GUIA DE VENDAS

BAHIA



Entidades & Públicos

A **Tec Ben** oferece planos de saúde coletivos por adesão da Proasa Saúde para os profissionais devidamente associados a uma das entidades de classe aqui relacionadas. Podem aderir ao benefício o titular e seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

ABCOMÉRCIO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO COMÉRCIO.

Empregado do Comércio de bens, serviços e turismo

TITULAR

Os empregados ativos no exercício da profissão, que mantenham vínculo empregatício com empresas do ramo do comércio de bens, serviços e turismo no Brasil, e devidamente associados ao **ABCOMÉRCIO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO COMÉRCIO.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia da CTPS (página da foto, CNPJ da empresa, nome completo e cargo do beneficiário) e comprovante de vínculo associativo ao ABCOMÉRCIO (cópia da carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia do comprovante de contribuição em favor da entidade).

ABEPA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS

Agrônomo, Aquicultor, Arqueólogo, Astrólogo, Astrônomo, Bibliotecário, Biomédico, Cenógrafo, Cientista Social, Comunicador Social, Conservador-restaurador de bens culturais, Cuidador, Dançarino, Designer de Games, Designer de Interiores, Designer de Moda, Designer Gráfico, Educador Físico, Eletricista, Empregada doméstica, Encanador, Faxineiro, Fonoaudiólogo, Fotógrafo, Geofísico, Geógrafo, Geólogo, Gerontólogo, Gestor Comercial, Gestor Desportivo e de Lazer, Gestor Financeiro, Gestor Hospitalar, Gestor Ambiental, Historiador, Influencer Digital, Jardineiro, Luthier, Massoterapeuta, Meteorologista, Motorista de Aplicativo, Museólogo, Musicoterapeuta, Nutricionista, Oceanógrafo, Optometrista, Organizador de Eventos, Processos Gerenciais, Profissionais da Aviação Civil, Profissionais da Construção Civil, Profissionais da Construção Naval, Profissionais da Mídias Sociais, Profissionais de Beleza, Cosmética e Estética, Profissional de Artes Cênicas (Cinema, Internet, Rádio, Teatro e TV), Profissional de Logística, Profissional de Tecnologia da Informação, Psicopedagogo, Quiropráta, Radiografista, Relações Internacionais, Relações Públicas, Secretário(a), Segurança Privada, Silvicultor, Taxista, Terapeuta Ocupacional, Tradutor(a) e Intérprete de Línguas, Urbanista.

TITULAR

Os profissionais autônomos devidamente associados a **ABEPA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Autônomo

- Cópia do Contrato Social ou os dois últimos recibos emitidos da prestação de serviços e cópia do Comprovante de associação à ABEPA **ou;**
- Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) referente as páginas da foto, CNPJ do contratante, nome completo e cargo do empregado e cópia do comprovante de associação à ABEPA **ou;**
- Contrato de Trabalho (com assinatura do contratante e contratado) e cópia do Comprovante de associação à ABEPA **ou;**.

Profissional Liberal

- Cópia do Diploma ou Cópia do Certificado de Conclusão de curso em ensino superior e Comprovante de associação à ABEPA **ou;**
- Cópia da Carteira do Conselho Regional e Comprovante de associação à ABEPA**.**

Entidades & Públicos

ABRACON - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS DO SETOR TERCIÁRIO

Administradores, Auditores, Arquitetos, Assistentes Sociais, Atuarial, Advogados, Biomédicos, Biólogos, Comércio Exterior, Contabilistas, Corretores de Seguro, Corretores de Imóvel, Dentistas, Economistas, Enfermeiros, Engenheiros, Farmacêuticos, Filósofos, Físicos, Fisioterapeuta, Gastronomia, Historia, Hotelaria,Jornalista, Letras, Marketing, Matemática, Medico, Músicos, Pedagogos, Professores da Rede Pública, Profissionais de Informática, Profissionais de Teatro, Psicólogos, Publicitários, Químicos, Recursos Humanos, Representantes Comerciais, Sociólogos, Técnicos Contábil, Técnicos De Enfermagem, Técnicos em Laboratório, Técnicos em Radiologia, Técnicos em Telecomunicações, Técnicos em Segurança do Trabalho, Técnicos Agrícolas, Teólogos, Turismo, Veterinários, Zootecnista, Rádio e Televisão.

TITULAR

Os profissionais liberais devidamente associados a **ABRACON - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS DO SETOR TERCIÁRIO.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Profissional Liberal

- Cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão do curso em ensino superior e comprovante de associação à ABRACON (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade) **ou;**
- Cópia da carteira do Conselho Regional e comprovante de associação à ABRACON (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante de contribuição em favor da entidade).

ABREC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EMPRESARIAL E COMERCIAL

Empregador do ramo do comércio de bens, serviços e turismo

TITULAR

Os comerciários do ramo do comércio de bens, serviços e turismo, devidamente associados à **ABREC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EMPRESARIAL E COMERCIAL.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Empregador do Comércio: Cópia do contrato social ou cópia da última alteração do mesmo e cópia do comprovante de associação à ABREC (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante de contribuição em favor da entidade).

Entidades & Públicos

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
Médicos

TITULAR

Todos os médicos devidamente associado ao Conselho Regional de Medicina. **CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia da Carteira de associado ao Conselho Regional de Medicina (UF).

FNE - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES
Estudantes

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares os estudantes em escolas públicas e particulares do ensino alfabetização, fundamental, médio, superior, pós graduação, mestrados, sequenciais, supletivo, educação a distância, cursos de ensino técnico, e profissionalizante, pré vestibular, idiomas educação de jovens e adultos e educação pré vestibular, devidamente associados à **FNE - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia da carteirinha de identificação do estudante e declaração original de associado emitida pela entidade **ou;**
- Cópia da mensalidade escolar (recente) e declaração original de associado emitida pela entidade **ou;**
- Declaração original do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, CNPJ da instituição de ensino, telefone e assinatura do funcionário da instituição de ensino e declaração original de associado emitida pela entidade **ou;**
- Cópia da matrícula (recente) e declaração original de associado emitida pela entidade.

FUNESP - ASSOCIAÇÃO DA UNIÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL
Servidores Públicos.

TITULAR

Os servidores públicos civis e militares, estaduais e municipais do Brasil ativo no exercício da profissão e devidamente associado à **FUNESP - ASSOCIAÇÃO DA UNIÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia do holerite com indicação do desconto mensal devido a FUNESP **ou;**
- Cópia do holerite e declaração original de associado emitida através da FUNESP **ou;**
- Termo de Posse e diário oficial com a publicação e declaração original de associado emitida através da FUNESP.

Entidades & Públicos

SINDIRECEITA - SINDICATO NACIONAL DOS ANALISTAS
Tributário da Receita Federal do Brasil

TITULAR

Todos os Analistas-Tributários da Receita Federal do Brasil ativos, aposentados e pensionistas devidamente associado ao **SINDIRECEITA**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Efetivo Ativo

- Cópia do holerite com indicação do desconto mensal devido a **SINDIRECEITA** ou;
- Cópia do holerite e declaração original de associado emitida pela **SINDIRECEITA** ou;
- Termo de Posse em Diário Oficial com a publicação e declaração original de associado emitida pela **SINDIRECEITA**

Efetivo Aposentados e Pensionistas:

- Extrato de pagamento com data inferior a 90 dias ou Carta de Concessão do Benefício – INSS e Declaração original de associado emitida pela entidade contendo: nome do associado, N°CPF do associado, data de filiação e data da última contribuição associativa. A declaração deverá ser assinada pela entidade constar carinho com CNPJ. Validade da Declaração será de até 3 meses contar da data de emissão.

UBRES - ASSOCIAÇÃO DA UNIÃO BRASILEIRA ESTUDANTIL
Estudantes a partir de 18 anos

TITULAR

Os estudantes em escolas públicas e particulares do ensino alfabetização, fundamental, médio, superior, pós graduação, mestrados, sequenciais, supletivo, educação a distância, cursos de ensino técnico, e profissionalizante, pré vestibular, idiomas educação de jovens e adultos e educação pré vestibular, devidamente associados à **UBRES - ASSOCIAÇÃO DA UNIÃO BRASILEIRA ESTUDANTIL.**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia da carteirinha de identificação do estudante e declaração original de associado emitida pela entidade **ou**;
- Cópia da mensalidade escolar (recente) e declaração original de associado emitida pela entidade **ou**;
- Declaração original do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, CNPJ da instituição de ensino, telefone e assinatura do funcionário da instituição de ensino e declaração original de associado emitida pela entidade **ou**;
- Cópia da matrícula (recente) e declaração original de associado emitida pela entidade.

Entidades & Públicos

UNAREG - UNIÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DE CARREIRA DAS AGÊNCIAS REGULADORES FEDERAIS

Servidores Públicos das carreiras das Agências Reguladoras Federias

TITULAR

Todos os associados efetivos (ativos, inativo ou pensionista) servidores públicos das carreiras das Agências Reguladoras Federais, devidamente associado a **UNAREG**.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Ativos:

- Cópia do holerite com indicação do desconto mensal devido a UNAREG ou;
- Cópia do holerite e declaração original de associado emitida pela UNAREG ou
- Termo de Posse em Diário Oficial com a publicação e declaração original de associado emitida pela UNAREG

- Inativos e Pensionistas:

- Extrato de pagamento com data inferior a 90 dias ou Carta de Concessão do Benefício – INSS e Declaração original de associado emitida pela entidade contendo nome do associado, Nº CPF do associado, data de filiação e data da última contribuição associativa. A declaração deverá ser assinada pela entidade e constar carimbo com CNPJ. Validade da Declaração será de até 3 meses a contar da data de emissão.

Planos

Planos de saúde coletivos por adesão, verifique os planos disponíveis para sua entidade de classe.

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia | COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Acomodação em internação	Abrangência Geográfica*
ADV 300 BA	498.928/24-7	Coletiva	Grupo de Municípios
ADV 400 BA	498.942/24-2	Individual	Grupo de Municípios

Coberturas e Serviço Adicional

Todos os planos contemplados neste Guia de Vendas, terão cobertura para os serviços médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigente à época do evento.

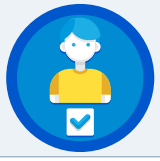
Serviço adicional para todos os planos:

- Desconto farmácia
    - Grupo DPSP – Drogarias São Paulo e Pacheco;
    - Grupo RD - Drogarias Raia e Drogasil.

Titular & Dependentes

ENTIDADES : ABCOMÉRCIO, ABEPA, ABRACON, ABREC, CFM, FUNESP, SINDIRECEITA, UBRES e UNAREG

Titular a partir de 18 (dezoito) anos	• Comprovante de Elegibilidade, de acordo com o especificado em cada Entidade; • Cópia do RG e do CPF; • Na ausência do nome da mãe no RG, apresentar Cópia do PIS/PASEP; • Cópia do Comprovante de Endereço; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Cônjuge	• Cópia do RG e/ou CNH; • Cópia do CPF/MF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro	• Cópia do RG e/ou CNH; • Cópia do CPF/MF; • Cópia da Declaração de União Estável. A Declaração de União Estável deve ser de próprio punho, conter o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio e assinatura de 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) inválido(a) de qualquer idade[1]	• Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde; • Relatório médico que conste as seguintes informações: ✓ CID 10; ✓ Descrição das limitações do paciente; ✓ Causa do diagnóstico;
Enteado(a) solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável deve ser de próprio punho, conter o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio e assinatura de 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.



18 anos incompletos: 18 (dezoito) anos e 1 (um) dia.
18 anos completos: 18 (dezoito) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.
Acima de 18 anos: 19 (dezenove) anos e 1 (um) dia.



Titular & Dependentes

Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela judicial	• Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde; • Cópia da Tutela e/ou do Termo de Guarda.
Curatelado(a) solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde; • Cópia da Certidão de Curatela; • Laudo médico e relatório psicológico do médico responsável.
Irmão(ã) solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia do RG ou CNH do Irmão; • Cópia da Certidão de Nascimento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Tio(a) até 64 (sessenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia da Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento do Titular; • Cópia do RG ou CNH do tio(a) ou Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Sobrinho(a)solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH; • Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Neto(a) solteiro(a) 39(trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH; • Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Pai e/ ou Mãe até 64 (sessenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Genro e/ ou Nora até 39(trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH; • Certidão de Casamento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

[1] O relatório médico deve estar em papel timbrado do serviço onde o paciente foi avaliado com o nome e o CRM do médico responsável legível. O documento deve ter sido emitido há no máximo dois meses da data de sua apresentação.

IMPORTANTE: A Administradora/Contratante poderá requisitar a qualquer momento, outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações inseridas na Proposta.

Titular & Dependentes

ENTIDADE: FNE	
Titular de 6 (seis) a 17 (dezessete) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, poderá incluir como dependentes os relacionados a seguir. A contratação através da entidade FNE é a partir de 2 vidas, a adesão do titular estudante de 6 (seis) a 13 (treze) anos deverá ocorrer concomitantemente com pai e/ou mãe, podendo incluir o irmão a partir de 6 (seis) anos. A partir de 14 (quatorze) anos, o titular poderá aderir individualmente.	
Titular	• Comprovante de Elegibilidade, de acordo com o especificado em cada Entidade; • Cópia do RG e do CPF; • Na ausência do nome da mãe no RG, apresentar Cópia do PIS/PASEP; • Cópia do Comprovante de Endereço; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Pai e/ ou Mãe até 64 (sessenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Irmão(ã) solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia do RG ou CNH do Irmão; • Cópia da Certidão de Nascimento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Tio(a) até 64 (sessenta e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia da Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular; • Cópia do RG ou CNH do tio(a) ou Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Sobrinho(a) solteiro(a) até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias	• Cópia do RG e/ou CNH; • Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF/MF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

IMPORTANTE: A Administradora/Contratante poderá requisitar a qualquer momento, outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações inseridas na Proposta.

Carência Contratual e Redução de Carências

Os prazos de carência serão contados a partir do início da vigência do benefício.

Carências Contratuais

Grupo	Procedimentos	Carência Contratual	Redução 1 Plano Anterior 6 a 11 meses e 29 dias	Redução 2 Plano Anterior + de 12 meses
1	Urgências e Emergências	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Eletivas	30 dias	24 horas	24 horas
3	Exames de Baixa Complexidade *	30 dias	24 horas	24 horas
4	Exames de Alta Complexidade *	180 dias	90 dias	24 horas
5	Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias	90 dias	24 horas
6	Tratamento Cirúrgico Ambulatorial	180 dias	150 dias	24 horas
7	Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas, exceto as previstas no grupo 10	180 dias	150 dias	24 horas
8	Internações psiquiátricas incluindo hospital dia, diálise peritoneal, hemodiálise, cirurgias de refração em oftalmologia e acupuntura.	180 dias	180 dias	180 dias
9	Terapias aqui descritas incluindo as especialidades, técnicas e métodos terapêuticos a elas relacionadas, desde que reconhecidos pelo respectivo conselho	180 dias	180 dias	180 dias
10	Transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/ Dispositivos Médicos Implantáveis), além de internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 dias	180 dias	180 dias
11	Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias

* Exames de Baixa ou Alta Complexidade são definidos pelo Rol ANS

Carência Contratual e Redução de Carências

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

- ✔ O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- ✔ O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias.
- ✔ O beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, mantido com a Operadora Congênere em vigência superior a 6 (seis) meses, conforme quadro de carências disposto a seguir.
- ✔ Junção de planos, desde que não haja intervalo de dias entre um plano e outro e que ambos sejam congêneres.

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

- ✔ Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- ✔ Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98.

Relação de Operadoras Congêneres

• Alice|QSaúde	• Care Plus	• Oeste Saúde	• Seguros Unimed
• Allianz	• CASSEMS	• Omint	• Select Planos de Saúde (PLAMED)
• Amazônia Saúde	• Cassi	• PlanSaúde	• SB Saúde- Planos de de Saúde
• Ameplan	• CEAM	• Plansul	• Slam
• Amil (Grupo de Operadora)	• Cruz Azul	• Plena Saúde	• Sompo Seguros
• Assefaz	• Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú)	• Porto Dias Saúde	• Sul América
• Atitude Saúde	• Gama Saúde	• Porto Seguro	• Trasmontano
• BB Seguros	• Geap	• Prevent Sênior	• Unihosp
• Bem Estar	• Golden Cross	• Promédica	• Unimed's
• Bio Saúde	• Humana	• Quallity Pró Saúde	• Unity Saúde
• Bio Vida	• Ideal Saúde	• SAMEL	• You Saúde
• BLUE	• Med-Tour Saúde	• Sami	
• Bradesco Saúde	• MedSenior	• São Cristóvão	
• Brasil Saúde	• Nordeste Saúde	• Saúde Casseb	
• Caixa Seguros	• Nova Saúde	• Saúde Sim	

Carência Contratual e Redução de Carências

Documentos Necessários

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.

Documentos para proponentes oriundos de planos individuais ou familiares:

a) 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago; e

b) Cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;

c) Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/ cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra "a" e "b" acima). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias contados de sua emissão.

Documentos para proponentes oriundos de planos coletivos empresariais ou por adesão:

a) Declaração da Operadora/ Administradora anterior (o documento terá validade de 60 sessenta dias), em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:

- Operadora contratada;
- Relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura;
- Cópia da carteirinha, frente e verso;
- Tipo de plano e acomodação em internação.

Coparticipação

Os planos constantes neste Guia de Vendas possuem em seu mecanismo de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias, internações (clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas), respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS.

COPARTICIPAÇÃO TOTAL[1]

Procedimentos	ADV 300 e 400
Consultas Eletivas	40,00
Consultas em Pronto Socorro	80,00
Exames de Baixa Complexidade	30% do valor limitado a R$ 40,00
Exames de Alta Complexidade	30% do valor limitado a R$ 140,00
Telemedicina	Isento
Terapias	30% do valor limitado a R$ 60,00
Limite mensal de Coparticipação por Beneficiário[2]	260,00
Internações Psiquiátricas (a partir do 30º dia consecutivo ou não)[3]	50%
Internações Clínicas (exceto Psiquiátricas) ou Cirúrgicas (por evento)[3]	270,00

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL[1]

Procedimentos	ADV 300 e 400
Terapias	30% do valor limitado a R$ 60,00
Limite mensal de Coparticipação por Beneficiário[2]	260,00
Internações Psiquiátricas (a partir do 30º dia consecutivo ou não)[3]	50%

[1] Os valores de coparticipação poderão ser reajustados anualmente.
[2] O limite de coparticipação é mensal por beneficiário e acumulativo.
[3] Limite mensal não contempla os eventos de internações.
A coparticipação de 50% para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no período dos últimos doze meses de vigência do contrato.

Pagamento

Taxa de Angariação

A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado e **NÃO** se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade. Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

Valor Mensal do Benefício

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário de acordo com a tabela a seguir:

Forma de pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de pagamento
Boleto bancário e/ou Débito Automático*	1º	Todo dia 1º	Em qualquer banco, até o vencimento.
	10	Todo dia 10	
	20	Todo dia 20	

*Débito Automático disponível apenas para os bancos: Banco do Brasil, Itaú e Santander.

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

1) Reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
2) Reajuste por mudança de faixa etária;
3) Reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

Prazos para Adesão

Data da Proposta / Recebimento da Proposta	Início da Vigência do Beneficiário
Até dia 20	Dia 1º
Até dia 30	Dia 10
Até dia 10	Dia 20

Tabelas de Preços

Tabela de preços para as entidades : ABCOMÉRCIO, ABEPA, ABRACON, ABREC, CFM, FUNESP, SINDIRECEITA, UBRES e UNAREG

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.928/24-7	498.942/24-2
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	362,48	445,86
de 19 a 23 anos	463,95	570,67
de 24 a 28 anos	492,87	606,24
de 29 a 33 anos	507,36	624,07
de 34 a 38 anos	554,49	682,02
de 39 a 43 anos	634,21	780,09
de 44 a 48 anos	887,93	1.092,17
de 49 a 53 anos	1.188,79	1.462,21
de 54 a 58 anos	1.333,82	1.640,62
À partir de 59 anos	2.174,55	2.674,72

Valores mensais expressos em Reais (R$), per capita.

Tabela de preços para entidade FNE.

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.928/24-7	498.942/24-2
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	416,86	512,73
de 19 a 23 anos	533,54	656,26
de 24 a 28 anos	566,79	697,17
de 29 a 33 anos	583,47	717,68
de 34 a 38 anos	637,66	784,33
de 39 a 43 anos	729,35	897,10
de 44 a 48 anos	1.021,11	1.255,99
de 49 a 53 anos	1.367,10	1.681,54
de 54 a 58 anos	1.533,90	1.886,71
À partir de 59 anos	2.500,74	3.075,94

Valores mensais expressos em Reais (R$), per capita..

Tabelas de Preços

Tabela de preços para as entidades : ABCOMÉRCIO, ABEPA, ABRACON, ABREC, CFM, FUNESP, SINDIRECEITA, UBRES e UNAREG

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.928/24-7	498.942/24-2
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	416,86	512,74
de 19 a 23 anos	533,55	656,26
de 24 a 28 anos	566,81	697,18
de 29 a 33 anos	583,46	717,68
de 34 a 38 anos	637,66	784,33
de 39 a 43 anos	729,33	897,11
de 44 a 48 anos	1.021,13	1.256,00
de 49 a 53 anos	1.367,10	1.681,54
de 54 a 58 anos	1.533,90	1.886,72
À partir de 59 anos	2.500,74	3.075,93

Valores mensais expressos em Reais (R$), per capita.

Tabela de preços para entidade FNE.

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.928/24-7	498.942/24-2
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	479,39	589,65
de 19 a 23 anos	613,57	754,72
de 24 a 28 anos	651,82	801,74
de 29 a 33 anos	671,00	825,33
de 34 a 38 anos	733,32	901,98
de 39 a 43 anos	838,75	1.031,65
de 44 a 48 anos	1.174,28	1.444,38
de 49 a 53 anos	1.572,17	1.933,77
de 54 a 58 anos	1.763,98	2.169,72
À partir de 59 anos	2.875,86	3.537,33

Valores mensais expressos em Reais (R$), per capita..

Rede Credenciada

HOSPITAIS	CIDADE	ADV 300	ADV 400
Sokids	Lauro de Freitas	H PS	H PS
Hospital Santo Amaro	Salvador	AMB PS H M	AMB PS H MS
Hospital da Bahia	Salvador	H PS	H PS
Português	Salvador	H PS M	H PS M
Hospital Santa Izabel	Salvador	PS PS[1] H HD AMB	PS PS[1] H HD AMB

[1] Hospital Especializado.
A rede credenciada é resumida e passível de alterações sem aviso prévio por parte da Operadora.

LABORATÓRIOS	CIDADE	ADV 300	ADV 400
A+(Grupo Fleury)	Salvador	✓	✓
Sabin (Antigo Labaclen)	Salvador	✓	✓
A+(Grupo Fleury)	Lauro de Freitas	✓	✓
Sabin (Antigo Labaclen)	Lauro de Freitas	✓	✓

A rede credenciada é resumida e passível de alterações sem aviso prévio por parte da Operadora.

Informações

Administradora de Benefícios/ Contratante: Tec Ben Administradora de Benefícios.

Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.

- A Operadora disponibiliza para contratação o plano Referência. Para mais informações, contate seu supervisor.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta.
- Proposta sujeita à análise técnica.

Área de Comercialização

Os planos de saúde **ADV 300** e **ADV 400** podem ser comercializados nos municípios: Salvador e Lauro de Freitas.

Contato

Este guia de vendas traz para você as principais informações dos produtos adesão da **Proasa Saúde,** apoiando nas dúvidas de comercialização.

Condições Gerais, documentação e todas as informações que precisa saber para dominar os produtos e alavancar suas vendas.

Corretor, conte com os canais de atendimento abaixo de acordo com o assunto:

Apoio ao Corretor
(Dúvida na Pré-venda)

Telefone: (11) 4020-2141

WhatsApp: (11) 95024-2399

E-mail: apoioaocorretor@tecgroup.com.br

Serviço de Atendimento ao Corretor
(Pendência na Proposta ou quer saber o andamento da Proposta).

Telefone: (11) 4003-2150
(De segunda a sexta: das 9h às 18h)

WhatsApp: (11) 97552-8137

E-mail: aceitacaotec@tecgroup.com.br

Pós venda Apoio ao Corretor
(Seu cliente está implantado e você ainda tem dúvida)

Telefone: (11) 4020-2448
(De segunda a sexta: das 9h às 18h)

WhatsApp: (11) 97494-6105

E-mail: posvenda@tecgroup.com.br

Boas Vendas!

Tec Ben Adm. de Benefícios ANS nº 42174-0
Proasa Saúde ANS nº 31052-2