANS 503.607/25-1				
*Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses.				

SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 E 200 - LIVRE ADESÃO				
Faixa Etária	PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA	PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO
0 a 18	207,24	230,27	256,98	285,53
19 a 23	259,97	288,85	322,35	358,17
24 a 28	316,58	351,76	392,56	436,18
29 a 33	369,31	410,34	457,94	508,82
34 a 38	410,33	455,92	508,81	565,34
39 a 43	465,02	516,69	576,63	640,70
44 a 48	521,66	579,62	646,86	718,73
49 a 53	590,00	655,56	731,60	812,89
54 a 58	734,51	816,12	910,79	1.011,99
59 acima	1.037,19	1.152,43	1.286,11	1.429,01
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 – REGISTRO ANS 503.606/25-2				
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 200 – REGISTRO ANS 503.607/25-1				
*Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses.				

SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 E 200 - LIVRE ADESÃO				
Faixa Etária	PME 2 a 29 vidas ENFERMARIA	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas ENFERMARIA	PME 2 a 29 vidas APARTAMENTO	EMPRESARIAL 30 a 99 vidas APARTAMENTO
0 a 18	201,02	223,36	249,26	276,96
19 a 23	252,16	280,18	312,69	347,43
24 a 28	307,09	341,21	380,78	423,09
29 a 33	358,23	398,03	444,20	493,56
34 a 38	398,03	442,25	493,54	548,38
39 a 43	451,07	501,19	559,32	621,47
44 a 48	506,01	562,23	627,45	697,17
49 a 53	572,30	635,89	709,66	788,51
54 a 58	712,48	791,64	883,47	981,63
59 acima	1.006,07	1.117,85	1.247,53	1.386,14
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 100 – REGISTRO ANS 503.606/25-2				
SELECT OESTE CATARINENSE EMPRESARIAL 200 – REGISTRO ANS 503.607/25-1				
*Reajuste da tabela no aniversário do contrato, após 12 meses.				

PME - EMPRESARIAL - CORPORATE

BENEFICIÁRIOS ELEGÍVEIS AO PLANO

Titular:	✓ Colaboradores registrados ✓ Estagiários e menores aprendizes ✓ 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) ✓ 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; ✓ Documento oficial com foto; ✓ RG/CNH legível. ✓ 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.

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, Construtoras/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, Construtoras/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

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA DOS BENEFICIÁRIOS

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS – BENEFICIÁRIOS	
Titular:	✓ Documento oficial com foto; ✓ CPF legível; ✓ 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; ✓ Documento oficial com foto; ✓ RG/CNH legível;
Filhos(as):	✓ Certidão de nascimento; ✓ Documento oficial com foto; ✓ RG/CNH legível ✓ 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, ✓ 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. ✓ 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 possível identificar a filiação/o vínculo 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). ✓ 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

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



Um coração de cada vez!



0800 224 2808



selectoperadora.com.br



atendimento@selectsaude.com.br