

Nós temos um plano para você.

JAN 2024 | VERSÃO 1



INFORME DE PRODUTOS

COLETIVO EMPRESARIAL
LIVRE ADESÃO



www.uphealth.adm.br



(27) 3441-4999



@uphealthadm

COMBO PROMOCIONAL SBS AMPLO EMPRESARIAL + ODONTO

FAIXA ETÁRIA	REGISTRO ANS: 478.089/20-1 ENFERMARIA - QC		REGISTRO ANS: 496.408/23-0 APARTAMENTO QP	
	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE) + 15% Desconto	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE) + 15% Desconto
de 0 a 18 anos.	R\$ 211,15	R\$ 179,48	R\$ 289,25	R\$ 245,86
de 19 a 23 anos.	R\$ 235,95	R\$ 200,55	R\$ 323,43	R\$ 274,92
de 24 a 28 anos.	R\$ 270,67	R\$ 230,07	R\$ 371,27	R\$ 315,58
de 29 a 33 anos.	R\$ 297,28	R\$ 252,69	R\$ 407,95	R\$ 346,76
de 34 a 38 anos.	R\$ 349,99	R\$ 297,49	R\$ 480,57	R\$ 408,48
de 39 a 43 anos.	R\$ 401,81	R\$ 341,55	R\$ 551,99	R\$ 469,19
de 44 a 48 anos.	R\$ 521,01	R\$ 442,86	R\$ 716,23	R\$ 608,80
de 49 a 53 anos.	R\$ 675,98	R\$ 574,57	R\$ 929,76	R\$ 790,30
de 54 a 58 anos.	R\$ 904,28	R\$ 768,64	R\$ 1.244,35	R\$ 1.057,70
59 anos ou +	R\$ 1.237,21	R\$ 1.051,63	R\$ 1.703,10	R\$ 1.447,64

COMBO PROMOCIONAL SBS WAY EMPRESARIAL + ODONTO

FAIXA ETÁRIA	REGISTRO ANS: 476.212/16-6 ENFERMARIA - QC		REGISTRO ANS: 476.211/16-8 APARTAMENTO QP	
	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE) + 15% Desconto	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE) + 15% Desconto
de 0 a 18 anos.	R\$ 191,26	R\$ 162,57	R\$ 247,29	R\$ 210,20
de 19 a 23 anos.	R\$ 191,26	R\$ 162,57	R\$ 247,29	R\$ 210,20
de 24 a 28 anos.	R\$ 191,26	R\$ 162,57	R\$ 247,29	R\$ 210,20
de 29 a 33 anos.	R\$ 191,26	R\$ 162,57	R\$ 247,29	R\$ 210,20
de 34 a 38 anos.	R\$ 191,26	R\$ 162,57	R\$ 247,29	R\$ 210,20
de 39 a 43 anos.	R\$ 191,26	R\$ 162,57	R\$ 247,29	R\$ 210,20
de 44 a 48 anos.	R\$ 457,35	R\$ 388,75	R\$ 593,06	R\$ 504,10
de 49 a 53 anos.	R\$ 457,35	R\$ 388,75	R\$ 593,06	R\$ 504,10
de 54 a 58 anos.	R\$ 457,35	R\$ 388,75	R\$ 593,06	R\$ 504,10
59 anos ou +	R\$ 1.108,74	R\$ 942,43	R\$ 1.439,52	R\$ 1.223,59

REAJUSTE: DEZEMBRO 2024

*CONDIÇÕES PARA ADESÃO DE NOVOS BENEFICIÁRIOS COM DESCONTO DE 15%

- Período da campanha: Vigência até 01/04/2024.
- Oferecemos um desconto de 15% (quinze por cento) nas seis primeiras parcelas da mensalidade do plano de saúde para novos beneficiários.

Exclusões do Desconto:

O desconto não se aplica à taxa associativa, coparticipação ou produtos acessórios.

** 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 + Hospitalar com obstetrícia: ODONTO SAMP ESSENCIAL M/CE (RN 59 - Registro ANS Nº: 493.391/22-5) - R\$ 4,48 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

A CAMPANHA VALOR PROMOCIONAL será válida somente na contratação COMBO de um plano médico e plano odontológico. Havendo contratação de apenas um dos planos ou posterior cancelamento de qualquer um dos planos - médico ou odontológico - OS PREÇOS VÁLIDOS SERÃO OS DA TABELA VALOR ORIGINAL

TABELA DE PREÇOS

Coletivo Empresarial - Livre Adesão

SBS AMPLO EMPRESARIAL LIVRE ADESÃO		SBS WAY EMPRESARIAL LIVRE ADESÃO		
FAIXA ETÁRIA	478.089/20-1	496.408/23-0	476.212/16-6	476.211/16-8
	Enfermaria - QC	Apartamento - QP	Enfermaria - QC	Apartamento - QP
	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
de 0 a 18 anos.	R\$ 218,01	R\$ 296,11	R\$ 193,31	R\$ 249,39
de 19 a 23 anos.	R\$ 244,17	R\$ 331,65	R\$ 193,31	R\$ 249,39
de 24 a 28 anos.	R\$ 280,80	R\$ 381,40	R\$ 193,31	R\$ 249,39
de 29 a 33 anos.	R\$ 308,88	R\$ 419,54	R\$ 193,31	R\$ 249,39
de 34 a 38 anos.	R\$ 364,47	R\$ 495,05	R\$ 193,31	R\$ 249,39
de 39 a 43 anos.	R\$ 419,15	R\$ 569,31	R\$ 193,31	R\$ 249,39
de 44 a 48 anos.	R\$ 544,89	R\$ 740,11	R\$ 475,46	R\$ 611,22
de 49 a 53 anos.	R\$ 708,36	R\$ 962,14	R\$ 475,46	R\$ 611,22
de 54 a 58 anos.	R\$ 949,19	R\$ 1.289,26	R\$ 475,46	R\$ 611,22
59 anos ou +	R\$ 1.300,41	R\$ 1.766,29	R\$ 1.166,16	R\$ 1.496,93

REAJUSTE: DEZEMBRO 2024

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Todo estado do Espírito Santo.

PRODUTO / ATENDIMENTO

SBS AMPLO ADESÃO

Os serviços serão prestados pela ampla rede credenciada de clínicas e hospitais perto de você com profissionais qualificados e consultas exclusivas.

Opções de acomodações: Enfermaria e Apartamento.

Área de abrangência: Estadual

SBS WAY EMPRESARIAL

Os serviços serão prestados pela ampla rede credenciada de clínicas e hospitais perto de você com profissionais qualificados e consultas exclusivas.

Opções de acomodações: Enfermaria e Apartamento.

Área de abrangência: Estadual

OPCIONAIS

ODONTO SAMP ESSENCIAL (RN 59)

COBERTURA

Pré-Pagamento: Urgência e Emergência, Consulta Inicial

Pós-Pagamento: Todos os demais procedimentos do Rol ANS. Pagamento direto ao prestador mediante tabela previamente acordada disponível em <https://www2.samp.com.br/servicos/tabela-de-valores-plano-essencial/>

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	VALOR
Consultas Eletivas	Médicas e Não Médicas	R\$20,00
Consultas de P.S	P.S.	R\$40,00
Exames e Procedimentos Simples	Radiologia simples, Análises Clínicas, Ultrassonografias, ECG, MAPA	30% com limitador de R\$25,00
Exames e Procedimentos Especiais	Exames Genéticos, Medicina Nuclear, Tomografias, Ressonâncias, Endoscopias	30% com limitador de R\$ 80,00
Terapias Grupo 1	Fisioterapias e outras terapias, em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíaco, pós AVC, neuropata, amputado	30% com limitador de R\$ 30,00
Terapias Grupo 2	Diálises, Quimioterapias, Radioterapias	ISENTO
Terapias Grupo 3	Fisioterapias Gerais e inespecífica como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição, Crioterapias, Hidroterapias e também Métodos Especiais.	30% com limitador de R\$ 150,00
Internações	Gerais	R\$100,00

Limitador mensal por beneficiário: R\$250,00

Isenção nas clínicas e hospitais da rede própria da SBS (consulta P.A., consulta simples e exames/ procedimentos simples).

MECANISMOS DE REGULAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO

Será de responsabilidade do usuário o pagamento da participação em valor monetário sobre os serviços e procedimentos efetivamente utilizados pelo cliente titular e seus dependentes, a seguir discriminados: consultas e procedimentos em consultório, pronto-socorro, pronto-atendimento, cobertura de serviços de apoio a diagnósticos, tratamento, demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimento cirúrgicos ambulatoriais e internação.

A lista contendo individualmente os nomes dos procedimentos e eventos em saúde pertencentes a cada grupo ou classe indicada na Proposta de Adesão poderá ser consultada pelos beneficiários no site da Operadora São Bernardo Saúde.

EMPRESARIAL UP HEALTH

Empresa

- Interposta assinada pelo responsável da empresa
- Cartão CNPJ*
- Contrato Social ou Certificado de MEi
- GFIP ou Raiz Negativa

*O empresário individual para a contratação precisa ser inscrito no órgão competente há pelo menos 06 (seis) meses e está com o cadastro regular junto à Receita Federal.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO - Cópia simples

a) Titular

- RG e CPF;
- Comprovante de vínculo com a empresa;
- Comprovante de residência atualizado (água, luz, telefone, contrato de locação) com data de vencimento em até 60 dias da data da contratação do plano de saúde;

b) Cônjuge ou Companheiro(a), sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial

- RG e CPF;
- Certidão de Casamento Civil ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros).

c) Filho(a) até 58 anos

- CPF, RG ou ou Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)

d) Enteado até 58 anos

- CPF, RG ou ou Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)

e) O menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado

- CPF, RG ou ou Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)
- Documento que comprove que o titular é o responsável

f) Neto até 58 anos

- CPF e RG;
- Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG);
- Documento que comprove o vínculo com o titular.

g) Sobrinho até 58 anos

- CPF e RG;
- Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG);
- Documento que comprove o vínculo com o titular.

h) Pais até 58 anos

- CPF e RG;

i) Irmãos até 58 anos

- CPF e RG;
- Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)

HOSPITAIS CREDENCIADOS

CIDADE	HOSPITAIS	AMPLO	WAY
Cachoeiro de Itaperimim	Hospital Evangélico Cachoeiro de Itaperimim	X	X
Cachoeiro de Itaperimim	Hospital Infantil Francisco de Assis	X	X
Cachoeiro de Itaperimim	Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro de Itaperimim	X	X
Cariacica	Hospital e Maternidade Francisco de Assis	X	X
Cariacica	Hospital Meridional Cariacica	X	-
Colatina	São Bernardo Apart Hospital	X	X
São Mateus	Casa de Nossa Senhora Aparecida	X	X
São Mateus	Hospital Meridional São Mateus	X	-
Unhares	Unhares Medial Center	X	X
Serra	Vitória Apart Hospital	X	X
Serra	Hospital Metropolitano	X	X
Vila Velha	Hospital Vila Velha	X	X
Vila Velha	Hospital Praia da Costa	X	X
Vitória	Hospital Santa Rita de Cássia	X	X
Vitória	Maternidade Santa Úrsula de Vitória	X	X
Vitória	Maternidade Santa Paula	X	X

	AMPLO	WAY
LABORATÓRIOS CREDENCIADOS	✓	✓
Andre Sena Laboratório de Patologia Clínica	✓	✓
Biodiagnóstico Laboratório de Análises Clínicas	✓	✓
Bioteste Laboratório de Análises Clínicas	✓	✓
Laboratório de Patologia Clínica Ltda	✓	✓
Santanna Laboratório de Análise Clínicas	✓	✓
Laboratório Bioclínico Ltda	✓	✓
Laboratório Pretti Ltda	✓	✓
Laboratório Centrolab Ltda	✓	✓
Laboratório de Análises Clínicas Pasteur	✓	✓

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS CONTRATO	PRC1.0M	PRC3.0M	PRC6.0M	PRC12.0M
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	24 horas	24 horas
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 GRUPO 1	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 GRUPO 2	Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
7	Terapias GRUPO 3	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 Orteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

MODALIDADES E REGRAS PROGRAMA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS (PRC)

Condições necessárias para cada PRC:

PRC 1.0M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, sem histórico de plano de saúde anterior nesta operadora ou em outra, ou com histórico de contratação de plano anterior nesta operadora ou em outra operadora, com permanência inferior a 03 (três) meses.

PRC 3.0M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência entre 3 (três) e 6 (seis) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial+ Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 6.0M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência entre 6 (seis) e 11 (onze) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial+ Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 12.0M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos por adesão, com histórico de permanência mínima de 12 (doze) meses em plano de saúde, em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial+ Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias ambulatoriais e internação.

DATAS DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

DATA DE ADESÃO

Entre os dias 01 e 15

Imediata D7

DATA DE VIGÊNCIA

Dia 01 do mês subseqüente

7 dias da data de assinatura

VENCIMENTO

Todo dia 10 de cada mês

Todo dia 10 de cada mês

ENTIDADES CONVENIADAS

Coletivo Empresarial - Livre Adesão



ENTIDADE CONVENIADA
ABEEPP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS

PÚBLICO-ALVO
Estudante

COMPROVANTE DE VÍNCULO
Decl. Escolar (30 dias) + Ficha Associativa

TAXA DE MENSALIDADE
R\$5,00



ENTIDADE CONVENIADA
IBDE - INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO ESTUDANTIL

PÚBLICO-ALVO
Estudante

COMPROVANTE DE VÍNCULO
Decl. Escolar (30 dias) + Ficha Associativa

TAXA DE MENSALIDADE
R\$5,00



ENTIDADE CONVENIADA
CAPLA BRASIL - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS E AUTÔNOMOS

PÚBLICO-ALVO
Profissional Liberal

COMPROVANTE DE VÍNCULO
Comprovante de Conclusão de Curso

TAXA DE MENSALIDADE
R\$5,00



ENTIDADE CONVENIADA
ABAEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO AOS COMERCIÁRIOS PÚBLICO-ALVO
Comércio e Serviço

COMPROVANTE DE VÍNCULO
Ficha Associativa

TAXA DE MENSALIDADE
R\$3,00



ENTIDADE CONVENIADA
ASSEMES - ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PÚBLICO-ALVO
Funcionário Público

COMPROVANTE DE VÍNCULO
Contracheque + Ficha Associativa

TAXA DE MENSALIDADE
R\$3,00



ENTIDADE CONVENIADA
CAEBS - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS E EMPRESAS DO COMÉRCIO DE BENS E SERVIÇOS DO BRASIL

PÚBLICO-ALVO
Comércio e Serviço

COMPROVANTE DE VÍNCULO
Cartão CNPJ + Ficha Associativa

TAXA DE MENSALIDADE
R\$0,00

FALE COM SEU CONSULTOR!

up.health
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

ANS nº 42.212-4



ANS nº 363766

