

Nós temos um plano para você.

ABR 2024 / VERSÃO V



**TABELA PROMOCIONAL**

## INFORME DE PRODUTOS

**COLETIVO POR ADESÃO**  
GRUPO IV - FUNCIONÁRIO PÚBLICO



[www.uphealth.adm.br](http://www.uphealth.adm.br)



(27) 3441-4999



@uphealthadm

**TABELA PROMOCIONAL SBS WAY ADESÃO + ODONTO**

| FAIXA ETÁRIA     | REGISTRO ANS: 478.966/17-1<br>ENFERMARIA - QC | REGISTRO ANS: 478.964/17-4<br>APARTAMENTO QP |
|------------------|---|--|
|                  | Valor Promocional*<br>(ODONTO+SAUDE)          | Valor Promocional*<br>(ODONTO+SAUDE)         |
| de 0 a 18 anos.  | R\$ 190,24                                    | R\$ 251,70                                   |
| de 19 a 23 anos. | R\$ 212,53                                    | R\$ 281,36                                   |
| de 24 a 28 anos. | R\$ 243,74                                    | R\$ 322,89                                   |
| de 29 a 33 anos. | R\$ 267,67                                    | R\$ 354,73                                   |
| de 34 a 38 anos. | R\$ 315,04                                    | R\$ 417,78                                   |
| de 39 a 43 anos. | R\$ 361,62                                    | R\$ 479,77                                   |
| de 44 a 48 anos. | R\$ 468,77                                    | R\$ 622,36                                   |
| de 49 a 53 anos. | R\$ 608,05                                    | R\$ 807,72                                   |
| de 54 a 58 anos. | R\$ 813,26                                    | R\$ 1.080,82                                 |
| 59 anos ou +     | R\$ 1.112,51                                  | R\$ 1.479,07                                 |

**TABELA PROMOCIONAL SBS AMPLO ADESÃO + ODONTO**

| FAIXA ETÁRIA     | REGISTRO ANS: 496.410/23-1<br>ENFERMARIA - QC | REGISTRO ANS: 496.409/23-8<br>APARTAMENTO QP |
|------------------|---|--|
|                  | Valor Promocional*<br>(ODONTO+SAUDE)          | Valor Promocional*<br>(ODONTO+SAUDE)         |
| de 0 a 18 anos.  | R\$ 192,22                                    | R\$ 263,47                                   |
| de 19 a 23 anos. | R\$ 214,78                                    | R\$ 294,58                                   |
| de 24 a 28 anos. | R\$ 246,35                                    | R\$ 338,13                                   |
| de 29 a 33 anos. | R\$ 270,56                                    | R\$ 371,51                                   |
| de 34 a 38 anos. | R\$ 318,50                                    | R\$ 437,62                                   |
| de 39 a 43 anos. | R\$ 365,63                                    | R\$ 502,62                                   |
| de 44 a 48 anos. | R\$ 474,04                                    | R\$ 652,13                                   |
| de 49 a 53 anos. | R\$ 614,98                                    | R\$ 846,50                                   |
| de 54 a 58 anos. | R\$ 822,62                                    | R\$ 1.132,86                                 |
| 59 anos ou +     | R\$ 1.125,42                                  | R\$ 1.550,44                                 |

**REAJUSTE: DEZEMBRO 2024**

\*CONDIÇÕES PARA ADESÃO DE NOVOS BENEFICIÁRIOS NA TABELA PROMOCIONAL

- Produto Odonto: SB Odonto Essencial M/CE (Registro ANS: 493.394/22-0)

### 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 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

### OPCIONAIS

#### ODONTO SÃO BERNARDO ESSENCIAL (RN 59)

## 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\$460,00

Os valores de coparticipação e/ou limitador serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.

#### O limitador do Grupo é por procedimento.

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 Contratada.

**ISENÇÃO NAS CLINICAS E HOSPITAIS DA REDE PRÓPRIA DA SAMP E SBS (CONSULTA PA, 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.

### 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                   | Vitoria Apart Hospital                             | X     | X   |
| Serra                   | Hospital Metropolitano                             | 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.

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO - Cópia simples

#### a) Titular

- RG e CPF;
- Comprovante de vínculo com a Entidade;
- Comprovante de residência

#### 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) Irmãos até 58 anos

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

## DATAS DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

### DATA DE ADESÃO

Até o dia 20 de cada mês

Até o dia 30 de cada mês

Até o dia 10 de cada mês

### DATA DE VIGÊNCIA

Dia 01 do mês subsequente

Dia 10 do mesmo mês

Dia 20 do mesmo mês

### VENCIMENTO

Todo dia 10 de cada mês

Todo dia 15 de cada mês

Todo dia 25 de cada mês



### ENTIDADE CONVENIADA

**ASSEMES - ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

### PÚBLICO-ALVO

Funcionário Público

### COMPROVANTE DE VÍNCULO

Contracheque + Ficha Associativa

### MENSALIDADE ASSOCIATIVA

R\$5,00

FALE COM SEU CONSULTOR!

**up.health**  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS  
ANS - nº 42.219.8

**São Bernardo**  
Sociedade  
ANS - nº 363706

