

# Tabela de Vendas

## PF



ANS - nº 34.203-3

Válido para vendas a partir da vigência 02/01/2024.



# Tabela de Vendas PF

Meu Samp Ambulatorial			Meu Samp Completo		Meu Samp Ambulatorial Total Sul	Meu Samp Completo Total Sul
ANS 485.263/20-0			ANS 485.449/20-7		ANS 488.751/21-4	ANS 489.727/21-7
Coparticipação	Com coparticipação		Com coparticipação		Com coparticipação	Com coparticipação
Acomodação	Sem acomodação		Enfermaria		Sem acomodação	Enfermaria
Abrangência	Grupos de Municípios		Grupos de Municípios		Grupos de Municípios	Grupos de Municípios
Odonto	----	Combo Saúde + Odonto (Urgência e Emergência) 493.392/22-3	----	Combo Saúde + Odonto (Urgência e Emergência) 493.392/22-3	----	----
00 - 18	129,10	124,10	255,10	250,10	163,21	319,57
19 - 23	159,96	152,92	317,50	310,41	204,01	399,47
24 - 28	175,38	167,32	348,69	340,56	222,36	435,40
29 - 33	195,71	186,31	389,87	380,36	246,82	483,31
34 - 38	224,23	212,94	447,50	436,07	281,39	550,97
39 - 43	257,01	243,56	513,79	500,14	320,80	633,63
44 - 48	307,25	290,48	615,45	598,40	388,15	766,66
49 - 53	388,65	366,50	780,14	757,58	485,19	966,01
54 - 58	503,53	473,79	1.012,51	982,18	625,90	1.246,16
A partir de 59	742,48	696,95	1.495,84	1.449,35	913,81	1.831,84

Outros Produtos	Meu Samp Ambulatorial	Meu Samp Completo	Meu Samp Ambulatorial Total	Meu Samp Completo Total
Desconto Medicamentos	✓	✓	✓	✓
Odonto Master I 479.957/18-07	R\$ 29,50	R\$ 29,50	X	X

## Rede Hospitalar

Região	Hospital	Meu Samp Ambulatorial	Meu Samp Completo	Meu Samp Ambulatorial Total Sul	Meu Samp Completo Total Sul
Serra	Vitória Apart Hospital	✓	✓		
Vila Velha	Hospital Santa Mônica	✓	✓		
Cachoeiro de Itapemirim	Hospital Infantil Francisco de Assis			✓	✓
	Hospital Evangélico			✓	✓
	Santa Casa de Misericórdia			✓	✓
Mimoso do Sul	Hospital Apostolo Pedro			✓	✓

\* 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: Odonto Samp Essencial M/IF (493.392/22-3) - R\$ 3,53 - Cobertura somente Urgência/Emergência e Prevenção (cobertura detalhada no contrato). Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita. Samp: CRO: ES-EPAO-1253  
RT: Ruy Francisco Oliveira – CRO-ES nº. 9307

# Tabela de Vendas PF

## CARÊNCIAS

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	120 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	60 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	180 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

## COPARTICIPAÇÃO

GRUPO	PROCEDIMENTOS	PRODUTOS REGIONAIS	NACIONAL
1	Consulta Eletiva	R\$ 20,00	30% com limitador de R\$ 60,00
2	Consulta em Hospital (PS)	R\$ 25,00	30% com limitador de R\$ 80,00
3	Exames/Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 40,00	30% com limitador de R\$ 100,00
4	Exames/Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 100,00	30% com limitador de R\$ 150,00
5	Terapias (Grupo1)	30% com limitador de R\$ 50,00	30% com limitador de R\$ 120,00
6	Terapias (Grupo2)	Isento	Isento
7	Terapias (Grupo3)	40% com limitador de R\$ 150,00	40% com limitador de R\$ 200,00
8	Internação	Isento	Isento

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

# EXEMPLOS DE COPARTICIPAÇÃO

CÓDIGO TUSS	GRUPO	PROCEDIMENTO	CUSTO MÉDIO	VALOR MÉDIO PAGO PELO BENEFICIÁRIO	
				AMBULATORIAL E DEMAIS PRODUTOS PF E PJ	NACIONAL E EXECUTIVO NACIONAL
40301150	3	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 2,61	R\$ 0,78	R\$ 0,78
40301281	3	AMILASE	R\$ 3,52	R\$ 1,05	R\$ 1,05
40310060	3	BACTERIOSCOPIA	R\$ 3,55	R\$ 1,06	R\$ 1,06
40305759	3	BHCG	R\$ 14,53	R\$ 4,36	R\$ 4,36
40301400	3	CÁLCIO	R\$ 2,70	R\$ 0,81	R\$ 0,81
40601137	3	CITOPATOLÓGICO (PREVENÇÃO)	R\$ 24,14	R\$ 7,24	R\$ 7,24
40301583	3	COLESTEROL HDL	R\$ 5,49	R\$ 1,65	R\$ 1,65
40301591	3	COLESTEROL LDL	R\$ 7,08	R\$ 2,12	R\$ 2,12
40301605	3	COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,57	R\$ 0,77	R\$ 0,77
40302695	3	COLESTEROL VLDL	R\$ 5,46	R\$ 1,64	R\$ 1,64
40201082	4	COLONOSCOPIA	R\$ 311,17	R\$ 93,35	R\$ 93,35
10101012	1	CONSULTA ELETIVA	R\$ 79,18	R\$ 20,00	R\$ 23,73
10101039	2	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	R\$ 119,59	R\$ 25,00	R\$ 35,88
40301630	3	CREATININA	R\$ 2,65	R\$ 0,80	R\$ 0,80
40310124	3	CULTURA GERAL	R\$ 18,55	R\$ 5,57	R\$ 5,57
40808130	4	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 116,06	R\$ 34,82	R\$ 34,82
20103182	5	DESVIOS POSTURAIIS DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 36,31	R\$ 10,89	R\$ 10,89
40901106	4	ECOCARDIOGRAMA C/ DOPPLER	R\$ 158,78	R\$ 47,63	R\$ 47,63
40101010	3	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 21,85	R\$ 6,55	R\$ 6,55
23990010	4	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 225,62	R\$ 67,69	R\$ 67,69
40301842	3	FERRO SÉRICO	R\$ 3,30	R\$ 0,99	R\$ 0,99
40302040	3	GLICOSE	R\$ 2,51	R\$ 0,75	R\$ 0,75
40304299	3	GRUPO SANGUÍNEO	R\$ 3,26	R\$ 0,98	R\$ 0,98
40304361	3	HEMOGRAMA	R\$ 5,62	R\$ 1,69	R\$ 1,69
40808033	3	MAMOGRAFIA*	R\$ 77,89	R\$ 23,27	R\$ 23,27
40303110	3	PARASITOLÓGICOS DE FEZES	R\$ 3,70	R\$ 1,11	R\$ 1,11
20103476	5	PATOLOGIA NEUROLÓGICA COM DEPENDÊNCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	R\$ 36,11	R\$ 10,83	R\$ 10,83
41101014	4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 420,18	R\$ 100,00	R\$ 126,05
20103689	5	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 85,87	R\$ 25,76	R\$ 25,76
40311210	3	ROTINA DE URINA	R\$ 3,75	R\$ 1,13	R\$ 1,13
40802051	3	RX COLUNA LOMBO-SACRA*	R\$ 26,29	R\$ 7,89	R\$ 7,89
40801063	3	RX SEIOS DA FACE*	R\$ 22,88	R\$ 6,86	R\$ 6,86
40805018	3	RX TORAX PA*	R\$ 20,44	R\$ 6,13	R\$ 6,13
20104219	7	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	R\$ 36,38	R\$ 14,55	R\$ 14,55
50000616	7	SESSÃO INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONAUDIOLOGIA	R\$ 32,72	R\$ 13,09	R\$ 13,09
20102011	4	SISTEMA HOLTER (24 HORAS)	R\$ 103,80	R\$ 31,14	R\$ 31,14
40302423	3	SÓDIO	R\$ 2,99	R\$ 0,90	R\$ 0,90
40101045	4	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 86,10	R\$ 25,83	R\$ 25,83
41001010	4	TOMOGRAFIA COMPUT. DE CRÂNIO	R\$ 255,28	R\$ 76,58	R\$ 76,58
40302547	3	TRIGLICERÍDIOS	R\$ 3,56	R\$ 1,07	R\$ 1,07
40316521	4	TSH	R\$ 15,47	R\$ 4,64	R\$ 4,64
40901238	3	ULTRASSOM OBSTÉTRICA*	R\$ 54,39	R\$ 16,32	R\$ 16,32
40901300	3	ULTRASSOM PÉLVICA* (VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 59,01	R\$ 17,70	R\$ 17,70
40302580	3	UREIA	R\$ 2,78	R\$ 0,83	R\$ 0,83
40304370	3	VHS	R\$ 2,25	R\$ 0,67	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.