

 safe



# Tabela de Vendas

Coletivo por Adesão



**SAGRADA  
FAMÍLIA**  
S A Ú D E


**AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

FAIXA ETÁRIA	PLANO SFS/AD/ENF 497.308/23-9 Grupo de Municípios Enfermaria	PLANO SFS/AD/APTO 497.309/23-7 Grupo de Municípios Apartamento
	00-18	R\$ 154,49
19-23	R\$ 154,49	R\$ 221,06
24-28	R\$ 213,19	R\$ 305,06
29-33	R\$ 213,19	R\$ 305,06
34-38	R\$ 272,88	R\$ 390,49
39-43	R\$ 272,88	R\$ 390,49
44-48	R\$ 376,58	R\$ 538,88
49-53	R\$ 472,60	R\$ 676,29
54-58	R\$ 614,37	R\$ 879,18
59 ou +	R\$ 860,13	R\$ 1.230,85

**REAJUSTE PREVISTO: OUTUBRO 2025**

Item	CARÊNCIAS / Procedimentos	Novo Beneficiário	06 a 12 meses	Acima de 12 meses
Grupo 0	Atendimento de Urgência, Emergência e Acidentes Pessoais.*	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo 1	Consultas eletivas em Consultórios ou Clínicas.	30 dias	15 dias	24 horas
Grupo 2	Exames Simples /Laboratoriais de rotina(exemplos:Hemograma,Urina,Fezes,Colesterol,Radiografia Simples, Eletrocardiograma, etc.).	30 dias	15 dias	24 horas
Grupo 3	Exames Especiais e Procedimentos Ambulatoriais(exemplos:densitometria Óssea, Eletroneuromiografia, Biópsias, Raio X Contrastado, Colonoscopia,Retossigmoidoscopia, Mamografia, Exames com Doppler,Ultrassonografiaespecial,Tomografias,Ressonâncias, Cintilografias,Angio Ressonâncias,Angio Tomografias, Exames com sedação em ambiente Hospitalar, etc.).	120 dias	90 dias	60 dias
Grupo 4	Terapias (exemplos: Fisioterapia, Fonoterapia, etc.).	120 dias	90 dias	60 dias
Grupo 5	Internação Clínica e Cirúrgica de Urgência/ Emergência e Eletiva, Tomografia.	180 dias	120 dias	90 dias
Grupo 6	Internação Obstétrica (Parto a Termo e suas consequências).	300 dias	300 dias	300 dias

Os prazos de carência serão contados a partir do início de vigência do benefício. Redução de carência válida para titulares e dependentes com idade até 58 anos de idade 11 meses e 29 dias.

**ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO DOS PLANOS**

**São Paulo(SP)**  
**Cotia(SP)**  
**Mauá(SP)**  
**São Roque (SP)**  
**Osasco (SP)**

**NOSSAS DATAS**

Protocolo	Vigência / Vencimento
Até 15 dias antecedentes a vigência	dia 1º(primeiro)
Até 15 dias antecedentes a vigência	dia 10 (dez)
Até 15 dias antecedentes a vigência	dia 20 (vinte)

**DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:** Cópias do RG, CPF, Comprovante de Endereço e CNS (Cartão Nacional de Saúde - SUS) de todos os dependentes.

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO:** Somente poderão ser responsáveis legais do menor de 18 anos: Pai, mãe, tutor ou guardião, comprovado documentalente. Documentos: Cópia RG + CPF.

**DEPENDENTES:**

- **Cônjuge** - Cópia RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Casamento;

- **Companheiro (a)** - Cópia: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Declaração de União Estável reconhecida em cartório;

**Os (as) filhos (as), enteado (as), netos(as), sobrinhos (as) solteiros (as) até 24 anos** - Cópia: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS). Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento.

**Pai, Mãe, Sogra(a), Tios(as), Padastro, Madastra e irmãos do até 65 anos do titular** - com comprovação

**Titular em Entidade Estudantil poderá colocar como dependente Pai, Mãe e irmãos.**

**Qualquer titular igual ou acima de 59 anos poderá ser convocado para entrevista médica qualificada pela Operadora.**

- **Criança menor ou igual a 1 ano de idade deverá enviar cópia simples do relatório da alta da maternidade constando peso, altura, apgar, circunferência e data da alta com carimbo legível do médico (CRM e nome) e teste do pezinho.**

Todos os proponentes, titulares e/ou seus dependentes com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos proponentes titulares e/ou seus dependentes deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

**REGRAS DE CONTRATAÇÃO**

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 e devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação vigente. Relação completa consta no aditivo de redução de carência

**ANÁLISE DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS**

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 30 (trinta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta Comercial da Sagrada Família Saúde. Todos os documentos acima poderão ser substituídos pela carta de permanência com o mínimo de 6 (seis) meses na operadora anterior, no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu desligamento no plano anterior, por um dos planos da Sagrada Família Saúde.

**OPERADORAS CONGÊNERES**

Todas as operadoras com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que o beneficiário seja oriundo de um plano com segmentação similar ao plano contratado (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria).

## Rede Credenciada

HOSPITAIS	ESPECIALIDADES
<b>São Paulo/SP</b>	
<b>Zona Sul</b>	
Hospital API	HPSI, I
<b>Zona Leste</b>	
Hospital Sagrada Família Kids	A, P, I
Hospital Sagrada Família Vila Formosa	A, I, M
<b>Cotia</b>	
Hospital São Francisco Cotia	A, I, M
<b>Mauá</b>	
Hospital Sagrada Família Mauá	A, I
<b>Osasco</b>	
Hospital São Francisco Osasco	A, I
<b>São Roque</b>	
Hospital São Francisco São Roque	A, I

PRONTOS-SOCORROS	ESPECIALIDADES
<b>São Paulo/SP</b>	
<b>Zona Leste</b>	
Pronto Socorro Adulto Sagrada Família V. Formosa	PA
Pronto Socorro Infantil Sagrada Família V. Formosa	PI
<b>Cotia</b>	
Pronto Socorro Adulto São Francisco	PA / PI
<b>Mauá</b>	
Pronto Socorro Adulto Sagrada Família Mauá	PA / PI
<b>Osasco</b>	
Pronto Socorro Adulto São Francisco	PA
<b>São Roque</b>	
Pronto Socorro Adulto Sagrada Família São Roque	PA / PI

PI = Pronto Socorro Infantil | PA = Pronto Socorro Adulto | HPSI = Psiquiatria | I = Internação | P = Pediatria | A = Ambulatório | M = Maternidade

## LABORATÓRIOS

São Paulo	Demais Municípios	Mauá
<b>Zona Leste</b>	<b>Cotia</b>	Laboratório de Análises Clínicas São Francisco
Laboratório de Análises Clínicas São Francisco	Laboratório de Análises Clínicas São Francisco	<b>São Roque</b>
		Laboratório de Análises Clínicas São Francisco

## CLÍNICAS

São Paulo/SP	Zona Sul	Zona Norte	Demais Municípios	São Roque	Cotia	Grande ABC	Sorocaba
<b>Zona Leste</b>	Clinica Oftalmocare	Clinica de Olhos Dr Cesar Neto	Clinica Fisiot. Integrada	Ativa Saúde	Clinica de Psicologia Infantil	API - Assist. Méd. Psiq. Mauaclinic Oftalmocare Cinpesio Care Saud Cemerp	Geminianis Médicos
Ampla Med Clinileste Oftalmocare Clínica de Olhos Dr Cesar Neto	<b>Zona Norte</b> Clínica de Olhos Dr Cesar Neto	<b>Demais Municípios</b> <b>Carapicuíba</b> Clínica Fisiot. Integrada	<b>São Roque</b> Clínica de Psicologia Infantil	<b>Cotia</b> Ágape Saúde Centro Médico Cotia			
<b>Zona Oeste</b> Otoclim Oftalmocare Clínica Jandira Ágape Saúde	<b>Osasco</b> Espaço Aura Instituto do Sono e Med. Diagnóstica Clínica Sanvie						

## ENTIDADES - Elegibilidade para Titulares

Entidade	Podem aderir	Documentos Comprovação Elegibilidade	Taxa
	<b>COMERCIANTE</b> - Sócios ou proprietários de empresas do ramo do Comércio e Serviços filiados à <b>ABREC</b>	Cópia do contrato social ou última alteração + ficha de filiação expedida pela entidade. Requerimento de Empresário ou MEI (com registro mínimo de 180 dias de registro e ativo) + ficha de filiação expedida pela entidade	R\$5,00 mês
	<b>COMERCIÁRIO</b> - Trabalhadores de empresas do Comércio, Indústria e Serviços filiados à <b>ACOMSESP</b>	Carteira de trabalho (foto, qualificação e registro na empresa) ou holerite atualizado e ficha de filiação expedida pela entidade.	R\$3,00 mês
	<b>COMERCIÁRIO</b> - Trabalhadores de empresas do Comércio, Indústria filiados à <b>ANATIC</b>	<b>Sócio Contribuinte:</b> Carteira de trabalho (foto, qualificação e registro na empresa) ou holerite atualizado e ficha de filiação expedida pela entidade. <b>Sócio Colaborador:</b> Ficha de filiação e Declaração de Associado expedida pela entidade	R\$5,00 mês
	<b>COMERCIÁRIO</b> - Trabalhadores de empresas do Comércio de Osasco e adjacências filiados à <b>ATCOA</b>	Carteira de trabalho (foto, qualificação e registro na empresa) ou holerite atualizado e ficha de filiação expedida pela entidade.	R\$5,00 mês
	<b>ESTUDANTE</b> - Ensino fundamental (a partir de 10 anos), Médio e Superior Filiados a <b>UCE</b> .	Ficha de filiação à entidade; e Documento comprobatório da matrícula do estudante em instituições reconhecidas pelo MEC; Instituição de ensino particular: Apresentar mensalidade (recente) quitada OU declaração (eletrônica ou em papel timbrado com CNPJ – Devidamente Comprovada) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo); Instituição de ensino público: Apresentar declaração (eletrônica ou em papel timbrado – Devidamente Comprovada) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo).	R\$3,50 mês
	<b>POLÍCIA CIVIL</b> - Investigadores de Polícia e das Carreiras de Policiais Congêneros filiados ao <b>SIPESP</b> .	Holerite Atualizado , carteira do SIPESP ou ficha de filiação expedida pela entidade.	R\$59,19 mês
	<b>PROFESSOR:</b> Professores das rede particular de ensino de Osasco, Cotia, Carapicuíba e Barueri devidamente filiados ao <b>SINPROOSASCO</b> .	Cópia último holerite com contribuição do SINPROSASCO e ficha filiação a entidade ou carteira sindical expedida pela Entidade.	Consultar entidade
	<b>PROFISSIONAIS DE INFORMÁTICA</b> - Todos os profissionais de informática com formação técnica ou superior em Tecnologia da Tnformação filiados à <b>ABRAINF</b>	Carteira de trabalho (foto, qualificação e registro na empresa) ou holerite, cópia frente e verso autenticada do diploma ou certificado de conclusão do curso autenticado + ficha de filiação expedida pela entidade.	R\$5,00 mês
	<b>PROFISSIONAL LIBERAL</b> -Administradores, Advogados, Arquitetos, Assistentes Sociais, Atuários, Biólogos, Biomédicos, Contabilistas, Dentistas, Economistas, Enfermeiros, Engenheiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Tecnologia da Informação, Turismo, Graduados em Cinema, Comércio Exterior, Graduados em Educação Física, Graduados em Gastronomia, Graduados em Logística, Graduados em Relações Públicas, Jornalistas, Graduados em Marketing, Médicos, Nutricionistas, Professores, Psicólogos, Publicitários, Radiologistas e Veterinários, filiados à <b>ABRAPLI</b>	Cópia da carteira do registro no conselho da categoria ou cópia frente e verso do diploma de graduação ou certificado de conclusão de curso autenticadas e carteira ou ficha de filiação expedida pela entidade.	R\$3,50 mês
	<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b> - Médicos e Enfermeiros devidamente registrados em seus conselhos <b>CRM e COREN</b> e filiados à <b>AIFAS</b>	Cópia da Carteira de Registro da categoria (CRM / COREN) e ficha expedida pela entidade.	R\$5,00 mês
	<b>SERVIDOR PÚBLICO</b> - Servidores Públicos Municipais, Estaduais e Federais filiados à <b>ACRESP</b>	<b>Sócio Efetivo:</b> Ficha de Filiação a Entidade e Cópia do holerite atualizao <b>Sócio Beneficiário:</b> Ficha de Filiação e Declaração de Associado expedida pela entidade.	R\$4,50 mês
	<b>TEÓLOGO</b> – Formado em Curso de Teologia filiados à <b>ACCSP</b> .	<b>Sócio Contribuinte:</b> Ficha de Filiação a Entidade, Cópia do Diploma ou Declaração do curso em papel timbrado, contendo o nome, completo do formado em teologia, período e assinatura do funcionário com carimbo CNPJ da Instituição e ficha de filiação expedida pela entidade. <b>Sócio Beneficiário:</b> Ficha de Filiação e Declaração de Associado expedida pela Entidade.	R\$4,50 mês
	<b>TRABALHADORES</b> cooperados filiados à <b>FETRABRAS</b> .	Cópia do holerite atualizado ou carteira profissional ou contrato de trabalho comprovando vínculo com a cooperativa + Ficha de filiação FETRABRAS ou declaração de associado expedida pela Entidade.	R\$7,00 ao mês
	<b>TRABALHAORES RURAIS</b> filiados à <b>ABTR</b> .	Cópia do holerite atualizado ou carteira profissional ou contrato de trabalho comprovando vínculo ou cópia do DAP ou comprovante de proprietário + Ficha de filiação ABTR ou declaração de associado expedida pela Entidade.	R\$5,00 ao mês

**IMPORTANTE:** As informações de carências e rede credenciada, contidas nesta tabela, podem sofrer alterações por parte da operadora a qualquer momento sem aviso prévio. Esta ferramenta tem o objetivo de apoio às vendas agilizando o trabalho do corretor.