

# Tabela Grupo São José Saúde - Empresarial - PME



Simule o seu plano de saúde online



**SIMULAR**



Referência: Janeiro/2020 - Taxa de Inscrição: Não informado

## PME

Faixa Etária	Alfa 2 CP   03 vidas ou +   01 Titular	Alfa 2 PJ+   03 vidas ou +   01 Titular	Alfa 2 PJ+   03 a 19 vidas   02 Titulares
Acomodação	Enf.	Enf.	Enf.
Abrangência	Reg.	Reg.	Reg.
0 a 18	R\$ 97.57	R\$ 135.07	R\$ 105.84
19 a 23	R\$ 107.33	R\$ 148.58	R\$ 116.43
24 a 28	R\$ 120.53	R\$ 166.85	R\$ 130.75
29 a 33	R\$ 136.92	R\$ 189.54	R\$ 148.53
34 a 38	R\$ 153.49	R\$ 212.48	R\$ 166.50
39 a 43	R\$ 167.30	R\$ 231.60	R\$ 181.49
44 a 48	R\$ 239.07	R\$ 330.96	R\$ 259.34
49 a 53	R\$ 310.80	R\$ 430.24	R\$ 337.14
54 a 58	R\$ 404.03	R\$ 559.32	R\$ 438.29
59 ou +	R\$ 585.41	R\$ 810.39	R\$ 635.04

## PME

Faixa Etária	Alfa 2 Plus GRC   03 vidas ou +   01 Titular	Alfa 2 Plus GRC   03 a 19 Vidas   02 titulares	Alfa 22 Plus GRC   03 vidas ou +   01 Titular	Alfa 22 Plus GRC   03 a 19 vidas   02 titulares
Acomodação	Enf.	Enf.	Enf.	Enf.
Abrangência	Reg.	Reg.	Reg.	Reg.
0 a 18	R\$ 152.90	R\$ 124.52	R\$ 186.09	R\$ 158.59
19 a 23	R\$ 168.19	R\$ 136.97	R\$ 204.70	R\$ 174.45
24 a 28	R\$ 188.88	R\$ 153.82	R\$ 229.87	R\$ 195.90
29 a 33	R\$ 214.56	R\$ 174.74	R\$ 261.14	R\$ 222.55
34 a 38	R\$ 240.53	R\$ 195.88	R\$ 292.73	R\$ 249.47
39 a 43	R\$ 262.17	R\$ 213.51	R\$ 319.08	R\$ 271.93
44 a 48	R\$ 374.65	R\$ 305.11	R\$ 455.96	R\$ 388.58
49 a 53	R\$ 487.04	R\$ 396.64	R\$ 592.75	R\$ 505.16
54 a 58	R\$ 633.15	R\$ 515.63	R\$ 770.58	R\$ 656.70
59 ou +	R\$ 917.38	R\$ 747.10	R\$ 1116.49	R\$ 951.50

## PME

Faixa Etária	Beta 2   03 a 19 vidas   02 titulares	Beta 2   03 vidas ou +   01 Titular	Beta 22 Plus GRC   03 a 19 vidas   02 titulares	Beta 22 Plus GRC   03 vidas ou +   01 Titular
Acomodação	Apto.	Apto.	Apto.	Apto.
Abrangência	Reg.	Reg.	Reg.	Reg.
0 a 18	R\$ 139.72	R\$ 177.76	R\$ 193.61	R\$ 221.51
19 a 23	R\$ 153.69	R\$ 195.54	R\$ 212.97	R\$ 243.66
24 a 28	R\$ 172.60	R\$ 219.59	R\$ 239.17	R\$ 273.63
29 a 33	R\$ 196.07	R\$ 249.45	R\$ 271.69	R\$ 310.84
34 a 38	R\$ 219.80	R\$ 279.63	R\$ 304.57	R\$ 348.45
39 a 43	R\$ 239.58	R\$ 304.80	R\$ 331.98	R\$ 379.81
44 a 48	R\$ 342.36	R\$ 435.56	R\$ 474.40	R\$ 542.75
49 a 53	R\$ 445.06	R\$ 566.23	R\$ 616.72	R\$ 705.58
54 a 58	R\$ 578.58	R\$ 736.10	R\$ 801.74	R\$ 917.25
59 ou +	R\$ 838.31	R\$ 1066.53	R\$ 1161.64	R\$ 1329.01

## PME

Faixa Etária	Alfa 2 CP   03 a 19 vidas   02 Titulares   Copart.	Alfa 2 Plus GRC   03 vidas ou +   01 Titular   Copart.	Alfa 2 Plus GRC   03 a 19 vidas   02 Titulares   Copart.
Acomodação	Enf.	Enf.	Enf.
Abrangência	Reg.	Reg.	Reg.
0 a 18	R\$ 91.33	R\$ 134.55	R\$ 112.09
19 a 23	R\$ 100.47	R\$ 148.01	R\$ 123.30
24 a 28	R\$ 112.82	R\$ 166.21	R\$ 138.46
29 a 33	R\$ 128.17	R\$ 188.82	R\$ 157.30
34 a 38	R\$ 143.68	R\$ 211.66	R\$ 176.33

39 a 43	R\$ 156.61	R\$ 230.71	R\$ 192.20
44 a 48	R\$ 223.79	R\$ 329.69	R\$ 274.65
49 a 53	R\$ 290.93	R\$ 428.60	R\$ 357.05
54 a 58	R\$ 378.21	R\$ 557.18	R\$ 464.16
59 ou +	R\$ 547.98	R\$ 807.29	R\$ 672.52

## PME

Faixa Etária	Alfa 22 Plus GRC   03 vidas ou +   01 Titular   Copart.	Alfa 22 Plus GRC   03 a 19 vidas   02 Titulares   Copart.	Beta 22 Plus GRC   03 vidas ou +   01 Titular   Copart.	Beta 22 Plus GRC   03 a 19 vidas   02 Titulares   Copart.
Acomodação	Enf.	Enf.	Apto.	Apto.
Abrangência	Reg.	Reg.	Reg.	Reg.
0 a 18	R\$ 163.98	R\$ 142.74	R\$ 198.95	R\$ 174.24
19 a 23	R\$ 180.37	R\$ 157.01	R\$ 218.84	R\$ 191.66
24 a 28	R\$ 202.56	R\$ 176.32	R\$ 245.76	R\$ 215.24
29 a 33	R\$ 230.11	R\$ 200.30	R\$ 279.18	R\$ 244.51
34 a 38	R\$ 257.95	R\$ 224.54	R\$ 312.96	R\$ 274.10
39 a 43	R\$ 281.17	R\$ 244.75	R\$ 341.13	R\$ 298.77
44 a 48	R\$ 401.79	R\$ 349.74	R\$ 487.47	R\$ 426.94
49 a 53	R\$ 522.33	R\$ 454.67	R\$ 633.71	R\$ 555.02
54 a 58	R\$ 679.02	R\$ 591.07	R\$ 823.83	R\$ 721.52
59 ou +	R\$ 983.84	R\$ 856.39	R\$ 1193.65	R\$ 1045.41

### REDE CREDENCIADA 1- Alfa 22 Plus | Beta 21 Plus

#### HOSPITAIS

#### VALE DO PARAÍBA

##### Cruzeiro

- Santa Casa de Misericórdia de Cruzeiro - H/M/PS

##### Guaratinguetá

- Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá - H/PS

##### Jacareí

- Hospital Alvorada - Jacareí - H/PS
- Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - Jacareí - H/M/PS

##### São José dos Campos

- Hospital e Maternidade Sao Jose - Sao Jose dos Campos - H/M/PS

#### VALE DO PARAÍBA

##### São José dos Campos

- Hospital Francisca Julia - São José dos Campos - H
- Instituto Chui - São José dos Campos - H
- Pró Infância Hospital - São José dos Campos - H/M/PS

##### Taubaté

- Hospital Regional do Vale do Paraiba (São Camilo) - Taubaté - H/PS

#### INTERIOR

##### Caçapava

- Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Ajuda - FUSAM - H/M/PS/A

#### LABORATÓRIOS

#### VALE DO PARAÍBA

##### Pindamonhangaba

- Citologus Diag Labor

### REDE CREDENCIADA 2- Beta 22 Plus

#### HOSPITAIS

#### VALE DO PARAÍBA

##### Cruzeiro

- Santa Casa de Misericórdia de Cruzeiro - H/M/PS/A

#### LABORATÓRIOS

#### VALE DO PARAÍBA

##### São José dos Campos

- Quaglia Laboratório - São José dos Campos
- Quaglia Laboratório II - São José dos Campos

#### VALE DO PARAÍBA

##### São José dos Campos

- Quaglia Laboratório III - São José dos Campos

## Carência

Procedimentos	Prazos de carências contratuais		Prazos de carências considerando os planos anteriores		
	Alfa CP e demais planos de 03 a 09 vidas	Demais planos de 10 a 29 vidas	6 a 12 meses	12 a 24 meses	+ de 24 meses
Atendimentos ambulatoriais e internações em casos de urgência e emergências, conforme disposto em contrato	<b>24 horas</b>	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Exames simples de apoio diagnósticos*	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Procedimentos ambulatoriais e exames (exceto simples)	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	30 dias
Sessões terapêuticas (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, acupuntura, dentre outros terapêuticos).	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	30 dias
Qualquer tipo de internação hospitalar clínicas ou cirúrgica	180 dias	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias
Internações em obstetrícia e neonatologia	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
Tratamento e internações de doenças preexistentes e de suas complicações	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

\*entende-se por exames simples: hemograma completo, hemossedimentação, parasitológico de fezes, urina tipo I, colesterol, triglicérides, glicemia, ácido úrico, sódio, potássio, ureia, creatinina, Papanicolau, BHCG, colposcopia, eletrocardiograma e exames radiológicos não contratados (raios-X simples).

### Critérios de Redução de Carência

**Os períodos de carência serão contados a partir da data de vigência do plano de saúde.**

Idade limite para redução 58 anos 11 meses e 29 dias, ou IMC inferior a 30 e que não possuem doenças ou lesões preexistentes a data do mesmo.

Mínimo de 30 dias de permanência no plano anterior;

**Para ter redução de carência** – não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa.

**Ex - beneficiário do PME ou Empresarial:** poderá ser feito através do corretor somente após 180 dias do cancelamento que se dará aos 90 dias de inadimplência.

**Ex – beneficiário de planos Individuais ou Familiares** poderá ser feito através do corretor somente após 180 dias do cancelamento que se dará aos 90 dias de inadimplência.

**Documentos para ex - beneficiários de planos empresariais:** apresentar carta original ou cópia da operadora ou da empresa 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:** apresentar os 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha enviar cópia do contrato anterior.

O comprovante de endereço, com o respectivo número do CEP, não precisa estar em nome do titular, porém deverá ser o comprovante de endereço indicado na proposta de adesão.

## Documentação

**Empresa:** cópia do Contrato Social e suas alterações ou Requerimento do Empresário, com selo da Jucesp ou carimbo que fica no verso da página ou Certificado de Microempreendedor (MEI) ou Cadastro Específico do INSS (CEI) com tempo de constituição mínimo de 06 meses e documento de identificação com foto e assinatura do responsável pela empresa; enviar também a atual versão da Declaração de Autenticidade, com firma reconhecida em cartório; cópia do cartão CNPJ, guia quitada e relação do FGTS mais recente (somente quando a contratação do plano for para algum funcionário).

**Importante:** quando o contrato for assinado pelo procurador da empresa, deve-se apresentar procuração registrada em cartório que garanta “plenos poderes para administrar a empresa, firmar compromissos ou assinar contratos” e cópia do RG ou CNH do procurador.

**Titular:** cópia de RG, CPF expedido no máximo 10 anos ou CNS-Cartão Nacional da Saúde e comprovante de endereço de todos expedido no máximo há um mês.

**Funcionário recém-contratado:** em até 30 dias deverá enviar cópia simples das três páginas da carteira de trabalho (foto, qualificação civil e registro).

**Dependentes** - apresentar cópia de RG, CPF expedido no máximo há 10 anos ou CNS-Cartão Nacional da Saúde e cópia de documentação com firma reconhecida para comprovar o grau de parentesco com o titular.

**Cônjuge:** documento de identificação do beneficiário, junto com a declaração de União Estável, documento de identificação de filhos em comum ou certidão de casamento.

**Filhos:** certidão de nascimento ou documento de identificação que comprove o nome do titular como pai/mãe.

**Enteados:** documento de identificação que comprove a filiação com o cônjuge do titular, junto com a documentação que comprove o parentesco do próprio cônjuge com o titular (vide item 1).

**Estagiários:** Cópia do RG e CPF e do Contrato de estágio assinado e carimbado pela Instituição de Ensino e pela empresa empregadora.

**Entidades:** Estatuto Social, ata da reunião vigente, cópia do documento do responsável e guia quitada e relação do FGTS mais recente para comprovação de vínculo dos funcionários.

**Empresa com atividade rural** - Cópia do CNPJ atual, DECA e INCRA (Certificado de Cadastro de Imóvel Rural).

## Mais Informações

Área de Comercialização/ Utilização

**Os planos citados abaixo, possuem abrangência de utilização e comercialização somente para São José dos Campos e Jacareí:**

- Alfa 2 CP+
- Alfa 2 PJ+
- Beta 2 Empresarial

**Os planos citados abaixo, possuem abrangência de utilização e comercialização somente para São José dos Campos, Jacareí, Caçapava e Taubaté**

- Alfa 2 Plus GRC
- Alfa 2 Plus GRC
- Alfa 22 Plus GRC
- Beta 22 Plus GRC

### Composição

**Titulares:** Sócios, diretores e administradores constantes do contrato social, funcionários com vínculo (FGTS), estagiários, (menos os funcionários afastados).

**Dependentes diretos:** cônjuge ou companheiro (a), filhos naturais, adotivos ou enteados até 23 anos 11 meses e 29 dias ou filhos inválidos sem limite de idade.

**Agregados:** Não tem aceitação.

**Estagiários:** aceitação com contrato de intermediação entre a faculdade/empresa/estagiário.

**Prestadores de Serviços:** Não tem aceitação.

**Entidades:** Agremiações, Associações, Clubes, Condomínios, Confederações, Cooperativas, Entidades Filantrópicas e Religiosas, Federações, Fundações, Sindicatos e ONGs: aceitação sujeita a análise para funcionários constante do FGTS.

### Plano Odontológico

R\$ 18,00 por vida

### Coparticipação

Procedimentos	Alfa 2 CP	Alfa 2 Plus GRC	Alfa 22 Plus GRC	Beta 22 Plus GRC
Consulta Médica	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00
Tratamentos Terapêuticos	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	R\$ 36,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 25,00

Internação	R\$ 120,00	----	----	----
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 12,00	----	----	----
Exames	R\$ 12,00	----	----	----
Vigência/ Vencimento				
Entrega da documentação	Início de Vigência	Vencimento do boleto		
Até o dia 15 do mês anterior	Dia 01 do mês	Dia 10 do mês		
Até o dia 20 do mês anterior	Dia 05 do mês	Dia 05 do mês		
Até o dia 25 do mês anterior	Dia 10 do mês	Dia 10 do mês		
Até o dia 30/31 do mês anterior	Dia 15 do mês	Dia 15 do mês		
<b>Para empresas com 20 vidas ou mais, preencher Formulário de Solicitação de Proposta e encaminhar ao Grupo São José Saúde.</b>				

**ATENÇÃO! Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas.** As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.