

TABELA DE PREÇOS

SÃO CRISTÓVÃO

Plano de saúde coletivo por adesão / Contrato coletivo por adesão - lei 9656/98



Tabela de preços

Faixa Etária	SC 10E - Enfermaria 464.519/11-7	SC 20E - Enfermaria 464.521/11-9	SC 20A - Apartamento 464.520/11-1
0 a 18 anos	R\$ 123,63	R\$ 148,60	R\$ 169,24
19 a 23 anos	R\$ 138,47	R\$ 172,69	R\$ 196,64
24 a 28 anos	R\$ 154,46	R\$ 196,79	R\$ 224,13
29 a 33 anos	R\$ 174,70	R\$ 232,93	R\$ 265,29
34 a 38 anos	R\$ 207,66	R\$ 263,04	R\$ 299,56
39 a 43 anos	R\$ 238,99	R\$ 287,14	R\$ 327,01
44 a 48 anos	R\$ 303,28	R\$ 359,43	R\$ 409,35
49 a 53 anos	R\$ 352,74	R\$ 409,64	R\$ 466,52
54 a 58 anos	R\$ 438,44	R\$ 495,94	R\$ 564,83
59 anos ou +	R\$ 740,07	R\$ 861,41	R\$ 981,03

Taxa de inscrição equivalente ao valor da mensalidade, paga no ato da adesão.

Reajuste: Junho de 2018, sujeita à alteração a qualquer momento e sem prévio aviso.

Abrangência

São Cristóvão 10E: São Paulo

São Cristóvão 20E e 20A: Cubatão, Guarujá, Guarulhos, Mauá, Osasco, Praia Grande, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo e São Vicente.

Dependentes

Cônjuge: • Cópia do RG e CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Companheiro(a): • Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filhos(as) e enteados solteiros(as) até 21 anos devidamente comprovado(a): • Cópia do RG ou cópia da certidão de nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do cartão nacional de saúde.

Filhos(as) solteiros(as) até 24 anos se universitários: • Cópia do RG ou cópia da certidão de nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do cartão nacional de saúde.

UDFE: • Para estudantes menores de 18 anos, necessário RG e CPF dos pais.

Plano Coletivo por Adesão. Regras distintas dos Planos individuais. Obrigatória a comprovação de vínculo com a Entidade de Classe. A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

Carências

Item	Cobertura	Carência contratual	Redução de carência congêneres mínimo 06 meses de plano anterior
A	Urgência e emergência.	24 horas	24 horas
B	Consultas e exames básicos. Exemplos: hemograma completo, glicemia, potássio, RX de tórax, RX simples de abdome, colposcopia, entre outros.	30 dias	15 dias
C	Exames alta complexidade. Exemplos: procedimentos cirúrgicos, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cateterismo, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, refrativa, órtese e prótese, cintilografia, internações clínicas, entre outros.	180 dias	90 dias
D	Internação clínica e/ou cirúrgicas de qualquer natureza.	180 dias	90 dias
E	Parto a termo.	300 dias	300 dias
F	Para doenças preexistentes nos Termos da lei.	720 dias	720 dias

Vigência

Dia 01 a 15	Dia 1º - 1º mês subsequente	Vencimento dia 01
Dia 16 a 31	Dia 15º - 1º mês subsequente	Vencimento dia 15

Formas de pagamentos

Mensalidade paga através de boleto bancário, até o dia do vencimento, para cobertura no mês. Taxa de Inscrição equivalente ao valor da mensalidade, paga no ato da adesão.

Z. Leste	SC 10E	SC 20E	SC 20A	Z. Norte	SC 10E	SC 20E	SC 20A
Hospitais	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	Hospitais	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS
Hospital Itaquera	●	●	●	Hospital Presidente	●	●	●
Hosp. Santa Marcelina		●	●	Hospital San Paolo		●	●
Hosp. Oito de Maio		●	●	+ Regiões			
Hospital CEMA		●	●	Hospitais	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS
Hospital Vila Iolanda	●	●	●	Recanto São Camilo		●	●
Hosp. São Cristóvão	●	●	●	Hosp. Ana Costa Cubatão		●	●
Z. Oeste				Hosp. São Bernardo		●	●
Hospitais	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	H. São Bernardo Infantil		●	●
Hospital das Clínicas		●	●	H. Ana Costa Praia Grande		●	●
Hospital Albert Sabin		●	●	H. Ana Costa São Vicente		●	●
Hospital Portinari		●	●	Sta Casa de Mauá		●	●
Z. Sul				H. e Mat. São José ABC		●	●
Hospitais	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	H. Sto Amaro Guarujá		●	●
Casa da Saúde Sta Rita		●	●	Hosp. Bom Clima		●	●
Prontoftalmo		●	●	H. Ana Costa Santos		●	●
Centro				Hosp. São Lucas		●	●
Hospitais	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	C M I IA II PSI PS	H. Benef de São Caetano		●	●
Hosp. Bandeirantes		●	●				

PSI pronto-socorro infantil PS pronto-socorro adulto C consulta II internação infantil IA internação adulto I internação M maternidade

Laboratórios

Nasa	Schmillevitch	Gimi	Medical Imagem
Biofast	Melo	Femme	

Rede credenciada sujeita à alteração. Informações resumidas prevalecendo as condições contratuais.

Regras de aceitação das entidades

Quem pode aderir	Documentos do Titular
ABRACEM - Todos os profissionais liberais e microempresários individuais devidamente associados a ABRACEM.	- Ficha de filiação e cópia do diploma ou identidade do órgão regulador da profissão; - Cópia da carteira de associado ABRACEM.
GRÊMIO - Funcionários públicos municipais, estaduais e federais.	- Cópia da carteirinha da associação ou ficha de filiação; - Cópia do Holerite (obrigatório).
FCDL - Lojistas.	- Documentos comprobatórios do vínculo entre o beneficiário titular e o FCDL-ESP ou a ficha de inscrição da entidade; - O comprovante de trabalho em comércio no estado de SP; - Xérox da CTPS ou contra cheque, declaração de um executivo/gerente/sócio em formulário com timbre da empresa.
UDFE - Estudantes do ensino infantil, fundamental, médio, graduação e pós-graduação.	- Cópia da carteirinha da UDFE ou ficha de filiação; - Documentos comprobatórios de que o beneficiário é estudante; - Cópia do comprovante de mensalidade escolar quitado (recente); - Declaração do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo nome completo do estudante, curso, período e nome do estabelecimento de ensino, CNPJ e (carimbo), endereço completo, nome e assinatura do funcionário (legível).
FETRACESP - Federação dos trabalhadores cooperados no estado de São Paulo.	- Cópia do demonstrativo de pagamento ou cópia da carteira com o registro de trabalho (indicando que a empresa é cooperativa); - Ficha de filiação devidamente preenchida ou cópia da carteirinha da FETRACESP/FETRABRAS.