

- **Corretora autorizada** | Planos de Saude Todos Aqui
- **Telefone** | 11 2323.7437 (seg a sex das 9 as 17 hs)
- **Whatsapp** | 11 98547.5090
- **Email** | contato@planosdesaudetodosaqui.com.br
- **Orçamento** | <https://www.planosdesaudetodosaqui.com.br/simulador>
- **Internação** | [E] enfermaria e [A] apartamento
- **Coparticipação** | plano com coparticipação tem valor menor mas é acrescentado na mensalidade uma taxa por cada procedimento usado
- **Valores** | os preços são tabelados pela operadora e não pode haver diferença entre as corretoras de planos de saúde
- **Alterações** | pode haver mudança na tabela por parte da operadora sem aviso prévio, consulte conosco antes da compra
- **Tabela** | plano individual
- **Rede credenciada** | <https://portalservicos.saocristovao.com.br/RedeAtendimento/>

## TABELA DE VALORES

### Tabela de Valores Individual SEM Coparticipação

Válido a partir de 01/06/2019

Idade	SC SP [E]	SC SP [A]
00 a 18	163,89	193,91
19 a 23	190,29	225,15
24 a 28	220,90	261,36
29 a 33	270,78	320,38
34 a 38	331,83	392,62
39 a 43	406,65	481,15
44 a 48	498,15	589,41
49 a 53	610,54	722,39
54 a 58	748,20	885,26
59 ou +	983,34	1163,49

### COMBO - COM Odonto Tabela de Valores Individual SEM Coparticipação

Válido a partir de 24/04/2019

Idade	SC SP [E]	SC SP [A]
00 a 18	185,07	212,56
19 a 23	209,24	241,16
24 a 28	237,26	274,32
29 a 33	282,94	328,36
34 a 38	338,84	394,50
39 a 43	407,35	475,56
44 a 48	491,13	574,69
49 a 53	594,05	696,46
54 a 58	720,09	845,60
59 ou +	935,41	1100,36

## REDE CREDENCIADA

	SC SP [E]	SC SP [A]
<b>Centro - SP</b>		
Ghelfond	EL	EL
Lab Crya	EL	EL
Lab Schmillevitch	EL	EL
<b>Zona Leste - SP</b>		
Cema - H de Especialidades Zona Leste	Int Oftal,PS Ofot,Int Ot	Int Oftal,PS Ofot,Int Ot
Ghelfond	EL	EL
H Central e Guaianases - Vila Iolanda	H,M,PS,C	H,M,PS,C
H e Mat Oito de Maio	H,M,PS	H,M,PS
H e Mat São Cristóvão	H,M,PS,C	H,M,PS,C
H Itaquera	C	C
H Sta Marcelina	H,PS	H,PS

	SC SP [E]	SC SP [A]
Lab Assad	EL	EL
Lab Nasa	EL	EL
Lab Schmillevitch	EL	EL
<b>Zona Norte - SP</b>		
H Presidente	H,PSA	H,PSA
H Vera Cruz	PSA,IP,PS Psiq	PSA,IP,PS Psiq
HSANP	H,M,PS	H,M,PS
Lab Nasa	EL	EL
Lab Schmillevitch	EL	EL
<b>Zona Oeste - SP</b>		
H Albert Sabin Lapa	PSA,HP	PSA,HP
H das Clínicas FMUSP	H,C,PSI	H,C,PSI
Lab Carezzato	EL	EL
Lab Schmillevitch	EL	EL
<b>Zona Sul - SP</b>		
API	PSA,C,IP,PS Psiq	PSA,C,IP,PS Psiq
H Sta Rita	H,PSA	H,PSA
Lab Nasa	EL	EL
Lab Schmillevitch	EL	EL
<b>ABCD - SP</b>		
Ghelfond - São Bernardo do Campo	EL	EL
<b>Grande SP - Leste - SP</b>		
Lab Nasa - Mogi das Cruzes	EL	EL
<b>Grande SP - Norte - SP</b>		
Lab Carezzato - Caieiras	EL	EL
Lab Nasa - Guarulhos	EL	EL
<b>Grande SP - Oeste - SP</b>		
Ghelfond - Osasco	EL	EL

#### Legenda de Atendimentos

**H:** Internação Hospitalar | **M:** Maternidade | **PS:** Pronto Socorro | **PS Psiq:** Pronto Socorro Psiquiatria | **PSA:** Pronto Socorro - Adulto | **EL:** Exames Laboratoriais | **C:** Consultas | **Int Oftal:** Internação Oftalmologica | **PSI:** Pronto Socorro Infantil | **PS Ofot:** Pronto Socorro Oftalmo/Otorrino | **IP:** Internação Psiquiátrica | **HP:** Internação Pediátrica | **Int Ot:** Internação Otorrino | ✓ **Possui atendimento, porém a operadora/seguradora não divulga quais tipos de atendimento são oferecidos**

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

#### Taxa de Cadastro

- R\$ 15,00 por contrato

#### Composição

- Individual - Titular** a partir de 06 anos limitado à 75 anos 11 meses e 29 dias

#### Tipo de Contratação

- SC SP** - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
- Combo SC SP** - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia + Odontologia.

#### Avaliação Médica

- Deverão realizar avaliação médica antes do preenchimento da proposta:**
- Beneficiários a partir de 59 anos, o mesmo deverá levar no dia da avaliação médica RG, CPF e laudo médico caso tenha doença ou lesão preexistente.
- Beneficiários menores de 01 ano 11 meses e 29 dias, o mesmo deverá levar no dia da avaliação médica a cópia da alta da maternidade, resultado do exame do pezinho, carteira de vacinação atualizada, certidão de nascimento e documento com foto do responsável.
- Beneficiários com doenças ou lesões preexistentes, o mesmo deverá levar no dia da avaliação médica, RG, CPF e laudo médico.
- Beneficiários com IMC (índice de massa corpórea) a partir de 30.
- A declaração de saúde da proposta deve ser preenchida e assinada.
- É obrigatório o envio da declaração de saúde entregue no dia da avaliação médica, juntamente com a proposta.
- A avaliação médica é válida por 30 dias.
- O agendamento deve ser feito através do link: [Clique aqui](#)

#### Vigência / Vencimento

- A vigência para utilização é 24 horas da data de assinatura no contrato.
- O vencimento das próximas mensalidades será após 30 dias contados da data de assinatura do contrato.

#### Área de Comercialização

- A abrangência de comercialização do plano **SC SP** é exclusiva para São Paulo Capital.

#### Área de Utilização

- A abrangência **utilização do Plano SC SP** é exclusiva para São Paulo Capital.

#### Benefícios Opcionais

- Opcional resgate R\$ 15,00 por pessoa - urgência/emergência domiciliar e orientação médica telefônica. Quando contratado é obrigatório preencher o valor na proposta.

#### Telefones Úteis

- Central de atendimento ao Corretor: 2029 7320
- Central de atendimento ao cliente: 0800 770 0666

#### Coberturas e Procedimentos

- **Coberturas e procedimento do Plano Odontológico - Exclusivo do COMBO**  
Urgência e emergência;  
Consulta inicial;  
Dentística (restaurações), odontopediatria, prevenção e radiologia;  
Cirurgia (extração), endodontia (canal) e periodontia (gengiva).

#### Carência Contratual do Odonto

- **24 horas** - urgência e emergência;
- **60 dias** - consulta inicial, dentística (restaurações), odontopediatria, prevenção e radiologia;
- **90 dias** - cirurgia (extração), endodontia (canal) e periodontia (gengiva).

#### Cancelamento do Contrato

- O atraso nos pagamentos das mensalidades dos planos pessoa física por 60 dias acarretam o cancelamento do contrato e as mensalidades em aberto constituem dívida.
- Em casos de migração ou desistência, é necessário enviar carta de próprio punho, assinada pelo titular do plano, para o cancelamento do contrato, desde que não existam boletos em aberto.
- As solicitações deverão ser encaminhadas através do e-mail: [planosdesaude@saocristovao.com.br](mailto:planosdesaude@saocristovao.com.br)
- Caso não seja realizado o cancelamento, acarretará cobranças posteriores.

### CRITÉRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

#### Crítérios de Redução de Carência

- Idade limite para redução 59 anos 11 meses e 29 dias
- Aditivo de redução de Carência - assinatura obrigatória
- Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;
- Para ter redução de carência – não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa.
- Permite junção de planos anteriores com comprovação de documentos desde que não tenha intervalo entre os planos.
- Reduz carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS, exceto os planos Medicol, Lan, **Unimed Paulista**, planos hospitalares, Nipomed e outros cartões de descontos.
- Para beneficiários oriundos das operadoras Medicol e Lan, deverá ser feito o pedido formal Portabilidade Especial diretamente com a Operadora.
- Não faz redução de carência apenas para o recém-nascido dentro dos 30 dias do nascimento, é necessário que a mãe venha junto.
- Não é necessário migrar todo o grupo familiar do plano anterior para que a redução de carência seja realizada;
- **Ex - beneficiário do São Cristóvão PME ou Empresarial:** poderá ser feito através do corretor somente após 30 dias do cancelamento no sistema da operadora, e sem redução de de carências.
- **Ex – beneficiário do São Cristóvão Individual ou Familiar** poderá ser feito através do corretor somente após 180 dias do cancelamento no sistema da operadora, e sem redução de de carências
- **Ex - beneficiário do São Cristóvão Adesão:** poderá ser feito através do corretor somente após 30 dias do cancelamento no sistema da operadora, e sem redução de carências.
- **Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais:** apresentar carta de permanência da operadora contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.
- **Documentos para ex – beneficiários de planos individuais ou adesão:** apresentar carta de permanência emitida pela operadora e cópias dos 03 últimos boletos com comprovante de quitação e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato anterior.

Grupos	Procedimentos/ Eventos Médicos e/ ou hospitalares	Carências Contratuais	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 pirúvica (amino transferase de alanina) triglicerídeos, ureia, hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritograma, 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 de 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 (tireoide, 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; quimioterapia, radioterapias.	180 dias	90 dias
6	Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia	180 dias	90 dias

	ocupacional) procedimentos e ventos não previsto nos Grupos 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8		
7	Parto a termo	300 dias	300 dias
8	Cobertura parcial temporária – CPT à DLP – Doenças e/ou lesões preexistentes alegadas ou constatadas	24 meses	24 meses