



## INFORME DE PRODUTOS

COLETIVO EMPRESARIAL  
COMPULSÓRIO



## COMBO SBS AMPLO EMPRESARIAL + ODONTO COMPULSÓRIO

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	REGISTRO ANS: 478.089/20-1 ENFERMARIA - QC
	<b>Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)</b>
de 0 a 18 anos.	R\$ 265,97
de 19 a 23 anos.	R\$ 265,97
de 24 a 28 anos.	R\$ 265,97
de 29 a 33 anos.	R\$ 265,97
de 34 a 38 anos.	R\$ 265,97
de 39 a 43 anos.	R\$ 265,97
de 44 a 48 anos.	R\$ 644,60
de 49 a 53 anos.	R\$ 644,60
de 54 a 58 anos.	R\$ 644,60
59 anos ou +	R\$ 1.571,51

## COMBO SBS AMPLO EMPRESARIAL + ODONTO COMPULSÓRIO

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	REGISTRO ANS: 496.408/23-0 APARTAMENTO- QP
	<b>Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)</b>
de 0 a 18 anos.	R\$ 320,99
de 19 a 23 anos.	R\$ 320,99
de 24 a 28 anos.	R\$ 320,99
de 29 a 33 anos.	R\$ 320,99
de 34 a 38 anos.	R\$ 320,99
de 39 a 43 anos.	R\$ 320,99
de 44 a 48 anos.	R\$ 730,32
de 49 a 53 anos.	R\$ 730,32
de 54 a 58 anos.	R\$ 730,32
59 anos ou +	R\$ 1.642,63

**REAJUSTE: DEZEMBRO 2024**

## COMBO PROMOCIONAL SBS WAY + ODONTO COMPULSÓRIO

FAIXA ETÁRIA	REGISTRO ANS: 476.212/16-6 ENFERMARIA - QC
	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)
de 0 a 18 anos.	R\$ 191,26
de 19 a 23 anos.	R\$ 191,26
de 24 a 28 anos.	R\$ 191,26
de 29 a 33 anos.	R\$ 191,26
de 34 a 38 anos.	R\$ 191,26
de 39 a 43 anos.	R\$ 191,26
de 44 a 48 anos.	R\$ 457,35
de 49 a 53 anos.	R\$ 457,35
de 54 a 58 anos.	R\$ 457,35
59 anos ou +	R\$ 1.108,74

## COMBO PROMOCIONAL SBS WAY + ODONTO COMPULSÓRIO

FAIXA ETÁRIA	REGISTRO ANS: 476.211/16-8 APARTAMENTO - QP
	Valor Promocional (ODONTO+SAUDE)
de 0 a 18 anos.	R\$ 247,29
de 19 a 23 anos.	R\$ 247,29
de 24 a 28 anos.	R\$ 247,29
de 29 a 33 anos.	R\$ 247,29
de 34 a 38 anos.	R\$ 247,29
de 39 a 43 anos.	R\$ 247,29
de 44 a 48 anos.	R\$ 593,06
de 49 a 53 anos.	R\$ 593,06
de 54 a 58 anos.	R\$ 593,06
59 anos ou +	R\$ 1.439,52

### REAJUSTE: DEZEMBRO 2024

.\* 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 SÃO BERNARDO ESSENCIAL M/CE (RN 59 - Registro ANS Nº. 493.394/22-0) - 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

### 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 SÃO BERNARDO ESSENCIAL (RN 59) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

## 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

- Termo de Adesão assinado pelo responsável da empresa;
- Ficha de filiação;
- Cartão CNPJ;
- Contrato Social ou Certificado de MEi;
- GFIP; e-Social ou Extrato do FGTS
- RG e CPF ou CNH

\*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 (ficha de registro recém contratado/GFIP atualizada)

#### 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 Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)

#### d) Enteado até 58 anos

- CPF, RG 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 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 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	✓	✓
Cachoeiro de Itaperimim	Hospital Infantil Francisco de Assis	✓	✓
Cachoeiro de Itaperimim	Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro de Itaperimim	✓	✓
Cariacica	Hospital e Maternidade Francisco de Assis	✓	✓
Cariacica	Hospital Meridional Cariacica	✓	✓
Colatina	São Bernardo Apart Hospital	✓	✓
São Mateus	Casa de Nossa Senhora Aparecida	✓	✓
São Mateus	Hospital Meridional São Mateus	✓	✓
Unhares	Unhares Medial Center	✓	✓
Serra	Vitoria Apart Hospital	✓	✓
Serra	Hospital Metropolitano	✓	✓
Vila Velha	Hospital Vila Velha	✓	✓
Vila Velha	Hospital Praia da Costa	✓	✓
Vitória	Hospital Santa Rita de Cássia	✓	✓
Vitória	Maternidade Santa Úrsula de Vitória	✓	✓
Vitória	Maternidade Santa Paula	✓	✓

### LABORATÓRIOS CREDENCIADOS

Andre Sena Laboratório de Patologia Clínica  
 Bodiagnóstico 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

#### DATA DE VIGÊNCIA

Dia 01 do mês subsequente

#### VENCIMENTO

Todo dia 10 de cada mês

#### MOVIMENTAÇÃO

Inclusão - D3 (efetivação no prazo de até 03 dias úteis)

Imediata D7

7 dias da data de assinatura

Todo dia 10 de cada mês

Exclusão - Até o dia 10 (para cancelamento para último dia do mês)

### ENTIDADES CONVENIADAS

#### Coletivo Empresarial - Compulsório



**ENTIDADE CONVENIADA**  
ACE-BSI - ASSOCIAÇÃO DE EMPREGADOS COLABORADORES EM EMPRESAS ATUANTES NOS SETORES DO COMÉRCIO BENS E SERVIÇOS DA INDÚSTRIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**PÚBLICO-ALVO**  
Comércio e Serviço

**COMPROVANTE DE VÍNCULO**  
Cartão CNPJ + Ficha Associativa

**MENSALIDADE ASSOCIATIVA**  
R\$14,00



**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

**MENSALIDADE ASSOCIATIVA**  
R\$10,00



**ENTIDADE CONVENIADA**  
SINTRAFARMA - SINDICATO DOS TRABALHADORES EM DROGARIAS, FARMÁCIAS E DISTRIBUIDORAS DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E HOSPITALARES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**PÚBLICO-ALVO**  
Farmácia

**COMPROVANTE DE VÍNCULO**  
Cartão CNPJ

**MENSALIDADE ASSOCIATIVA**  
R\$0,00



FALE COM SEU CONSULTOR!

**up.health**  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

ANS Nº 42.212-4



ANS Nº 363766

