



TABELA PROMOCIONAL

INFORME DE PRODUTOS

COLETIVO POR ADESÃO
GRUPO I - PROFISSIONAIS LIBERAIS



TABELA PROMOCIONAL SBS WAY ADESÃO + ODONTO

	Valor Promocional* (ODONTO+SAUDE)	Valor Promocional* (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

	Valor Promocional* (ODONTO+SAUDE)	Valor Promocional* (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 atualizado

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 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) 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

CAPLA BRASIL - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS E AUTÔNOMOS

PÚBLICO-ALVO

Profissional Liberal

COMPROVANTE DE VÍNCULO

Comprovante de Conclusão de Curso

MENSALIDADE ASSOCIATIVA

R\$5,00

FALE COM SEU CONSULTOR!

up.health
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS
ANS nº 43.915-8

