



Fale com a Safelife  
agora usando este  
QR Code acima!



## TABELA DE PREÇOS

sindicato dos professores de são paulo  
**sinpro sp**

**safelife**  
Administradora de benefícios

 **São  
Cristóvão**  
saúde

Para fazer sua adesão ou tirar suas dúvidas, entre em contato conosco

**Thamires Mayara - (11)2391-9291**

[comercial@safelife.com.br](mailto:comercial@safelife.com.br)

São Cristóvão Saúde  
ANS - nº 31.421-8

Safelife  
ANS - nº 41.843-9

## ELEGIBILIDADE PARA TITULARES

Entidade	Podem aderir	Documentos Comprovação Elegibilidade
	<b>PROFESSOR:</b> Professores das rede particular de ensino de São Paulo, devidamente filiados ao <b>SINPROSP</b> .	Cópia último holerite com contribuição do SINPROSP e ficha filiação a entidade ou carteira sindical expedida pela Entidade.

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia				
FAIXA ETARIA	FAMILIAR		INDIVIDUAL	
	Essencial Adesão III Cop.T 499.247/24-4 Enfermaria Municipal	Essencial Adesão III Cop.T 499.248/24-2 Apartamento Municipal	Essencial Adesão III Cop.T 499.247/24-4 Enfermaria Municipal	Essencial Adesão III Cop.T 499.248/24-2 Apartamento Municipal
00-18	R\$ 387,41	R\$ 457,14	R\$ 407,80	R\$ 481,20
19-23	R\$ 387,41	R\$ 457,14	R\$ 407,80	R\$ 481,20
24-28	R\$ 406,78	R\$ 479,99	R\$ 428,19	R\$ 505,26
29-33	R\$ 427,11	R\$ 503,98	R\$ 449,59	R\$ 530,52
34-38	R\$ 448,46	R\$ 529,17	R\$ 472,06	R\$ 557,04
39-43	R\$ 470,88	R\$ 555,62	R\$ 495,66	R\$ 584,89
44-48	R\$ 654,52	R\$ 772,31	R\$ 688,96	R\$ 812,99
49-53	R\$ 687,24	R\$ 810,92	R\$ 723,40	R\$ 853,63
54-58	R\$ 721,60	R\$ 851,46	R\$ 759,57	R\$ 896,31
59 ou +	R\$ 1.084,85	R\$ 1.280,08	R\$ 1.141,93	R\$ 1.347,51

REAJUSTE PREVISTO: DEZEMBRO 2024

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia				
FAIXA ETARIA	FAMILIAR		INDIVIDUAL	
	Conforto Adesão III Cop. T 499.249/24-1 Enfermaria Municipal	Conforto Adesão III Cop.T 499.250/24-4 Apartamento Municipal	Conforto Adesão III Cop. T 499.249/24-1 Enfermaria Municipal	Conforto Adesão III Cop.T 499.250/24-4 Apartamento Municipal
00-18	R\$ 445,52	R\$ 525,72	R\$ 468,97	R\$ 553,39
19-23	R\$ 445,52	R\$ 525,72	R\$ 468,97	R\$ 553,39
24-28	R\$ 467,79	R\$ 552,00	R\$ 492,41	R\$ 581,05
29-33	R\$ 491,17	R\$ 579,60	R\$ 517,03	R\$ 610,10
34-38	R\$ 515,72	R\$ 608,58	R\$ 542,88	R\$ 640,60
39-43	R\$ 541,50	R\$ 639,00	R\$ 570,02	R\$ 672,63
44-48	R\$ 752,68	R\$ 888,21	R\$ 792,32	R\$ 934,95
49-53	R\$ 790,31	R\$ 932,62	R\$ 831,93	R\$ 981,69
54-58	R\$ 829,82	R\$ 979,25	R\$ 873,52	R\$ 1.030,77
59 ou +	R\$ 1.247,55	R\$ 1.472,20	R\$ 1.313,24	R\$ 1.549,65

REAJUSTE PREVISTO: DEZEMBRO 2024

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia				
FAIXA ETARIA	FAMILIAR		INDIVIDUAL	
	Bem Estar 40+ Adesão III Cop.T 499.252/24-1 Enfermaria Municipal	Bem Estar 40+ Adesão III Cop.T 499.251/24-2 Apartamento Municipal	Bem Estar 40+ Adesão III Cop.T 499.252/24-1 Enfermaria Municipal	Bem Estar 40+ Adesão III Cop.T 499.251/24-2 Apartamento Municipal
00-18	R\$ 505,91	R\$ 596,97	R\$ 532,54	R\$ 628,39
19-23	R\$ 505,91	R\$ 596,97	R\$ 532,54	R\$ 628,39
24-28	R\$ 531,20	R\$ 626,81	R\$ 559,16	R\$ 659,80
29-33	R\$ 557,76	R\$ 658,15	R\$ 587,11	R\$ 692,79
34-38	R\$ 585,64	R\$ 691,05	R\$ 616,46	R\$ 727,42
39-43	R\$ 588,15	R\$ 694,02	R\$ 619,11	R\$ 730,54
44-48	R\$ 817,70	R\$ 964,89	R\$ 860,74	R\$ 1.015,66
49-53	R\$ 864,55	R\$ 1.020,17	R\$ 910,06	R\$ 1.073,85
54-58	R\$ 914,08	R\$ 1.078,62	R\$ 962,20	R\$ 1.135,38
59 ou +	R\$ 1.118,46	R\$ 1.319,79	R\$ 1.177,34	R\$ 1.389,25

REAJUSTE PREVISTO: DEZEMBRO 2024

**Regra familiar:** Cônjuge, companheiro(a), filhos(as), enteado(s), pai, mãe, sogro(a), irmão(a), avô(ó), neto(a), (a partir de 02 vidas).

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS  
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria

FAIXA ETARIA	FAMILIAR		INDIVIDUAL	
	Select Adesão I Cop.T 499.245/24-8 Enfermaria Grupo de Municípios	Select Adesão I Cop.T 499.246/24-6 Apartamento Grupo de Municípios	Select Adesão I Cop.T 499.245/24-8 Enfermaria Grupo de Municípios	Select Adesão I Cop.T 499.246/24-6 Apartamento Grupo de Municípios
00-18	R\$ 566,32	R\$ 668,25	R\$ 596,13	R\$ 703,42
19-23	R\$ 566,32	R\$ 668,25	R\$ 596,13	R\$ 703,42
24-28	R\$ 594,63	R\$ 701,66	R\$ 625,93	R\$ 738,59
29-33	R\$ 624,36	R\$ 736,74	R\$ 657,22	R\$ 775,51
34-38	R\$ 655,57	R\$ 773,57	R\$ 690,08	R\$ 814,28
39-43	R\$ 688,34	R\$ 812,24	R\$ 724,58	R\$ 854,99
44-48	R\$ 956,79	R\$ 1.129,01	R\$ 1.007,16	R\$ 1.188,43
49-53	R\$ 1.004,62	R\$ 1.185,46	R\$ 1.057,51	R\$ 1.247,85
54-58	R\$ 1.054,85	R\$ 1.244,73	R\$ 1.110,38	R\$ 1.310,24
59 ou +	R\$ 1.585,86	R\$ 1.871,32	R\$ 1.669,34	R\$ 1.969,81

REAJUSTE PREVISTO: DEZEMBRO 2024

**Regra familiar:** Cônjuge, companheiro(a), filhos(as), enteados(as), pai, mãe, sogro(a), irmão(a), avô(ó), neto(a), (a partir de 02 vidas).

Tabela de Referência para fins de Coparticipação

Grupo de Atendimento Terapias Especiais	% Coparticipação (por consulta/sessão)	R\$ Limite Financeiro Inicial (por consulta/sessão)*
Avaliação Terapias Especiais	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Psicologia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Psicoterapia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Psicopedagogia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Terapia Ocupacional com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Fonoaudiologia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Musicoterapia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Integração sensorial com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Fisioterapia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Nutrição com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Grupo de Atendimento Terapia Imunobiológica e Avançada	% Coparticipação (por consulta/sessão)	R\$ Limite Financeiro Inicial (por consulta/sessão)*
Terapia Imunobiológica Endovenosa, Intramuscular ou Subcutânea.	30% (trinta por cento)	R\$210,62(duzentos e dez reais, sessenta e dois centavos).
Terapia avançada.	30% (trinta por cento) do procedimento	

\*Os valores de coparticipação referência para todos os planos (Essencial Adesão III, Conforto Adesão III, Bem-Estar 40+Adesão III e Select Adesão I) e serão reajustados anualmente na mesma data em que forem reajustadas as contraprestações mensais.

Terapias Especiais são aquelas que empregam qualquer técnica, abordagem ou método clínico/cirúrgico/terapêutico na aplicação das intervenções diagnóstico-terapêuticas.

Terapias Imunobiológicas é um tipo de tratamento utilizado para combater e controlar doenças inflamatórias e autoimunes, que inclui vacinas ou anticorpos modificados laboratorialmente, que podem ser humanos ou de origem animal, e agem diretamente sobre determinadas moléculas endógenas.

Terapias Avançadas, segundo o próprio conceito da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, são produtos biológicos, utilizados com fins terapêuticos, obtidos a partir e células e tecidos humanos que foram submetidos a um processo de fabricação; ou produtos que consistem em ácidos nucleicos recombinantes e que tem como objetivo regular, reparar, substituir, adicionar ou deletar uma sequência genética ou modificar a expressão de um gene.

O percentual de COPARTICIPAÇÃO e o valor de LIMITE FINANCEIRO será cobrado quantas vezes forem realizados os atendimentos, ou seja, será cobrado a cada consulta/sessão de terapia realizada.

Os valores referentes a COPARTICIPAÇÃO serão reajustados anualmente de acordo com o índice de reajuste aplicado sobre a mensalidade do contrato, nos termos da cláusula DO REAJUSTE DA MENSALIDADE.

O prazo para cobrança da coparticipação pela OPERADORA é de até 12 (doze) meses após a realização do atendimento

Item	CARÊNCIAS / Procedimentos	Carência Contratual	Redução de Carências
Grupo 01	Urgência e Emergência em PS - Pronto-Socorro.	24 horas	24 horas
Grupo 02	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
Grupo 03	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), Triglicérides, Uréia, 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
Grupo 04	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
Grupo 05	Internações Clínicas, Cirúrgicas, Neurológicas e Psiquiátricas; Micro e Pequenas Cirurgias em Nível Ambulatorial ou em Hospital Dia; Quimioterapias, Radioterapias.	180 dias	90 dias
Grupo 06	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
Grupo 07	Parto a Termo.	300 dias	300 dias
Grupo 08	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 normativo vigente, cessando a sua garantia de cobertura em caso de exclusão do referido Rol.

## DOCUMENTOS BÁSICOS / REGRAS DE CONTRATAÇÃO / ANÁLISE DE CARÊNCIAS

**DOCUMENTAÇÃO OBRIGATORIA:** 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 documentalmente. Documentos: Cópias RG + CPF.

### DEPENDENTES:

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

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

- **Filhos(as) legítimos(as), adotados(as), e enteados até 39 anos, e o menor sob guarda ou tutela, com comprovação de dependência econômica** - Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS). **Enteado:** sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. **Titular Companheiro:** Declaração de União Estável reconhecida em cartório. **Adotados:** Documento de adoção ou tutela legal;

**Filhos(as) inválidos(as), solteiros(as), sem limite de idade, desde que comprovada a dependência econômica** - Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Comprovante de invalidez de acordo com a legislação vigente da Previdência Social e Imposto de Renda;

- **Pai ou Mãe** - Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Documentação Titular;

- **Sogro(a)** - Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Casamento ou Certidão de União Estável (registrada em cartório) com os dados dos dependentes;

- **Irmão(ã), avô(ó), neto(a)** - Cópias: RG + CPF + Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS), ou outro documento oficial comprobatório do vínculo de parentesco.

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 para a portabilidade de carência 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

A análise de redução de carências será para beneficiários entre 19 anos à 69 anos, conforme regras e documentações abaixo:

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 São Cristóvão 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 São Cristóvão.

### 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 Obstetrícia).

## ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO DOS PLANOS

**São Paulo/SP**  
Essencial, Conforto  
Bem Estar +40 e Select

## NOSSAS DATAS

Protocolo	Vigência / Vencimento
Até dia 15	dia 1º do mês subsequente
de 16 à 30	dia 15 do mês subsequente

### Rede Credenciada - Laboratorial

Cidade	Hospitais	Essencial	Conforto	Bem Estar 40+	Select
São Paulo	São Cristóvão Medicina Diagnóstica.	LAB	LAB	LAB	LAB
	Assad	-	-	LAB	LAB
	Crya	-	-	LAB	LAB
	Gimi	-	-	LAB	LAB
	Carezzato	-	-	LAB	LAB
	ZDI	-	-	LAB	LAB
	Schmilevitch	-	-	LAB	LAB
	Andreazza	-	-	-	LAB
	Prosecor	-	-	-	LAB

### Rede Credenciada - Hospitalar

Hospitais	Região	Município	ATENDIMENTO	ESSENCIAL	CONFORTO	BEM ESTAR 40	SELECT
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I/M/C	X	X	X	X
CEMA - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I (oftalmo/otorrino)		X	X	X
HOSPITAL ITAQUERA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA		X	X	X
HOSPITAL SANTA MARCELINA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I			X	X
HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I		X	X	X
HOSPITAL LEFORTE - UNIDADE LIBERDADE	CENTRO / SP	SÃO PAULO	I			X	X
HOSPITAL VERA CRUZ	ZONA NORTE / SP	SÃO PAULO	PSA/I (psiquiátrica)	X	X	X	X
HOSPITAL PRESIDENTE	ZONA NORTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I			X	X
SPDM - HOSPITAL SÃO PAULO	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	I		X	X	X
CLINICA MAIA	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	C	X	X	X	X
HOSPITAL SANTA RITA	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	PSA/I		X	X	X
HOSPITAL API	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	PSA/I (psiquiátrica)	X	X	X	X
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	ZONA OESTE / SP	SÃO PAULO	PSP/IP/CP			X	X
HOSPITAL PORTINARI	ZONA OESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP			X	X
HOSPITAL E MATERNIDADE BOM CLIMA	GRANDE SÃO PAULO / SP	GUARULHOS	PSA/PSP/I				X
HOSPITAL SÃO BERNARDO	ABCDM/SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	PSA/PSP/I				X
HOSPITAL SÃO LUCAS - INNOVA	ABCDM/SP	DIADEMA	PSA/PSP/I/C				X
HOSPITAL SANTA MARCELINA DO ABC PAULISTA - NEOMATER	ABCDM/SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	PSA/I/C				X
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS	LITORAL / SP	SANTOS	PSA/PSP/I/M/C				X
HOSPITAL CASA DE SAÚDE DE SANTOS	LITORAL / SP	SANTOS	I				X
HOSPITAL CASA DE SAÚDE DE SANTOS (PRAIA GRANDE)	LITORAL / SP	PRAIA GRANDE	PSA/PSP				X
HOSPITAL CÔNEGO DOMÊNICO RANGONI	LITORAL / SP	GUARUJÁ	PSA/PSP/I/C				X
IBEMI - INSTITUTO BEN.DE MED. INTEGRADA - HOSPITAL GUARUJA	LITORAL / SP	GUARUJÁ	PSA/PSP/I/C				X

Rede Credenciada sujeita a Alterações - Consulte as atualizações da rede no site: [www.saocristovao.com.br](http://www.saocristovao.com.br)

#### LEGENDA:

PSA: Pronto Socorro Adulto - PSI: Pronto Socorro Infantil - C: Consulta - I: Internação - IP: Internação Pediátrica - M: Maternidade