

Faixa Etária	São Cristóvão 10E Enfermaria 464.519/11-7	São Cristóvão 20E Enfermaria 464.521/11-9	São Cristóvão 20A Apartamento 464.520/11-1
00-18	R\$ 142,80	R\$ 171,63	R\$ 195,46
19-23	R\$ 159,93	R\$ 199,44	R\$ 227,14
24-28	R\$ 178,41	R\$ 227,30	R\$ 258,86
29-33	R\$ 201,78	R\$ 269,02	R\$ 306,42
34-38	R\$ 239,88	R\$ 303,83	R\$ 346,01
39-43	R\$ 276,03	R\$ 331,66	R\$ 377,73
44-48	R\$ 350,28	R\$ 415,14	R\$ 472,81
49-53	R\$ 407,43	R\$ 473,15	R\$ 538,82
54-58	R\$ 506,40	R\$ 572,81	R\$ 652,41
59/ +	R\$ 854,79	R\$ 994,95	R\$ 1.133,10

A tabela poderá sofrer alterações sem aviso prévio.

Reajuste previsto: maio/20

Recebimento de propostas	Vigência	Vencimento
15 dias antecedentes a vigência	Dias 1º e 15º	Dias 1º e 15º

Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente informados.

### Documento de elegibilidade para titulares ativos

Entidade	Podem aderir / Taxa associativa	Documentos necessários
ABAEC ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES ASSOCIATIVAS DO COMÉRCIO	Comércio, serviços ou indústria   <b>Taxa R\$ 3,00</b>	RG   CPF   Comprovante de endereço - Comerciante: Cópia o contrato social e/ou última alteração   Requerimento de Empresário e/ou MEI(*) (com no mínimo 180 dias de registro e ativo)   Comprovação de filiação na entidade (Ficha Associativa). - Comerciante: Cópia da carteira de trabalho ou último contra cheque (com até 90 dias do mês da competência)   Comprovação de filiação na entidade (Ficha Associativa)   CNS (Cartão Nacional de Saúde) (*) necessário o envio do Cartão do CNPJ
ABE EAD ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDANTES	Estudantes (a partir de 02 anos)   <b>Taxa R\$ 5,00</b> *Menor de 06 anos, desde que acompanhado de outro beneficiário com idade igual ou superior a 18 anos.	RG   CPF   Comprovante de endereço   Certificado ou declaração da Escola (a partir de 2 anos)   Ficha Associativa   CNS (Cartão Nacional de Saúde)
ANPF	Servidores Públicos Federais, Estaduais e Municipais   <b>Taxa R\$ 2,00</b>	RG   CPF   Comprovante de endereço   Holerite (caso não conste o desconto da entidade no holerite preencher Ficha Associativa)   CNS (Cartão Nacional de Saúde)
ABRACON	Profissional Liberal   <b>Taxa R\$ 5,00</b>	Cópia do Diploma ou certificado ou Registro no Conselho de Classe ou Comp. De Contribuição Sindical da Categoria   Ficha Associativa   CNS (Cartão Nacional de Saúde)
ACEC ASSOCIAÇÃO COMERCIAL	Diretores ou sócios das empresas do ramo do comércio <b>Taxa R\$ 3,00</b>	Cópia do Contrato Social e/ou última alteração   Requerimento de Empresário e/ou MEI(*) (com no mínimo 180 dias de registro e ativo)   Comprovação de filiação na entidade (Ficha Associativa). CNS (Cartão Nacional de Saúde). (*) necessário o envio do Cartão do CNPJ ativo.
SINDIPESP	Profissionais da Pedagogia e Psicopedagogia, autônomos e empregados em órgãos públicos e privados do Estado de São Paulo   <b>Taxa R\$ 5,00</b>	RG   CPF   Comprovante de endereço   Diploma ou Carteira profissional ou holerite atualizado e Ficha Associativa   CNS (Cartão Nacional de Saúde)
ANPLIA	Profissionais Liberais e/ou autônomos   <b>Taxa R\$ 4,50</b>	RG   CPF   Comprovante de endereço   Cópia do diploma e/ou registro em conselho de classe ou em sindicato da categoria   Ficha Associativa   CNS (Cartão Nacional de Saúde)

### Carências

Item	Procedimentos	Carência contratual	Redução de carência congêneres mínimo 06 meses de plano anterior
Grupo 1	Urgência e emergência em PS - Pronto-Socorro.	24 horas	24 horas
Grupo 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
Grupo 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 Oxalacética (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
Grupo 4	Ultrassonografia do abdômen (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 (tíreóide, 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
Grupo 5	Internações Clínicas, Cirúrgicas, Neurológicas e Psiquiátricas; Micro e Pequenas Cirurgias em Nível Ambulatorial ou em Hospital Dia; Quimioterapias e Radioterapias.	180 dias	90 dias
Grupo 6	Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional), procedimentos e eventos não previstos nos Grupos 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8.	180 dias	90 dias
Grupo 7	Parto a Termo.	300 dias	300 dias
Grupo 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.

Congêneres participantes: Todas as operadoras / seguradoras devidamente registradas na ANS

#### Regras para análise de carências

A entrega da documentação deverá ocorrer obrigatoriamente no momento da contratação do plano e deverá ser encaminhada juntamente com a proposta de adesão. Todas as propostas passarão por análise para a portabilidade de carência e devem-se observar as normas regulamentares da ANS e legislação vigente. Relação completa consta no aditivo de redução de carência.

#### Redução de carência

Cópia da proposta do plano anterior ou carteirinha contendo a data de início do plano. Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de pagamento, sendo que o último boleto quitado não poderá ultrapassar 60 (sessenta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta Comercial da São Cristóvão. Todos os documentos acima poderão ser substituídos pela carta de permanência mínimo 6 (seis) meses na operadora anterior.

	São Cristóvão 10E	São Cristóvão 20E	São Cristóvão 20A
<b>ZONA LESTE</b>			
HOSPITAL SÃO CRISTÓVÃO	I / M / PSa / PSp / C	I / M / PSa / PSp / C	I / M / PSa / PSp / C
HOSPITAL CEMA	PSa / PSp (oftalmo / Otorrino)	I / PSa / PSp (Oftalmo / Otorrino)	I / PSa / PSp (oftalmo / Otorrino)
HOSPITAL ITAQUERA	C	C	C
HOSPITAL VILA IOLANDA	PSa / PSp / C	I / M / PSa / PSp / C	I / M / PSa / PSp / C
HOSPITAL SANTA MARCELINA	-	PSa / PSp / I	PSa / PSp / I
HOSPITAL OITO DE MAIO	-	PSa / PSp / I / M	PSa / PSp / I / M
<b>ZONA OESTE</b>			
HOSPITAL ALBERT SABIN	-	PSa / PSp / C / I	PSa / PSp / C / I
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	-	Ip / PSp / Cp	Ip / PSp / Cp
<b>ZONA SUL</b>			
HOSPITAL API	I / PSa (psiquiátrico)	I / PSa (psiquiátrico)	I / PSa (psiquiátrico)
CASA DE SAÚDE SANTA RITA	-	I / PSa	I / PSa
<b>ZONA NORTE</b>			
HOSPITAL SAN PAOLO	-	PSa / PSp / I / M	PSa / PSp / I / M
HOSPITAL VERA CRUZ	I / PSa (psiquiátrico)	I / PSa (psiquiátrico)	I / PSa (psiquiátrico)
HOSPITAL PRESIDENTE	PSa	PSa / I	PSa / I
<b>ABCDM</b>			
HOSPITAL SÃO JOSÉ DO ABC	-	PSa / I	PSa / I
HOSPITAL BENF. DE SÃO CAETANO	-	PSa / PSp / I / M / C	PSa / PSp / I / M / C
HOSPITAL SÃO BERNARDO	-	I / PSa	I / PSa
HOSPITAL BERNARDO INFANTIL	-	IP / PSp (atend. pediátrico)	IP / PSp (atend. pediátrico)
SANTA CASA DE MAUJÁ	-	PSa / PSp / I	PSa / PSp / I
HOSPITAL SÃO LUCAS (DIADEMA)	-	PSa / PSp / I / C	PSa / PSp / I / C
<b>GUARULHOS</b>			
HOSPITAL BOM CLIMA	-	I / M / PSa / PSp	I / M / PSa / PSp
<b>LITORAL</b>			
HOSPITAL SANTO AMARO - GUARUJÁ	-	PSa / PSp / C	PSa / PSp / C
IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS	-	PS/I/C	PS/I/C
CANTO DO FORTE SS LTDA EPP (Praia Grande)		H	H
IBEMI - INSTITUTO BENEFICENTE DE MEDICINA INTEGRADA (H. do Guarujá)		H	H

## LABORATÓRIOS E CLÍNICAS

AMEL	CAREZZATO	CLÍNICA DE OLHOS NAÇÕES	LABORAMED I	NEFROLOG
ANDREAZZA	CENTRO WAYNER DE LEONARDI	CRYA	LABORATÓRIO LABOR CLIN	ROCHA LIMA
ASSAD	CLINAR	DR. GHELFFOND	LIQUOR SRC	SCHMILEVITCH
CALEN CARDIO	CLÍNICA BOM PASTOR	HEMOMED	MEDICAL IMAGEM	ENTRE OUTROS
CARDIAL	CLÍNICA DA MULHER & FAMÍLIA	INTEO	NASA	

C - Consulta | PS - Pronto Socorro | PSP - Pronto Socorro Pediátrico | PSA - Pronto Socorro Ambulatorial | M - Maternidade | H - Hospital | I - Internação

Rede sujeita a alteração pela operadora São Cristóvão, sem aviso prévio. Para consulta da rede credenciada completa e atualizada, consulte o manual do beneficiário.

Canal de Apoio ao Corretor

☎ 11 2124 1888 📞 11 99632 0425 ✉ apoioaocorretor@corporeadministradora.com.br 🌐 corporeadministradora 🌐 www.corporeadministradora.com.br



Corpore Administradora  
**ANS nº 41.896-0**

São Cristóvão  
**ANS nº 31.421-8**