

# TABELA DE PREÇOS

## SÃO CRISTÓVÃO

Plano de saúde coletivo por adesão / Contrato coletivo por adesão - lei 9656/98



### Tabela de preços

Faixa Etária	SC 10E - Enf. 464.519/11-7	SC 20E - Enf. 464.521/11-9	SC 20A - Apt. 464.520/11-1	SC Leste - Enf. 479.144/17-4	SC Leste - Apt. 479.145/17-2	SC SP - Enf. 479.142/17-8	SC SP - Apt. 479.143/17-6
0 a 18 anos	R\$ 163,20	R\$ 196,15	R\$ 223,40	R\$ 144,69	R\$ 160,82	R\$ 160,82	R\$ 178,81
19 a 23 anos	R\$ 182,78	R\$ 227,95	R\$ 259,57	R\$ 172,05	R\$ 191,17	R\$ 191,21	R\$ 212,42
24 a 28 anos	R\$ 203,89	R\$ 259,77	R\$ 295,86	R\$ 204,29	R\$ 226,96	R\$ 227,02	R\$ 252,21
29 a 33 anos	R\$ 230,60	R\$ 307,46	R\$ 350,19	R\$ 242,73	R\$ 269,70	R\$ 269,82	R\$ 299,82
34 a 38 anos	R\$ 274,11	R\$ 347,22	R\$ 395,42	R\$ 288,21	R\$ 320,32	R\$ 320,42	R\$ 356,03
39 a 43 anos	R\$ 315,47	R\$ 379,03	R\$ 431,65	R\$ 342,42	R\$ 380,47	R\$ 380,62	R\$ 423,03
44 a 48 anos	R\$ 400,33	R\$ 474,45	R\$ 540,34	R\$ 407,10	R\$ 452,08	R\$ 452,43	R\$ 502,45
49 a 53 anos	R\$ 465,62	R\$ 540,73	R\$ 615,80	R\$ 483,57	R\$ 537,16	R\$ 537,45	R\$ 597,05
54 a 58 anos	R\$ 578,74	R\$ 654,64	R\$ 745,58	R\$ 574,28	R\$ 638,00	R\$ 638,45	R\$ 709,26
59 anos ou +	R\$ 976,89	R\$ 1.137,06	R\$ 1.294,96	R\$ 868,14	R\$ 964,89	R\$ 964,89	R\$ 1.072,82

Reajuste: Junho de 2020.

### Abrangência

- São Cristóvão 10E: São Paulo.
- São Cristóvão 20E e 20A: Cubatão, Guarujá, Guarulhos, Osasco, Praia Grande, Santos, São Paulo e São Vicente.
- São Cristóvão Leste: Zona Leste de São Paulo.
- São Cristóvão SP: Município de São Paulo.

### Área de comercialização

Beneficiários residentes nos municípios de: São Paulo, Osasco e Guarulhos.

### Carências

Item	Cobertura	Carência contratual	Redução de carências
1	Urgência e emergência em pronto socorro.	24 horas	24 horas
2	Consultas médicas e consultas multiprofissionais eletivas (psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), raios-x sem contraste e ECG-eletrocardiograma (simples, alta resolução e 12 canais).	30 dias	15 dias
3	Exames laboratoriais para pesquisa e dosagem em ácido láctico, ácido úrico, colesterol total e frações, (HDL, LDL, VLDL), creatinina, gama-glutamil transferase, glicose, potássio, proteína C reativa, sódio, transaminase oxalacetina (amino transferase aspartato), transaminase piruvica (amino transferase de alanina), triglicerídeos, ureia, hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas, parasitológico - nas fezes e rotina e cultura de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia e contagem de colônias).	30 dias	15 dias
4	Ultrassonografia do abdome (inferior, superior e/ou total), ultrassonografia do aparelho urinário; de estruturas superficiais ou partes moles; de globo ocular com ou sem doppler colorido; de mamas; de órgãos superficiais (tireóide, escroto, pênis ou crânio), ultrassonografia obstétrica convencional com ou sem doppler colorido, endovaginal, morfológica respeitada a DUT - diretriz de utilização, e de perfil biofísico fetal.	90 dias	45 dias
5	Internações clínicas, cirúrgicas, neurológicas e psiquiátricas, micro e pequenas cirurgias em nível ambulatorial ou em hospital dia, quimioterapias, radioterapias.	180 dias	90 dias
6	Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional), procedimentos e eventos não previstos nos itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.	180 dias	90 dias
7	Parto a termo.	300 dias	300 dias
8	Cobertura parcial temporária - CPT às DLP - doenças e/ou lesões preexistentes, alegadas ou constatadas.	24 meses	24 meses

Os exames, terapias, procedimentos e eventos descritos acima apenas terão cobertura quando previstos no Rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e seus anexos, conforme normativo vigente, cessando a sua garantia de cobertura em caso de exclusão do referido Rol.

### Dependentes

**Cônjuge:** • Cópia do RG e CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

**Companheiro(a):** • Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

**Filhos(as) e enteados solteiros(as) até 21 anos devidamente comprovado(a):** • Cópia do RG ou cópia da certidão de nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do cartão nacional de saúde.

**Filhos(as) solteiros(as) até 24 anos se universitários:** • Cópia do RG ou cópia da certidão de nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do cartão nacional de saúde.

**UDFE:** • Para estudantes menores de 18 anos, necessário RG e CPF dos pais.

Plano Coletivo por Adesão. Regras distintas dos Planos individuais. Obrigatória a comprovação de vínculo com a Entidade de Classe. A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

### Período de vendas

### Vigência e vencimento

Dia 01 a 15

Dia 1º - 1º mês subsequente

Dia 16 a 31

Dia 15º - 1º mês subsequente

## Formas de pagamentos

Mensalidade paga através de boleto bancário, até o dia do vencimento, para cobertura no mês.

Taxa de Inscrição equivalente ao valor da mensalidade, paga no ato da adesão.

## Resumo de rede

HOSPITAIS	SC 10	SC 20	São Cristóvão Leste	São Cristóvão SP
Hospital São Cristóvão	PS / H / M	PS / H / M	C / PSP / PSA / M / I	C / PSP / PSA / M / I
Hospital CEMA	PS	PS / H	PSP / PSA / I*	PSP / PSA / I*
Hospital Itaquera	H	H	C	C
Hospital Vila Iolanda	PS / H	PS / H / M	PSP / PSA	C / PSP / PSA / M / I
Hospital Santa Marcelina	-	PS / H / M	-	PSP / PSA / I
Hospital Oito de Maio	-	PS / H / M	-	PSP / PSA / M / I
Hospital Albert Sabin	-	C / PSP / II	-	PSA / II
Hospital das Clínicas	-	PS / H	-	C / PSP / I
Casa de Saúde Santa Rita	-	PS / H	-	PSA / I
Hospital API	-	-	C / PSA / I**	C / PSA / I**
Hospital San Paolo	-	PS / H / M	-	PSP / PSA / M / I
Hospital Vera Cruz	-	-	PSA / I**	PSA / I**
Hospital Presidente	PS	PS / H	-	-
Prontofalmo	-	PS / H	-	-
Hospital Bandeirantes	-	H	-	-
Recanto São Camilo	-	PS	-	-
Hospital São Bernardo	-	PS	-	-
Hospital São Bernardo Infantil	-	PS	-	-
Santa Casa de Mauá	-	PS	-	-
Hospital e Maternidade São José ABC	-	PS	-	-
Hospital Santo Amaro Guarujá	-	PS	-	-
Hospital Bom Clima	-	PS	-	-
Irmadade da Santa Casa da Misericórdia de Santos	-	PS / I	-	-
Hospital São Lucas	-	PS	-	-
Hospital Benef de São Caetano	-	PS	-	-

C - Consulta | PS - Pronto Socorro | PSP - Pronto Socorro Pediátrico | PSA - Pronto Socorro Ambulatorial | M - Maternidade | H - Hospital | I - Internação | II - Internação Infantil | \*Oftalmo / Otorrino | \*\* Psiquiátrica

## Laboratórios e clínicas

<b>SC 10</b>	Crya, Laboramed, Liqueur SRC e Nasa.
<b>SC 20</b>	Amel, Andreazza, Assad, Cientific Lab, Calen Cardio, Cardial, Carezzato, Centro Wayner de Leonardi, Clínica Bom Pastor, Clínica da Mulher e Família, Clínica de Olhos Nações, Crya, Dr. Ghelfond, Hemomed, Inteo, Laboramed, Laboratório Labor Clin, Liqueur SRC, Medical Imagem, Nasa, Nefrolog, Rocha Lima e Schmilevitch.
<b>São Cristóvão Leste</b>	Crya, Laboramed, Liqueur SRC, Nasa e Schmilevitch.
<b>São Cristóvão SP</b>	Carezzato, Crya, Laboramed, Liqueur SRC e Nasa.

## Regras de aceitação das entidades

Quem pode aderir	Documentos do titular	Valor da filiação <sup>1</sup>
<b>(ABRACEM - PROFISSIONAIS LIBERAIS)</b> - Administradores, Arquitetos, Assistente Social, Atuarista, Contabilista, Economista, Educação Física, Engenheiro, Farmacêutico, Físio-terapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo e Psicólogo.	- Ficha de filiação e cópia do diploma ou identidade do órgão regulador da profissão; - Cópia da carteira de associado ABRACEM.	R\$ 5,50 mês
<b>(GRÊMIO - SERVIDORES PÚBLICOS)</b> - Funcionários públicos municipais, estaduais e federais.	- Cópia da carteirinha da associação ou ficha de filiação; - Cópia do Holerite (obrigatório).	R\$ 2,00 mês
<b>(FCDL - COMERCIANTES / LOJISTAS)</b> - Dirigentes, Proprietários e Sócios de empresas do ramo do comércio representadas por um sindicato filiado à FCDL. Em caso de MEI, serão aceitos apenas empresas constituídas há mais de 6 meses.	- Documentos comprobatórios do vínculo entre o beneficiário titular e o FCDL-ESP ou a ficha de inscrição da entidade; - O comprovante de trabalho em comércio no estado de SP; - Xerox da CTPS ou contra cheque, declaração de um executivo/gerente/sócio em formulário com timbre da empresa.	R\$ 7,00 mês
<b>(UDFE - ESTUDANTES)</b> - Estudantes do ensino infantil, fundamental, médio, graduação e pós graduação.	- Cópia da carteirinha da UDFE ou ficha de filiação; - Documentos comprobatórios de que o beneficiário é estudante; - Cópia do comprovante de mensalidade escolar quitado (recente); - Declaração do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo nome completo do estudante, curso, período e nome do estabelecimento de ensino, CNPJ e (carimbo), endereço completo, nome e assinatura do funcionário (legível).	R\$ 6,00 mês
<b>(FETRACESP - TRABALHADORES COOPERATIVADOS)</b> - Federação dos trabalhadores cooperados no estado de São Paulo.	- Cópia do demonstrativo de pagamento ou cópia da carteira com o registro de trabalho (indicando que a empresa é cooperativa); - Ficha de filiação devidamente preenchida ou cópia da carteirinha da FETRACESP/FETRABRAS.	R\$ 5,00 mês
<b>(SINDPLANOS)</b> - Corretores de Planos de Saúde e Odontológicos.	- CNPJ e cópia do contrato social; - Ficha de filiação da entidade.	R\$ 3,00 mês

<sup>1</sup> - Essas Condições são para os Profissionais que contratarem o Plano de Saúde Coletivo por Adesão com a Divicom. Valores Sujeitos a alterações por parte da Entidade. O profissional deverá consultar sua entidade de classe.