

# TABELA DE PREÇOS

## 2024

ANS - nº 36.376-6



[saobernardo.com](http://saobernardo.com)

Versão - 11/01/2024

# São Bernardo Regional Vix

## São Bernardo Regional Vix QC Empresarial



Plano empresarial

### São Bernardo REGIONAL VIX



Consultas em toda a rede credenciada da região da Grande Vitória, Guarapari e Aracruz.



Consultas nas São Bernardo Clínicas.



Você pode agendar sua consulta diretamente com o médico conveniado de sua preferência.



Plano coparticipativo. Ver valores de coparticipação na tabela de comparativos.

(Comercialização a partir de 1 vida)

### ESPECIAL\*

ANS. 493.064/22-9

FAIXA ETÁRIA	VALOR*	VALOR PROMOCIONAL COMBO ESSENCIAL** SAÚDE + ODONTO	VALOR PROMOCIONAL COMBO SB ODONTO*** SAÚDE + ODONTO
0 a 18	R\$ 172,12	R\$ 167,12	R\$ 179,99
19 a 23	R\$ 172,12	R\$ 167,12	R\$ 179,99
24 a 28	R\$ 172,12	R\$ 167,12	R\$ 179,99
29 a 33	R\$ 172,12	R\$ 167,12	R\$ 179,99
34 a 38	R\$ 172,12	R\$ 167,12	R\$ 179,99
39 a 43	R\$ 172,12	R\$ 167,12	R\$ 179,99
44 a 48	R\$ 419,99	R\$ 402,70	R\$ 415,57
49 a 53	R\$ 419,99	R\$ 402,70	R\$ 415,57
54 a 58	R\$ 419,99	R\$ 402,70	R\$ 415,57
59 +	R\$ 1.024,76	R\$ 977,51	R\$ 990,38

\*\*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia: SB Odonto Essencial M/CE (493.394/22-0) - R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

\*\*\*A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão - plano odontológico - SÃO BERNARDO ODONTO (registro ANS 490.664/21-1) - R\$ 11,37. A Cobertura do plano odontológico supracitado será de acordo com o CONTRATO com condições gerais do PRODUTO. Tais condições promocionais só serão válidas mediante contratação concomitante a um plano da SÃO BERNARDO SAÚDE com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

# São Bernardo Ampla Empresarial

São Bernardo Ampla Empresarial Especial



Plano empresarial

## São Bernardo AMPLA



Consultas em toda a rede credenciada estadual.



Consultas nas São Bernardo Clínicas.



Atendimento no Hospital Meridional São Mateus.



Você pode agendar sua consulta diretamente com o médico conveniado de sua preferência.



Plano coparticipativo. Ver valores de coparticipação na tabela de comparativos.



Atendimento nacional através da Rede Abramge<sup>1</sup>.

(Comercialização a partir de 1 vidas)

### ESPECIAL\*

ANS. 487.089/20-1

FAIXA ETÁRIA	VALOR*	VALOR PROMOCIONAL	VALOR PROMOCIONAL
		COMBO ESSENCIAL** SAÚDE + ODONTO	COMBO SB ODONTO*** SAÚDE + ODONTO
0 a 18	R\$ 178,83	R\$ 173,83	R\$ 186,70
19 a 23	R\$ 178,83	R\$ 173,83	R\$ 186,70
24 a 28	R\$ 178,83	R\$ 173,83	R\$ 186,70
29 a 33	R\$ 178,83	R\$ 173,83	R\$ 186,70
34 a 38	R\$ 178,83	R\$ 173,83	R\$ 186,70
39 a 43	R\$ 178,83	R\$ 173,83	R\$ 186,70
44 a 48	R\$ 436,37	R\$ 419,09	R\$ 431,96
49 a 53	R\$ 436,37	R\$ 419,09	R\$ 431,96
54 a 58	R\$ 436,37	R\$ 419,09	R\$ 431,96
59 +	R\$ 1.064,78	R\$ 1.017,52	R\$ 1.030,39

\*\*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia: SB Odonto Essencial M/CE (493.394/22-0) - R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

\*\*\*A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão - plano odontológico - SÃO BERNARDO ODONTO (registro ANS 490.664/21-1) - R\$ 11,37. A Cobertura do plano odontológico supracitado será de acordo com o CONTRATO com condições gerais do PRODUTO. Tais condições promocionais só serão válidas mediante contratação concomitante a um plano da SÃO BERNARDO SAÚDE com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

# São Bernardo Primevo

São Bernardo Premium Empresarial Especial.



Plano empresarial

**São Bernardo**  
**PRIMEVO**



Consultas em toda a rede credenciada da região norte e noroeste do estado.



Consultas nas São Bernardo Clínicas.



Atendimento no São Bernardo Apart Hospital, o mais moderno do estado.



Você pode agendar sua consulta diretamente com o médico conveniado de sua preferência.



Plano coparticipativo. Ver valores de coparticipação na tabela de comparativos.



Atendimento nacional através da Rede Abramge<sup>1</sup>.

(Comercialização a partir de 1 vida)

## ESPECIAL\*

ANS 469.479/13-1

FAIXA ETÁRIA	VALOR*	VALOR PROMOCIONAL COMBO ESSENCIAL** SAÚDE + ODONTO	VALOR PROMOCIONAL COMBO SB ODONTO*** SAÚDE + ODONTO
0 a 18	R\$ 138,43	R\$ 133,43	R\$ 146,30
19 a 23	R\$ 159,22	R\$ 152,94	R\$ 165,81
24 a 28	R\$ 183,01	R\$ 175,26	R\$ 188,13
29 a 33	R\$ 210,56	R\$ 201,11	R\$ 213,98
34 a 38	R\$ 242,13	R\$ 230,74	R\$ 243,61
39 a 43	R\$ 280,85	R\$ 267,07	R\$ 279,94
44 a 48	R\$ 339,86	R\$ 322,45	R\$ 335,32
49 a 53	R\$ 441,82	R\$ 418,12	R\$ 430,99
54 a 58	R\$ 596,45	R\$ 563,23	R\$ 576,10
59 +	R\$ 829,67	R\$ 782,08	R\$ 794,95

\*\*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia: SB Odonto Essencial M/CE (493.394/22-0) - R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

\*\*\*A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão - plano odontológico - SÃO BERNARDO ODONTO (registro ANS 490.664/21-1) - R\$ 11,37. A Cobertura do plano odontológico supracitado será de acordo com o CONTRATO com condições gerais do PRODUTO. Tais condições promocionais só serão válidas mediante contratação concomitante a um plano da SÃO BERNARDO SAÚDE com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

# São Bernardo Way

Seu jeito de fazer o melhor plano.



Plano empresarial



Consultas em toda a rede credenciada.



Consultas nas São Bernardo Clínicas.



Acesso a todas as clínicas, laboratórios e hospitais conveniados.



Você pode agendar sua consulta diretamente com o médico conveniado de sua preferência.



Plano coparticipativo. Ver valores de coparticipação na tabela de comparativos.



Atendimento nacional através da Rede Abramge!.

Comercialização a partir de 1 vida

## ESPECIAL\*

ANS. 476.212/16-6

## EXECUTIVO\*

ANS. 476.211/16-8

FAIXA ETÁRIA	VALOR*	VALOR PROMOCIONAL COMBO ESSENCIAL** SAÚDE + ODONTO	VALOR PROMOCIONAL COMBO SB ODONTO*** SAÚDE + ODONTO	VALOR*	VALOR PROMOCIONAL COMBO ESSENCIAL** SAÚDE + ODONTO	VALOR PROMOCIONAL COMBO SB ODONTO*** SAÚDE + ODONTO
0 a 18	R\$ 163,43	R\$ 158,43	R\$ 171,30	R\$ 210,37	R\$ 205,37	R\$ 218,24
19 a 23	R\$ 187,99	R\$ 181,71	R\$ 194,58	R\$ 241,97	R\$ 235,69	R\$ 248,56
24 a 28	R\$ 216,07	R\$ 208,32	R\$ 221,19	R\$ 278,11	R\$ 270,36	R\$ 283,23
29 a 33	R\$ 248,59	R\$ 239,14	R\$ 252,01	R\$ 319,98	R\$ 310,54	R\$ 323,41
34 a 38	R\$ 285,89	R\$ 274,50	R\$ 287,37	R\$ 367,98	R\$ 356,59	R\$ 369,46
39 a 43	R\$ 331,58	R\$ 317,81	R\$ 330,68	R\$ 426,81	R\$ 413,04	R\$ 425,91
44 a 48	R\$ 401,26	R\$ 383,85	R\$ 396,72	R\$ 516,49	R\$ 499,07	R\$ 511,94
49 a 53	R\$ 521,64	R\$ 497,95	R\$ 510,82	R\$ 671,41	R\$ 647,71	R\$ 660,58
54 a 58	R\$ 704,21	R\$ 670,98	R\$ 683,85	R\$ 906,42	R\$ 873,20	R\$ 886,07
59 +	R\$ 979,55	R\$ 931,96	R\$ 944,83	R\$ 1.260,81	R\$ 1.213,22	R\$ 1.226,09

\*\*A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão Plano odontológico disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia: SB Odonto Essencial M/CE (493.394/22-0) - R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

\*\*\*A tabela de preços contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado na proposta de adesão - plano odontológico - SÃO BERNARDO ODONTO (registro ANS 490.664/21-1) - R\$ 11,37. A Cobertura do plano odontológico supracitado será de acordo com o CONTRATO com condições gerais do PRODUTO. Tais condições promocionais só serão válidas mediante contratação concomitante a um plano da SÃO BERNARDO SAÚDE com segmentação Ambulatorial ou Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

## PLANO EMPRESARIAL SB ODONTO CE R\$ 19,70 por pessoa

Cobertura completa do rol | Para empresa de 02 a 29 vidas

- ▶ Consultas e diagnóstico
- ▶ Urgência e emergência
- ▶ Prevenção
- ▶ Dentística (restaurações)
- ▶ Cirurgia
- ▶ Periodontia (gengiva)
- ▶ Endodontia (canal)
- ▶ Odontopediatria
- ▶ Radiografias simples
- ▶ Prótese (rol da ANS)

## PLANO EMPRESARIAL SB ODONTO CE R\$ 18,27 por pessoa

Cobertura completa do rol | Para empresa acima de 30 vidas

- ▶ Consultas e diagnóstico
- ▶ Urgência e emergência
- ▶ Prevenção
- ▶ Dentística (restaurações)
- ▶ Cirurgia
- ▶ Periodontia (gengiva)
- ▶ Endodontia (canal)
- ▶ Odontopediatria
- ▶ Radiografias simples
- ▶ Prótese (rol da ANS)

Procedimentos	Carências
Consultas, Urgências/ Emergências e Rx Periapical	24 (vinte e quatro) horas
Dentística, Odontopediatria	30 (trinta) dias
Radiologia Int ra Bucal (interproximal)	30 (trinta) dias
Periodontia e Cirurgia	60 (sessenta) dias
Endodontia	90 (noventa) dias
Prótese e demais procedimentos	120 ( cento e vinte) dias

Nota: Não haverá carência para empresas com adesão inicial acima de 30 (trinta) vidas

# São Bernardo Pleno



Plano empresarial

São  
Bernardo  
**Pleno**



Consultas em toda a rede credenciada.



Consultas nas São Bernardo Clínicas.



Acesso a todas as clínicas, laboratórios e hospitais conveniados.



Você pode agendar sua consulta diretamente com o médico conveniado de sua preferência.



Plano coparticipativo. Ver valores de coparticipação na tabela de comparativos.



Atendimento nacional através da Rede Abramge<sup>1</sup>.

## SEGMENTO COMÉRCIO (ACE-ES) E SERVIÇOS (SINDEPRES)

(Comercialização a partir de 1 vida)



ANFECS



SINDEPRES  
UNião ANFECS EMPRESARIAL  
INSTITUIÇÃO DE SERVIÇOS DE  
SEGURO DE SAÚDE SAÚDE

### VALOR DE TABELA

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA ANS 477.895/17-2	APARTAMENTO ANS 477.896/17-1
0 a 43 anos	R\$ 180,90	R\$ 282,24
44 a 58 anos	R\$ 441,43	R\$ 688,69
59 anos ou mais	R\$ 1.077,12	R\$ 1.680,39

## SEGMENTO DE CONSTRUÇÃO CIVIL E INDÚSTRIAS

(Comercialização a partir de 1 vida)



FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA ANS 477.895/17-2	APARTAMENTO ANS 477.896/17-1
0 a 43 anos	R\$ 198,50	R\$ 259,80
44 a 58 anos	R\$ 484,30	R\$ 633,87
59 anos ou mais	R\$ 1.049,36	R\$ 1.375,15

## SEGMENTO DE METALMECÂNICA

(Comercialização a partir de 1 vida)



SINDIFER  
Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos e de  
Mecânica Elétrica da Cidade do Espírito Santo

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA ANS 477.895/17-2	APARTAMENTO ANS 477.896/17-1
0 a 43 anos	R\$ 212,90	R\$ 297,09
44 a 58 anos	R\$ 212,90	R\$ 297,09
59 anos ou mais	R\$ 212,90	R\$ 297,09

## SEGMENTO DE TRANSPORTES

(Comercialização a partir de 1 vida)



SINDNORTE  
Sindicato dos Trabalhadores em Transportes Rodoviários  
do Norte do Estado do Espírito Santo

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA ANS 477.895/17-2	APARTAMENTO ANS 477.896/17-1
0 a 43 anos	R\$ 211,00	R\$ 295,39
44 a 58 anos	R\$ 514,81	R\$ 720,73
59 anos ou mais	R\$ 1.256,13	R\$ 1.758,57

Os preços desta tabela poderão ser alterados pela operadora sem comunicação prévia. \*Para empresas até 10 vidas do segmento comércio e serviços. O valor promocional é válido apenas com a contratação do Adicional de Resgate.

# Adicionais que valorizam seu plano



## FARMÁCIA

Por uma pequena quantia mensal, você tem acesso a mais de 2.000 medicamentos com descontos de até 45% através do programa Drogasil.

~~R\$ 1,24/mês~~  
**R\$ 0,90/mês**



## RESGATE

Em caso de acidentes, urgências e emergências, você tem à sua disposição veículos modernos com equipamentos de última geração e uma equipe altamente qualificada para realizar remoções e resgates.

**R\$ 5,00/mês**



<sup>1</sup>Veja mais detalhes sobre a Rede ABRAMGE em [www.saobernardo.com/abramge](http://www.saobernardo.com/abramge).



# CARÊNCIA

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS CONTRATO	PRC 1.0 M	PRC 3.0 M	PRC 6.0 M	PRC 12.0 M
1	Consulta Eletiva	Consultas Médicas e não Médicas em Consultórios.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
2	Urgência e Emergência	Consultas de Urgência/Emergência em Hospitais ou Pronto Socorro incluindo os acidentes pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO
3	Exames e Procedimentos Simples	Exames de Análises Clínicas comuns de Sangue (hemograma, Sódio, Potássio, etc); Exames comuns de Urina.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
4	Exames e Procedimentos Especiais	Endoscopia Digestiva Alta; Ressonância Magnética; PET CT; Cintilografia; EcoDoppler; Ecocardiograma; Punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho; Gastrostomia Endoscópica; Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica.	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO
5	Terapias (Grupo1)	Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
6	Terapias (Grupo2)	Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
7	Terapias (Grupo3)	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição e também os Métodos Especiais.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Procedimentos Internação 1	Internações Gerais	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias
9	Procedimentos Internação 2	Transplantes; Cirurgia Bariátrica; Internações Psiquiátricas; Cirurgias com utilização de Órteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico.	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

# COPARTICIPAÇÃO

GRUPO	PROCEDIMENTOS	TODOS OS PRODUTOS
1	Consulta Eletiva	R\$ 25,00
2	Consulta em Hospital (PS)	R\$ 35,00
3	Exames/Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 40,00
4	Exames/Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 100,00
5	Terapias (Grupo1)	30% com limitador de R\$ 50,00
6	Terapias (Grupo2)	Isento
7	Terapias (Grupo3)	40% com limitador de R\$ 150,00
8	Internação	Isento

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. O limitador do Grupo é por procedimento.

Política de coparticipação válida para os produtos Individuais/Familiares e PME direto.

# EXEMPLOS DE COPARTICIPAÇÃO

CÓDIGO TUSS	GRUPO	PROCEDIMENTO	CUSTO MÉDIO	VALOR MÉDIO PAGO PELO BENEFICIÁRIO
40301150	3	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 2,61	R\$ 0,78
40301281	3	AMILASE	R\$ 3,52	R\$ 1,05
40310060	3	BACTERIOSCOPIA	R\$ 3,55	R\$ 1,06
40305759	3	BHCG	R\$ 14,53	R\$ 4,36
40301400	3	CÁLCIO	R\$ 2,70	R\$ 0,81
40601137	3	CITOPATOLÓGICO (PREVENÇÃO)	R\$ 24,14	R\$ 7,24
40301583	3	COLESTEROL HDL	R\$ 5,49	R\$ 1,65
40301591	3	COLESTEROL LDL	R\$ 7,08	R\$ 2,12
40301605	3	COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,57	R\$ 0,77
40302695	3	COLESTEROL VLDL	R\$ 5,46	R\$ 1,64
40201082	4	COLONOSCOPIA	R\$ 311,17	R\$ 93,35
40301630	3	CREATININA	R\$ 2,65	R\$ 0,80
40310124	3	CULTURA GERAL	R\$ 18,55	R\$ 5,57
40808130	4	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 116,06	R\$ 34,82
20103182	5	DESVIOS POSTURAIIS DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 36,31	R\$ 10,89
40901106	4	ECOCARDIOGRAMA C/ DOPPLER	R\$ 158,78	R\$ 47,63
40101010	3	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 21,85	R\$ 6,55
23990010	4	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 225,62	R\$ 67,69
40301842	3	FERRO SÉRICO	R\$ 3,30	R\$ 0,99
40302040	3	GLICOSE	R\$ 2,51	R\$ 0,75
40304299	3	GRUPO SANGUÍNEO	R\$ 3,26	R\$ 0,98
40304361	3	HEMOGRAMA	R\$ 5,62	R\$ 1,69
40808033	3	MAMOGRAFIA*	R\$ 77,89	R\$ 23,37
40303110	3	PARASITOLÓGICOS DE FEZES	R\$ 3,70	R\$ 1,11
20103476	5	PATOLOGIA NEUROLÓGICA COM DEPENDENCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIARIA	R\$ 36,11	R\$ 10,83
41101014	4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 420,18	R\$ 100,00
20103689	5	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 85,87	R\$ 25,76
40311210	3	ROTINA DE URINA	R\$ 3,75	R\$ 1,13
40802051	3	RX COLUNA LOMBO-SACRA*	R\$ 26,29	R\$ 7,89
40801063	3	RX SEIOS DA FACE*	R\$ 22,88	R\$ 6,86
40805018	3	RX TORAX PA*	R\$ 20,44	R\$ 6,13
20104219	7	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	R\$ 36,38	R\$ 14,55
50000616	7	SESSÃO INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONOAUDIOLOGIA	R\$ 32,72	R\$ 13,09
20102011	4	SISTEMA HOLTER (24 HORAS)	R\$ 103,80	R\$ 31,14
40302423	3	SÓDIO	R\$ 2,99	R\$ 0,90
40101045	4	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 86,10	R\$ 25,83
41001010	4	TOMOGRAFIA COMPUT. DE CRÂNIO	R\$ 255,28	R\$ 76,58
40302547	3	TRIGLICERÍDIOS	R\$ 3,56	R\$ 1,07
40316521	4	TSH	R\$ 15,47	R\$ 4,64
40901238	3	ULTRASSOM OBSTÉTRICA*	R\$ 54,39	R\$ 16,32
40901300	3	ULTRASSOM PÉLVICA* (VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 59,01	R\$ 17,70
40302580	3	UREIA	R\$ 2,78	R\$ 0,83
40304370	3	VHS	R\$ 2,25	R\$ 0,67

obs: \*Não incluso filme + contraste + taxas.  
Valores meramente ilustrativos, com o objetivo de exemplificar os preços de coparticipação para clientes.  
Baseado no valor pago ao prestador o qual pode sofrer alterações sem aviso prévio.

# Comparativo e coparticipações

PLANOS		São Bernardo Pleno			
		Comércio e Serviços	Construção Civil e Industrias	Metalmeccânica	Transportes
Tipo de Plano		Empresarial	Empresarial	Empresarial	Empresarial
Quantidade mínima de vidas		2	2	2	2
<b>COPARTICIPAÇÕES</b>					
Consultas	São Bernardo Clínicas	R\$ 17,00	R\$ 34,00	R\$ 34,00	R\$ 34,00
	Rede Credenciada	R\$ 34,00	R\$ 34,00	R\$ 34,00	R\$ 34,00
	Pronto-socorro em Hospitais selecionados	R\$44,00	R\$56,00	R\$56,00	R\$56,00
	Pronto-socorro em demais hospitais	R\$ 56,00	R\$ 56,00	R\$ 56,00	R\$ 56,00
Exames e procedimentos	Grupo 1	50% do valor da tabela, limitado a R\$ 118,00 para cada exame ou procedimento.	50% do valor da tabela, limitado a R\$ 111,00 para cada exame ou procedimento.	50% do valor da tabela, limitado a R\$ 62,00 para cada exame ou procedimento.	50% do valor da tabela, limitado a R\$ 111,00 para cada exame ou procedimento.
	Grupo 2				
	Grupo 3				
	Grupo 4				
	Grupo 5				
	Grupo 6				
Tratamento ambulatorial	Coparticipação	50% do valor	50% do valor	50% do valor	50% do valor
	Máximo a pagar	R\$ 118,00	R\$ 111,00	R\$ 62,00	R\$ 111,00
Internação	Hospitais selecionados	-	-	-	-
	Demais hospitais	-	-	-	-
Teto limite beneficiário/mês		R\$ 272,00	-	-	-
<b>CARÊNCIAS</b>					
Acidentes pessoais		24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas		30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Exames e procedimentos	Baixa Complexidade	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
	Média de alta complexidade	6 meses	6 meses	6 meses	6 meses
Internações clínicas e cirúrgicas		6 meses	6 meses	6 meses	6 meses
Procedimentos obstétricos (gestantes)		10 meses	10 meses	10 meses	10 meses
Doenças e lesões preexistentes		24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

\*Hospitais selecionados: São Bernardo Apart Hospital, Vitória Apart Hospital, Hospital e Maternidade Santa Úrsula, SantaCasa de Misericórdia de Vitória, Hospital Evangélico, Associação dos Servidores do ES, Hospital Santa Mônica.

