

TABELA DE PREÇOS

CDL NORTE/NOROESTE

ANS - nº 36.376-6



São Bernardo Ambulatorial



Plano empresarial

São Bernardo
AMBULATORIAL

TABELA DE PREÇOS

ANS 487.089/20-1

FAIXA ETÁRIA	SEM INTERNAÇÃO
00 A 43 ANOS	R\$ 101,70
44 A 58 ANOS	R\$ 138,71
59 ANOS ACIMA	R\$ 138,71

Próximo Reajuste: Abril/2024

SEM COPARTICIPAÇÃO

Rede ampla em todo norte e noroeste do Espírito Santo.

Principais cidades de atendimento:

Linhares, Colatina, Aracruz, São Mateus, São Gabriel da Palha.

*Plano Ambulatorial Empresarial. Sem Cobertura para Cirurgia e Internação.
Válido somente para novos contratos.

CONDIÇÃO EXCLUSIVA PARA EMPRESAS ASSOCIADAS AO CDL LINHARES E NOVA VENÉCIA.

São Bernardo Primevo



Plano empresarial

São Bernardo
PRIMEVO

TABELA DE PREÇOS

ANS 469.479/13-1

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA
00 A 43 ANOS	R\$ 142,02
44 A 58 ANOS	R\$ 315,53
59 ANOS ACIMA	R\$ 692,58

Próximo Reajuste: Abril/2024

COPARTICIPAÇÃO

- Isenção de coparticipação nas consultas eletivas nas clínicas São Bernardo Saúde por um ano.
- Isenção de coparticipação em exames simples e especializados na rede credenciada por um ano.

Rede ampla em todo norte e noroeste do espírito santo

Principais cidades de atendimento:

Linhares, Colatina, Aracruz, São Mateus, São Gabriel da Palha.

*Plano Primevo Coletivo Empresarial. Abrangência: Região Norte e Noroeste do Espírito Santo. Mínimo 02 vidas.
Isenção de coparticipação não disponível na clínica SBS em Colatina.

CONDIÇÃO EXCLUSIVA PARA EMPRESAS ASSOCIADAS AO CDL LINHARES E NOVA VENÉCIA.

SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO



PRIMEVO

SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO		NORMAL	PROMOCIONAL
Consultas	São Bernardo Clínicas	R\$13,00	ISENTO
	Rede Credenciada	R\$31,00	R\$31,00
	Pronto Socorro (Demais Hospitais)	R\$50,00	R\$50,00
Exames e Procedimentos	Grupo 1	NÃO HÁ	NÃO HÁ
	Grupo 2		
	Grupo 3		
	Grupo 4		
	Grupo 5		
Tratamento Ambulatorial	Coparticipação	50% do valor	-
	Máximo a pagar	R\$150,00	-
Internação	Máximo a pagar	-	-
TETO LIMITE POR BENEFICIÁRIO		-	-

ISENÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS ELETIVAS NAS CLÍNICAS SBS (EXCETO COLATINA), EXAMES SIMPLES, ESPECIALIZADOS E DE ALTO CUSTO PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES. APÓS ESTE PERÍODO, COPARTICIPAÇÃO NORMAL.

São Bernardo Amplo



Plano empresarial

São Bernardo
AMPLO



TABELA DE PREÇOS

ANS 487.089/20-1

FAIXA ETÁRIA	ESPECIAL Acomodação Enfermaria
00 A 43 ANOS	R\$ 156,25
44 A 58 ANOS	R\$ 400,44
59 ANOS ACIMA	R\$ 972,24

Próximo Reajuste: Abril/2024

Tabela Promocional. Sujeito a alteração sem aviso prévio.

COPARTICIPAÇÃO

- Isenção de coparticipação nas clínicas SBS pelo período de 12 meses.
- Isenção de coparticipação em exames simples, especializados e de alto custo na rede credenciada por um ano.

Atendimento no Hospital Meridional São Mateus.

Rede ampla em todo norte e noroeste do Espírito Santo.

Principais cidades de atendimento:

Linhares, Colatina, Aracruz, São Mateus, São Gabriel da Palha.

*Plano Amplo Empresarial Especial, acomodção enfermaria. Mínimo 02 vidas.
Isenção de coparticipação não disponível na clínica SBS em Colatina. Válido somente para novos contratos.

CONDIÇÃO EXCLUSIVA PARA EMPRESAS ASSOCIADAS AO CDL LINHARES E NOVA VENÉCIA.

SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO



AMPLO

SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO		NORMAL	PROMOCIONAL
Consultas	São Bernardo Clínicas	R\$34,00	R\$34,00
	Rede Credenciada	R\$34,00	R\$34,00
	Pronto Socorro (Demais Hospitais)	R\$56,00	R\$56,00
Exames e Procedimentos	Grupo 1	50% do valor da tabela, limitado a R\$118,00 para cada exame ou procedimento.	NÃO HÁ
	Grupo 2		
	Grupo 3		
	Grupo 4		
	Grupo 5		
Tratamento Ambulatorial	Coparticipação	50% do valor R\$150,00	-
	Máximo a pagar		-
Internação	Máximo a pagar	-	-
TETO LIMITE POR BENEFICIÁRIO		-	-

ISENÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS ELETIVAS NAS CLÍNICAS SBS (EXCETO COLATINA), EXAMES SIMPLES, ESPECIALIZADOS E DE ALTO CUSTO PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES. APÓS ESTE PERÍODO, COPARTICIPAÇÃO NORMAL.

PLANO ODONTOLÓGICO

CARACTERÍSTICAS

- Plano empresarial (mínimo 02 vidas);
- Cobertura ROL mínimo da ANS;
- Carência Zero a partir da vigência para todos os procedimentos cobertos;
- Início da cobertura após 10 dias;
- Inclusão de dependentes legais e agregados.

R\$ **11,45/mês**

por pessoa



*REFERENTE AO PLANO SB ODONTO CE ROL EMPRESARIAL, ATRAVÉS DA ENTIDADE SINDEPRES. MÍNIMO DE 2 VIDAS. CARÊNCIA ZERO A PARTIR DA VIGÊNCIA PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS COBERTOS.

CONDIÇÃO EXCLUSIVA PARA EMPRESAS ASSOCIADAS AO CDL LINHARES E NOVA VENÉCIA.

