

**OPÇÃO FAMILIAR**

| Faixa Etária | BÁSICO AD ENF + ODONTO | PLENO ADE ENF + ODONTO | PLENO ADA APTO + ODONTO | PLANO MASTER ADAR APTO + ODONTO |
|--------------|------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------------|
|              | 481.482/18-7           | 473.674/15-5           | 473.675/15-3            | 475.760/16-2                    |
| 00-18        | R\$ 118,40             | R\$ 136,15             | R\$ 200,44              | R\$ 236,24                      |
| 19-23        | R\$ 118,40             | R\$ 136,15             | R\$ 200,44              | R\$ 236,24                      |
| 24-28        | R\$ 189,44             | R\$ 217,85             | R\$ 320,69              | R\$ 377,99                      |
| 29-33        | R\$ 189,44             | R\$ 217,85             | R\$ 320,69              | R\$ 377,99                      |
| 34-38        | R\$ 227,32             | R\$ 261,41             | R\$ 384,83              | R\$ 453,59                      |
| 39-43        | R\$ 227,32             | R\$ 261,41             | R\$ 384,83              | R\$ 453,59                      |
| 44-48        | R\$ 315,97             | R\$ 363,37             | R\$ 534,92              | R\$ 630,49                      |
| 49-53        | R\$ 315,97             | R\$ 363,37             | R\$ 534,92              | R\$ 630,49                      |
| 54-58        | R\$ 446,79             | R\$ 513,81             | R\$ 756,38              | R\$ 891,51                      |
| 59/+         | R\$ 661,60             | R\$ 760,83             | R\$ 1120,05             | R\$ 1320,14                     |

Regra Familiar: (Parentes por afinidade) sogro, sogra, nora, genro, padrao, madrastra. Parentes consanguíneos: Pai, mãe, filhos, irmãos, avós, netos, netas, sobrinhos, primos e tios (a partir de 02 vidas)

A tabela poderá sofrer alterações sem aviso prévio.

**OPÇÃO INDIVIDUAL**

| Faixa Etária | BÁSICO AD ENF + ODONTO | PLENO ADE ENF + ODONTO | PLENO ADA APTO + ODONTO | PLANO MASTER ADAR APTO + ODONTO |
|--------------|------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------------|
|              | 481.482/18-7           | 473.674/15-5           | 473.675/15-3            | 475.760/16-2                    |
| 00-18        | R\$ 131,56             | R\$ 151,29             | R\$ 222,71              | R\$ 262,47                      |
| 19-23        | R\$ 131,56             | R\$ 151,29             | R\$ 222,71              | R\$ 262,47                      |
| 24-28        | R\$ 210,50             | R\$ 242,07             | R\$ 356,33              | R\$ 419,96                      |
| 29-33        | R\$ 210,50             | R\$ 242,07             | R\$ 356,33              | R\$ 419,96                      |
| 34-38        | R\$ 252,60             | R\$ 290,49             | R\$ 427,59              | R\$ 503,95                      |
| 39-43        | R\$ 252,60             | R\$ 290,49             | R\$ 427,59              | R\$ 503,95                      |
| 44-48        | R\$ 351,12             | R\$ 403,78             | R\$ 594,36              | R\$ 700,49                      |
| 49-53        | R\$ 351,12             | R\$ 403,78             | R\$ 594,36              | R\$ 700,49                      |
| 54-58        | R\$ 496,48             | R\$ 570,94             | R\$ 840,42              | R\$ 990,50                      |
| 59/+         | R\$ 735,19             | R\$ 845,45             | R\$ 1244,49             | R\$ 1466,73                     |

Regra individual: Somente 01 (uma) vida - A tabela poderá sofrer alterações sem aviso prévio.

**Recebimento de propostas**

15 dias antecedentes a vigência

**Vigência**

Dias 1º e 15º

**Vencimento**

Dias 1º e 15º

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

**ORIGEM**

\*TP= tempo de participação na empresa congênere em dia

**Redução de carência - Beneficiário**

|   | GO                      | G1             | G2               | G3               | G4               | G5       |
|---|-------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|----------|
|   | Urgências e Emergências | Exames Simples | Exames Especiais | Exames Complexos | Exames Complexos | Partos   |
| Plano anterior  | 24 h                    | 30 dias        | 90 dias          | 120 dias         | 180 dias         | 300 dias |
| Carência Promocional  | 24 h                    | 24 h           | 30 dias          | 30 dias          | 90 dias          | 300 dias |
| 1 - CC (*TP 90 a 150 dias)  | 24 h                    | 24 h           | 30 dias          | 30 dias          | 120 dias         | 300 dias |
| 2 - CC (*TP 151 a 180 dias)   | 24 h                    | 24 h           | 30 dias          | 30 dias          | 90 dias          | 300 dias |
| 3 - CC (*TP 181 a 210 dias)   | 24 h                    | 24 h           | 24 h             | 24 h             | 60 dias          | 300 dias |
| 4 - CC (*TP acima de 210 dias)                                      | 24 h                    | 24 h           | 24 h             | 24 h             | 30 dias          | 300 dias |
| 5 - CC Compra de carência Plano pré regulamentado (anterior a 1999) | 24 h                    | 24 h           | 30 dias          | 30 dias          | 60 dias          | 300 dias |

\*Carência promocional válida a partir de 1º de fevereiro de 2016.

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

**Documento de elegibilidade para titulares ativos**

| Entidade  | Podem aderir / Taxa associativa  | Documentos necessários   |
|---|--|--|
|  ABE/ABAD | Estudantes (a partir de 06 meses)   Taxa R\$ 5,00  | RG, CPF, comp. de endereço / Certificado da escola / Ficha associativa   |
|  Funpúb   | Funcionários Públicos: Estadual, Federal e Municipal   Taxa R\$ 2,00   | RG, CPF, comp. de endereço / Caso não conste o desconto da entidade no holerite, preencher ficha associativa   |
|  FETA     | Trabalhadores Cooperados   Taxa R\$ 3,50   | RG, CPF, comp. de endereço / Ficha associativa   |
|  ABAEC    | Comércio, serviços ou indústria   Taxa R\$ 3,00  | RG, CPF, comp. de endereço: Comerciante: Cópia do contrato social e/ou última alteração / Requerimento de empresário e/ou MEI (*) (com no mínimo 180 dias de registro e ativo) e comp. de filiação na entidade / Comerciante: Cópia da carteira de trabalho ou último contra cheque (com até 90 dias do mês da competência) e comp. de filiação na entidade (*) necessário o envio do Cartão do CNPJ |
|  INICPEP  | Profissionais da Pedagogia e Psicopedagogia, autônomos e empregados em órgãos públicos e privados do Estado de São Paulo   Taxa R\$ 5,00 | RG, CPF, comp. de endereço / Diploma ou Carteira profissional ou holerite atualizado e ficha de filiação   |
|  Farm     | Profissionais do ramo da farmácia   Taxa R\$ 5,00  | RG, CPF, Comp. de endereço / Ficha de filiação à entidade + Holerite ou CPTS   |
|  ANPLA    | Profissionais Liberais e/ou autônomos   Taxa R\$ 4,50  | RG, CPF, comp. de endereço / Cópia do diploma e/ou registro em conselho de classe ou em sindicato da categoria / Ficha associativa.  |
|  Osasco   | Trabalhadores do setor do comércio de Osasco   Taxa R\$ 3,00   | RG, CPF, comp. de endereço / Ficha Associativa   Documento que comprove a atuação no comércio de Osasco (cópia da carteira profissional e/ou holerite).  |

**Carências**

| Item | Coberturas              |
|------|-------------------------|
| G0   | Urgências e Emergências |
| G1   | Exames Simples          |
| G2   | Exames Especiais        |
| G3   | Exames Complexos        |
| G4   | Exames Complexos        |
| G5   | Parto                   |

**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 Ameplan. Todos os documentos acima poderão ser substituídos pela carta de permanência mínimo 6 (seis) meses na operadora anterior.

Reajuste previsto: abril/2020

Reajuste previsto: abril/2020

|  | BÁSICO     | EXECUTIVO  | PLENO      | MASTER     |
|--|------------|------------|------------|------------|
| <b>Zona Norte</b>  |            |            |            |            |
| HOSPITAL PRESIDENTE - TUCURUVI                               | PS / H     | PS / H     | PS / H     | PS / H     |
| <b>Zona Sul</b>  |            |            |            |            |
| HOSP. E MAT. VIDA'S (REFERENCIADO) - SANTO AMARO             | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M |
| HOSP. VIDA'S ALTA COMPLEXIDADE (REFERENCIADO) - SANTO AMARO  | H          | H          | H          | H          |
| HOSP. DOM ALVARENGA (HOSP. INFANTIL IPIRANGA) IPIRANGA       | -          | PS         | PS         | PS         |
| CLINISUL SERVIÇOS MÉDICOS - CAPÃO REDONDO                    | -          | PA         | PA         | PA         |
| HOSPITAL ADVENTISTA DE SÃO PAULO - ACLIMAÇÃO                 | -          | -          | PS / H     | PS / H     |
| HOSPITAL ADVENTISTA DE SÃO PAULO - CAPÃO REDONDO             | -          | -          | PS / H     | PS / H     |
| <b>Zona Leste</b>  |            |            |            |            |
| HOSP. PARANAGUÁ (REFERENCIADO) - ERMELINO MATARAZZO          | PS / H     | PS / H     | PS / H     | PS / H     |
| HOSPITAL 8 DE MAIO - ITAIM PAULISTA                          | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M |
| HOSPITAL ITAQUERA - ITAQUERA                                 | PS         | PS         | PS         | PS         |
| HOSPITAL E MATERNIDADE MASTER CLIN - SÃO MATEUS              | M          | M          | M          | M          |
| CEMA - HOSPITAL ESPECIALIZADO - MOOCA                        | -          | PS         | PS         | PS         |
| HOSPITAL GUAIANAZES - GUAIANAZES                             | -          | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M |
| HOSPITAL SANTO EXPEDITO - ITAQUERA                           | PS / H     | PS / H     | PS / H     | PS / H     |
| CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA - ITAQUERA                     | -          | -          | PS / H / M | PS / H / M |
| <b>Zona Oeste</b>  |            |            |            |            |
| HOSPITAL PORTINARI - VILA JAGUARA                            | -          | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M |
| <b>Centro</b>  |            |            |            |            |
| HOSPITAL SANTA ISABEL - HIGIENÓPOLIS                         | -          | -          | -          | PS / H     |
| <b>Outras Localidades</b>                                    |            |            |            |            |
| HOSPITAL N. SRA. DE FÁTIMA (REFERENCIADO) - OSASCO           | PS / H     | PS / H     | PS / H     | PS / H     |
| HOSPITAL SAÚDE DE GUARULHOS - GUARULHOS                      | -          | PS / H     | PS / H     | PS / H     |
| SANTA CASA DE MAUÁ   | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M |
| HOSPITAL SÃO BERNARDO - SBC                                  | -          | PS / H     | PS / H     | PS / H     |
| MED VIDA ASSIST. MÉDICA (NOVA VIDA) ITAPEVI                  | -          | PS / H / M | PS / H / M | PS / H / M |
| CLÍNICA S. ANTÔNIO (HOSP. PRO-MATER) - FERRAZ DE VASCONCELOS | -          | PA         | PA         | PA         |
| HOSPITAL STELLA MARIS - GUARULHOS                            | -          | -          | PS / H     | PS / H     |
| HOSP. BENEFICENCIA DE SÃO CAETANO DO SUL - SCS               | -          | -          | -          | PS / H     |
| HOSPITAL BOM CLIMA - GUARULHOS                               | -          | -          | -          | PS / H / M |
| HOSPITAL NEUROCENTER - GUARULHOS                             | PS / H     | -          | -          | -          |

### AMBULATÓRIOS

#### Zona Norte

Unidade Assistencial Santana

#### Zona Sul

Ambulatório Santo Amaro

#### Zona Leste

Unidade Assistencial Tatuapé

Unidade Assistencial Paranaguá - Ermelino Matarazzo

#### Outras Localidades

Unidade Assistencial N. Sra. de Fátima - Osasco

### LABORATÓRIOS

|                |                        |                    |
|----------------|------------------------|--------------------|
| ALPHA IMAGEM   | LAB. CLEMENTE FERREIRA | ONIX               |
| ANALISIS       | MAXIMO                 | SM DIAGNÓSTICOS    |
| ANDREAZZA      | MELLO                  | POSENATO           |
| AUTOLOGUS      | PRESECOR               | LAB. VALZACCHI     |
| BIOCENTER      | SANCET                 | LABORAMED          |
| BIOLAB         | SÃO MIGUEL             | LAB. MED. TUCURUVI |
| CID            | TADAO MORI             | LAB. MILITELLO     |
| DELIBERATO     | TRASMED                | LAVITTA            |
| DIAGLAB        | VITAL LAB              | BIOTOX             |
| ENDOLABOR      | CEDO DIAGNÓSTICO       | CDB                |
| ENZILAB        | GHELFOND               | ANALÍTICA          |
| GRANJA JULIETA | GIMI                   | CDN                |
| LABOR UNIÃO    | LAB. HORMON            | SALOMÃO ZOPPI      |

PA: Pronto Atendimento / PS: Pronto-Socorro / H: Hospital / M: Maternidade

Rede sujeita a alteração pela operadora Ameplan, 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 ✉ apoioacorretor@corporeadministradora.com.br 🌐 corporeadministradora 🌐 www.corporeadministradora.com.br

**NOVO!**



Baixe  
nosso  
App.



Corpore Administradora

ANS nº 41.896-0

Ameplan

ANS nº 39.473-4