

FAIXA ETÁRIA	SÃO CRISTÓVÃO LESTE ENF.		SÃO CRISTÓVÃO LESTE APART.	
	INDIVIDUAL	FAMILIAR	INDIVIDUAL	FAMILIAR
00 - 18	147,07	125,01	173,15	147,18
19 - 23	170,68	145,07	200,94	170,80
24 - 28	198,06	168,35	233,19	198,21
29 - 33	242,85	206,42	285,92	243,03
34 - 38	297,62	252,98	350,41	297,84
39 - 43	364,80	310,08	429,50	365,08
44 - 48	446,81	379,79	526,05	447,15
49 - 53	547,59	465,45	644,70	547,99
54 - 58	671,05	570,39	790,06	671,55
59 OU +	881,98	749,68	1.038,39	882,63

Valores expressos em R\$. Sujeitos a alteração sem prévio aviso

GRUPOS	EVENTOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	REDUÇÃO DE CARÊNCIA
1	Urgência e Emergência em PS - 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 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
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 Grupos 1, 2, 3, 4, 5, 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 normativa vigente, cessando a sua garantia de cobertura em caso de exclusão do referido Rol.

REDE CREDENCIADA HOSPITALAR:

- Hospital e Maternidade São Cristóvão: I/M/PSa/PSp/C
- Hospital CEMA: PSa/PSp/I (Oftalmo/Otorrino)
- Pronto-Socorro Itaquera: C
- Vila Iolanda: PSa/PSp
- Hospital API: PSa/I (Psiquiátrica)
- Hospital Vera Cruz: PSa/I (Psiquiátrica)

Legenda:

I: Internação / M: Maternidade / PSa: Pronto-Socorro Adulto
Psi: Pronto-Socorro Infantil / C: Consulta

- Taxa de Adesão: R\$ 15,00.
- Opcional Resgate: R\$ 15,00 / pessoa (Urgência/Emergência Domiciliar / Orientação Médica Telefônica).
- Documentação necessária para venda: Cópia Simples de RG, CPF, Comprovante de endereço, Certidão de nascimento, necessário CPF para menores de idade quando forem titulares do contrato.
- Necessário entrevista qualificada antecipada para crianças até 1 ano e 11 meses.

Apoio ao Corretor: 2029.7320

www.saocristovao.com.br