

INFORME DE PRODUTOS

GRUPO 03 ESTUDANTES



Benevix

Sua administradora de benefícios.



A SÃO BERNARDO SAÚDE, FAZ PARTE DO GRUPO ATHENA.

Hoje o grupo Athena é constituído por 7 mil funcionários, 5 operadoras, 57 centros médicos e prontos atendimentos e 12 hospitais, presentes em cidades de norte a sul do país.

1.1 MILHÕES
beneficiários
médico + odonto

3.5 MILHÕES
atendimentos
por ano

TABELAS DE PREÇOS – GRUPO 03 (ESTUDANTES)

SBS AMPLO ADESÃO		
	VALOR	COMBO SAÚDE + ODONTO (Rn59)**
		VALOR PROMOCIONAL
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
ODONTOLÓGICO	-	ODONTO SB
REGISTRO ANS	496.410/23-1	ESSENCIAL M/CA (RN 59)
		496.410/23-1
FAIXA ETÁRIA		
00 - 18	R\$ 339,99	R\$ 333,93
19 - 23	R\$ 380,77	R\$ 373,49
24 - 28	R\$ 437,90	R\$ 428,87
29 - 33	R\$ 481,69	R\$ 471,33
34 - 38	R\$ 568,39	R\$ 555,40
39 - 43	R\$ 653,64	R\$ 638,07
44 - 48	R\$ 849,73	R\$ 828,21
49 - 53	R\$ 1.104,66	R\$ 1.075,40
54 - 58	R\$ 1.480,24	R\$ 1.439,57
59 ou mais	R\$ 2.027,94	R\$ 1.970,64

Data base de reajuste: dezembro/2024

SBS AMPLO ADESÃO		
	VALOR	COMBO SAÚDE + ODONTO (Rn59)**
		VALOR PROMOCIONAL
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
ODONTOLÓGICO	-	ODONTO SB
REGISTRO ANS	496.409/23-8	ESSENCIAL M/CA (RN 59)
		496.409/23-8
FAIXA ETÁRIA		
00 - 18	R\$ 406,72	R\$ 400,67
19 - 23	R\$ 455,52	R\$ 448,23
24 - 28	R\$ 523,85	R\$ 514,82
29 - 33	R\$ 576,23	R\$ 565,88
34 - 38	R\$ 679,95	R\$ 666,96
39 - 43	R\$ 781,94	R\$ 766,36
44 - 48	R\$ 1.016,52	R\$ 994,99
49 - 53	R\$ 1.321,48	R\$ 1.292,22
54 - 58	R\$ 1.770,79	R\$ 1.730,12
59 ou mais	R\$ 2.425,98	R\$ 2.368,68

Data base de 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 obstetria: Odonto SB Essencial M/CA (RN 59 - Registro ANS Nº: 493.393/22-1) - R\$ 4,27 - 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

TABELAS DE PREÇOS – GRUPO 03 (ESTUDANTES)

SÃO BERNARDO WAY		
	VALOR	COMBO SAÚDE + ODONTO (Rn59)**
		VALOR PROMOCIONAL
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
ODONTOLÓGICO	-	ODONTO SB
REGISTRO ANS	478.966/17-1	ESSENCIAL M/CA (RN 59)
		478.966/17-1
FAIXA ETÁRIA		
00 - 18	R\$ 244,16	R\$ 237,73
19 - 23	R\$ 273,46	R\$ 265,73
24 - 28	R\$ 314,48	R\$ 304,93
29 - 33	R\$ 345,92	R\$ 334,98
34 - 38	R\$ 408,19	R\$ 394,48
39 - 43	R\$ 469,42	R\$ 452,99
44 - 48	R\$ 610,25	R\$ 587,57
49 - 53	R\$ 793,32	R\$ 762,51
54 - 58	R\$ 1.063,04	R\$ 1.020,26
59 ou mais	R\$ 1.456,36	R\$ 1.396,13

Data base de reajuste: dezembro/2024

SÃO BERNARDO WAY		
	VALOR	COMBO SAÚDE + ODONTO (Rn59)**
		VALOR PROMOCIONAL
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
ODONTOLÓGICO	-	ODONTO SB
REGISTRO ANS	478.964/17-4	ESSENCIAL M/CA (RN 59)
		478.964/17-4
FAIXA ETÁRIA		
00 - 18	R\$ 320,97	R\$ 314,54
19 - 23	R\$ 359,49	R\$ 351,77
24 - 28	R\$ 413,41	R\$ 403,86
29 - 33	R\$ 454,75	R\$ 443,80
34 - 38	R\$ 536,60	R\$ 522,90
39 - 43	R\$ 617,09	R\$ 600,68
44 - 48	R\$ 802,22	R\$ 779,55
49 - 53	R\$ 1.042,89	R\$ 1.012,10
54 - 58	R\$ 1.397,46	R\$ 1.354,71
59 ou mais	R\$ 1.914,53	R\$ 1.854,33

Data base de 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 obstetria: Odonto SB Essencial M/CA (RN 59 - Registro ANS Nº: 493.393/22-1) - R\$ 4,41 - 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 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: Grupo de municípios

OPCIONAIS

ODONTO SB 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/>

SISTEMÁTICA DE COPARTICIPAÇÃO

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	VALORES
1	Consultas eletivas	Médicas e Não Médicas	R\$ 20,00
2	Consultas de P.S.	P.S.	R\$ 40,00
3	Exames e Procedimentos Simples	Radiologia simples, Análises Clínicas, Ultrassonografias, ECG, MAPA	30% com limitador de R\$25,00
4	Exames e Procedimentos Especiais	Exames Genéticos, Medicina Nuclear, Tomografias, Ressonâncias, Endoscopias	30% com limitador de R\$ 80,00
5	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
6	Terapias Grupo 2	Diálises, Quimioterapias, Radioterapias	ISENTO
7	Terapias Grupo 3	Fisioterapias Gerais e inespecífica como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição, Crioterapias, Hidroterapias e também Métodos Especiais	40% com limitador de R\$ 150,00
8	Internações	Gerais	R\$ 100,00

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	-
Linhares	Linhares Medial Center	x	x
Serra	Vitoria 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

LABORATÓRIOS CREDENCIADOS

Andre Sena Laboratório de Patologia Clínica	Laboratório de Patologia Clínica Ltda	Laboratório Pretti Ltda
Biodiagnóstico Laboratório de Análises Clínicas	Santanna Laboratório de Análise Clínicas	Laboratório Centrolab Ltda
Bioteste Laboratório de Análises Clínicas	Laboratório Bioclínico Ltda	Laboratório de Análises Clínicas Pasteur

CARÊNCIAS

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS - CONTRATO	PRC 1.0M	PRC 3.0M	PRC 6.0M	PRC 12.0M
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	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

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS - CONTRATO	PRC 1.0M	PRC 3.0M	PRC 6.0M	PRC 12.0M
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 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

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

d) Enteado(a) 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(a) até 58 anos

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

g) Sobrinho(a) até 58 anos

- CPF
- RG; ou
- 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

- RG e CPF

i) Irmãos até 58 anos

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

DATAS DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

- . Vigência 01 - Do dia 01 até o dia 15 do mês anterior
- . Vigência 10 - Do dia 11 até o 25 do mesmo mês
- . Vigência 20 - Do dia 20 do mês anterior até o dia 05 do mesmo mês

ENTIDADES CONVENIADAS

ENTIDADES	PÚBLICO-ALVO	COMPROVANTE DE VÍNCULO	TAXAS ASSOCIATIVAS / MENSALIDADES
CAEPP Caixa de Assistência dos Estudantes de Escolas Públicas e Particulares	Estudantes do ensino fundamental, médio, superior, pós-graduação, mestrado, doutorado, técnico, politécnicos, cursos livre, qualificação profissional e de cursos pré-vestibulares	Declaração escolar datada com até 30 dias + Ficha de filiação com a entidade	R\$ 13,50 (Mensais)

Benevix

Sua administradora de benefícios.

 (27) 99953.6441

Benê - Atendente Virtual

ANS - N.º 41.771-8

ANS - N.º 36.376-6