up health
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

TAO

INFORME DE PRODUTOS
EMPRESARIAL

São Bernardo
samp

TABELA DE PREÇOS - EMPRESARIAL

SBS WAY EMPRESARIAL ESPECIAL + ODONTO PLENO
ANS: 498.175/24-8

Até 43 anos	**R$ 210,53**
44 a 58 anos	**R$ 500,34**
59 anos +	**R$ 1.207,49**

SBS WAY EMPRESARIAL EXECUTIVO + ODONTO PLENO
ANS: 498.168/24-5

Até 43 anos	**R$ 272,01**
44 a 58 anos	**R$ 650,36**
59 anos +	**R$ 1.573,52**

SBS AMPLO EMPRESARIAL ESPECIAL + ODONTO PLENO
ANS: 496.535/23-3

00-18 anos	**R$ 251,75**
19-23 anos	**R$ 288,10**
24-28 anos	**R$ 329,79**
29-33 anos	**R$ 377,85**
34-38 anos	**R$ 433,14**
39-43 anos	**R$ 500,94**
44-48 anos	**R$ 604,21**
49-53 anos	**R$ 782,68**
54-58 anos	**R$ 1.053,38**
59 anos +	**R$ 1.460,56**

SBS AMPLO EMPRESARIAL EXECUTIVO + ODONTO PLENO
ANS: 496.538/23-8

00-18 anos	**R$ 325,83**
19-23 anos	**R$ 373,31**
24-28 anos	**R$ 427,73**
29-33 anos	**R$ 490,50**
34-38 anos	**R$ 562,69**
39-43 anos	**R$ 651,22**
44-48 anos	**R$ 786,04**
49-53 anos	**R$ 1.019,06**
54-58 anos	**R$ 1.372,50**
59 anos +	**R$ 1.904,15**

SBS AMPLO REEMBOLSO EMPRESARIAL ESPECIAL + ODONTO PLENO
ANS: 499.859/24-6

Até 18 anos	**R$ 267,70**
De 19 a 23	**R$ 305,19**
De 24 a 28	**R$ 348,15**
De 29 a 33	**R$ 397,69**
De 34 a 38	**R$ 454,68**
De 39 a 43	**R$ 524,58**
De 44 a 48	**R$ 631,01**
De 49 a 53	**R$ 814,96**
De 54 a 58	**R$ 1.093,96**
59 ou mais	**R$ 1.513,68**

SBS AMPLO REEMBOLSO EMPRESARIAL EXECUTIVO + ODONTO PLENO
499.858/24-8

Até 18 anos	**R$ 344,03**
De 19 a 23	**R$ 392,97**
De 24 a 28	**R$ 449,06**
De 29 a 33	**R$ 513,74**
De 34 a 38	**R$ 588,15**
De 39 a 43	**R$ 679,40**
De 44 a 48	**R$ 818,33**
De 49 a 53	**R$ 1.058,48**
De 54 a 58	**R$ 1.422,71**
59 ou mais	**R$ 1.970,63**

DATA BASE DE REAJUSTE: MAIO / 2027

Samp Odonto Pleno CE - Reg ANS: 497.651/23-7 - R$ 13,41.

TABELA DE PREÇOS - EMPRESARIAL

COMBRO SBS NACIONAL EMPRESARIAL ESPECIAL + ODONTO PLENO
ANS: 498.169/24-3

Até 18 anos	**R$ 333,83**
De 19 a 23	**R$ 381,22**
De 24 a 28	**R$ 435,54**
De 29 a 33	**R$ 498,20**
De 34 a 38	**R$ 570,25**
De 39 a 43	**R$ 658,64**
De 44 a 48	**R$ 793,20**
De 49 a 53	**R$ 1.025,81**
De 54 a 58	**R$ 1.378,61**
59 ou mais	**R$ 1.909,31**

COMBO SBS NACIONAL EMPRESARIAL EXECUTIVO + ODONTO PLENO
ANS: 498.171/24-5

Até 18 anos	**R$ 430,36**
De 19 a 23	**R$ 492,24**
De 24 a 28	**R$ 563,16**
De 29 a 33	**R$ 644,98**
De 34 a 38	**R$ 739,03**
De 39 a 43	**R$ 854,41**
De 44 a 48	**R$ 1.030,10**
De 49 a 53	**R$ 1.333,80**
De 54 a 58	**R$ 1.794,39**
59 ou mais	**R$ 2.487,25**

COMBO SBS PREMIUM EMPRESARIAL ESPECIAL + ODONTO PLENO
ANS: 498.166/24-9

Até 43 anos	**R$ 238,22**
44 a 58 anos	**R$ 555,64**
59 anos +	**R$ 1.330,10**

COMBO SBS PREMIUM EMPRESARIAL EXECUTIVO + ODONTO PLENO
ANS: 498.165/24-1

Até 43 anos	**R$ 305,56**
44 a 58 anos	**R$ 719,94**
59 anos +	**R$ 1.731,02**

DATA BASE DE REAJUSTE: MAIO/ 2027

Samp Odonto Pleno CE - Reg ANS: 497.651/23-7 - R$ 13,41.

TABELA DE PREÇOS - EMPRESARIAL

COMBO VITAL COM COPART QC + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 485.448/20-9

Até 43 anos	**R$ 232,66**
44 a 58 anos	**R$ 562,19**
59 anos +	**R$ 1.366,20**

COMBO VITAL COM COPART QP + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 485.446/20-2

Até 43 anos	**R$ 287,53**
44 a 58 anos	**R$ 732,76**
59 anos +	**R$ 1.782,38**

COMBO IDEAL COM COPART QC + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 483.135/19-7

Até 43 anos	**R$ 237,65**
44 a 58 anos	**R$ 574,34**
59 anos +	**R$ 1.395,85**

COMBO IDEAL COM COPART QP + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 483.134/19-9

Até 43 anos	**R$ 309,08**
44 a 58 anos	**R$ 748,64**
59 anos +	**R$ 1.821,14**

COMBO ESSENCIAL SUL COM COPART QC + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 483.131/19-4

Até 43 anos	**R$ 238,22**
44 a 58 anos	**R$ 555,64**
59 anos +	**R$ 1.330,10**

COMBO ESSENCIAL SUL COM COPART QP + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 483.130/19-6

Até 43 anos	**R$ 305,56**
44 a 58 anos	**R$ 719,94**
59 anos +	**R$ 1.731,02**

COMBO IDEAL ES COM COPART QC + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 484.956/20-6

Até 43 anos	**R$ 243,64**
44 a 58 anos	**R$ 555,64**
59 anos +	**R$ 1.431,55**

COMBO IDEAL ES COM COPART QP + ODONTO ESSENCIAL
ANS: 484.955/20-8

Até 43 anos	**R$ 316,89**
44 a 58 anos	**R$ 767,73**
59 anos +	**R$ 1.867,70**

DATA BASE DE REAJUSTE: MAIO / 2027

Samp Odonto Essencial CE - Reg ANS: 493.391/22-5 - R$ 5,55.

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO E CARÊNCIA - EMPRESARIAL

GRUPOS	PROCEDIMENTOS	LINHA SAMP	LINHA SBS - REGIONAIS	AMPLO * REEMBOLSO	LINHA SBS - NACIONAL REFERÊNCIA
1	Consulta Eletiva (Rede própria e credenciada)	R$20,00	R$25,00	R$25,00	30% Com limitador de R$60,00
1.2	Consulta Eletiva (Fora da rede)	-	-	ISENTO	-
2	Consulta em Hospital (Pronto Socorro)	R$25,00	R$35,00	R$ 35,00	30% Com limitador de R$80,00
3	Exames / Procedimentos Simples	30% Com limitador de R$40,00	30% Com limitador de R$40,00	30% Com limitador de R$ 40,00	30% Com limitador de R$100,00
4	Exames/ Procedimentos Especiais	30% Com limitador de R$100,00	30% Com limitador de R$100,00	30% Com limitador de R$ 100,00	30% Com limitador de R$150,00
5	TERAPIAS GRUPO 1	30% Com limitador de R$50,00	30% Com limitador de R$50,00	30% Com limitador de R$ 50,00	30% Com limitador de R$120,00
6	TERAPIAS GRUPO 2	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO
7	TERAPIAS GRUPO 3	30% Com limitador de R$80,00	30% Com limitador de R$80,00	40% Com limitador de R$ 150,00	30% Com limitador de R$120,00
8	INTERNAÇÃO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO
TETO MENSAL - EXCETO PARA TERAPIAS DO GRUPO 3		**R$250,00**	**R$450,00**	**NÃO POSSUI LIMITADOR MENSAL**	**NÃO POSSUI LIMITADOR MENSAL**

Os valores de coparticipação e/ou limitador serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.
O limitador do Grupo é por procedimento.

A lista contendo individualmente os nomes dos procedimentos e eventos em saúde pertencentes a cada grupo ou classe indicada na Proposta de Adesão poderá ser consultada pelos beneficiários no site da Contratada.

***Amplo Reembolso:**
O reembolso para esse produto será apenas para consultas médicas (realizadas fora da rede credenciadas da São Bernardo SAMP) no valor de R$ 400,00 por evento limitado a R$ 4.000,00 por ano, que será renovado no aniversário do contrato de adesão do beneficiário. Demais procedimentos não possuem qualquer tipo de reembolso.

CRONOGRAMA DE VENDAS - EMPRESARIAL TAO

VIGÊNCIA	VENDAS	VENCIMENTO BOLETO
Dia 01	11 a 20 de cada mês	10 de cada mês
Dia 10	21 a 31 de cada mês	15 de cada mês
Dia 20	01 a 10 de cada mês	25 de cada mês
D+7*	Diária	10 de cada mês

CRONOGRAMA DE MOVIMENTAÇÕES

MOVIMENTAÇÕES CRONOGRAMA	MOVIMENTAÇÃO D3
Até dia 20 de cada mês	Inclusões D+3 são efetivadas em até 3 dias úteis após a solicitação.**
Até dia 30 de cada mês	
Até dia 10 de cada mês	
Até dia 20 de cada mês	

*D+7: Nas adesões em D+7, o primeiro boleto será emitido proporcionalmente e enviado em até 10 dias após o início da vigência.
**Nas inclusões imediatas (D+3) poderão ocorrer cobranças proporcionais no boleto do mês vigente ou, conforme o período de processamento, no boleto do mês subsequente.

DOCUMENTAÇAO - EMPRESARIAL

DOCUMENTAÇÃO EMPRESARIAL UP HEALTH

Empresa
- Cartão CNPJ (Documento emitido há no máximo 90 dias);
- Contrato Social ou Certificado de MEI*;
- GFIP (caso houver) ou Extrato de FGTS Digital ;
- Documento de identificação do sócio administrador;
- EMQ - proponente de 0 a 8 anos e acima de 59 anos para empresas de até 29 vidas.

*O empresário individual para a contratação precisa ser inscrito no órgão competente há pelo menos 06 (seis) meses e estar com o cadastro regular junto à Receita Federal;

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO
a)Titular (Funcionário / Jovem Aprendiz)
- Comprovante de vínculo com a empresa: Ficha de registro recém contratado, e-Social, CTPS, GFIP atualizada ou Extrato de FGTS Digital;

b) Titular (Estagiário)
- Maior de 16 anos + contrato de estágio;

c) Cônjuge ou Companheiro(a), sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial
- Documento que comprove grau de parentesco com o titular, exceto certidão de nascimento de filhos comum.

d) Filho(a), enteado(a), neto(a), sobrinho(a), pais e irmãos(ãs)* - Todos até 58 anos
- Documento que comprove grau de parentesco com o titular.

*inclusão de irmãos(ãs) conforme campanha da operadora, podemos ser alterada a qualquer tempo sem aviso prévio

TABELA DE PRC - EMPRESARIAL

GRUPOS	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS - CONTRATOS	PCR 1.0 M	PCR 3.0M	PCR 6.0M	PCR 12.0M	PCR 24.0M
1	Consulta Eletiva	Consultas Médicas e não Médicas em Consultórios	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
2	Urgência e Emergência	Consultas de Urgência/Emergência em Hospitais ou Pronto Socorro incluindo os acidentes pessoais	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO	ZERO
3	Exames e Procedimentos Simples	Exames de Análises Clínicas comuns de Sangue (hemograma, Sódio, Potássio, etc); Exames comuns de Urina	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
4	Exames e Procedimentos Especiais	Endoscopia Digestiva Alta; Ressonância Magnética; PET CT; Cintilografia; EcoDoppler; Ecocardiograma; Punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho; Gastrostomia Endoscopica; Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica.	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO	ZERO
5	TERAPIAS GRUPO 1	Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações especificas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas amputados	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	ZERO
6	TERAPIAS GRUPO 2	Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	ZERO
7	TERAPIAS GRUPO 3	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição e também os Métodos Especiais	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Procedimentos Internação 1	Internações Gerais	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias	ZERO
9	Procedimentos Internação 2	Transplantes; Cirurgia Bariátrica; Internações; Psiquiátricas; Cirurgias com utilização de Órteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	ZERO
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

MODALIDADES E REGRAS PROGRAMA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS (PRC)

Condições necessárias para cada PRC:

PRC 1.0 M – Para beneficiários que serão incluídos em planos coletivos empresariais com até 29 vidas, sem histórico de plano de saúde anterior nesta ou em outra operadora, ou com histórico de plano anterior com permanência inferior a 03 (três) meses, nesta ou em outra operadora.

PRC 3.0 M – Para beneficiários de planos coletivos empresariais com até 29 vidas, que tenham permanecido entre 3 e 6 meses em plano de qualquer operadora, de qualquer tipo de contratação. O plano anterior deve ter sido na segmentação Ambulatorial + Hospitalar, com ou sem obstetrícia, e ter sido cancelado há no máximo 60 dias.

PRC 6.0 M – Destinado a beneficiários de planos coletivos empresariais com até 29 vidas, com histórico de permanência entre 6 e 11 meses em plano de saúde anterior (qualquer tipo de contratação), obrigatoriamente com segmentação Ambulatorial + Hospitalar, com ou sem obstetrícia, e cancelado há no máximo 60 dias.

PRC 12.0 M – Para beneficiários com permanência de 12 a 23 meses em plano de saúde anterior, também de qualquer tipo de contratação e na segmentação Ambulatorial + Hospitalar, com ou sem obstetrícia, cancelado há até 60 dias.

PRC 24.0 M – Para beneficiários com pelo menos 24 meses de permanência em plano de saúde anterior, de qualquer tipo de contratação, na segmentação Ambulatorial + Hospitalar, com ou sem obstetrícia, e cancelado há no máximo 60 dias.

REDE HOSPITALAR - LINHA PREMIUM

HOSPITAIS CREDENCIADOS SAMP		WAY	AMPLO/ AMPLO COM REEMBOLSO	NACIONAL
AFONSO CLAUDIO	CONFERENCIA DE SAO VICENTE DE PAULO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
ANCHIETA	MOVIMENTO DE EDUCACAO PROMOCIONAL DO ES	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
ARACRUZ	FUNDACAO HOSPITAL MATERNIDADE SAO CAMILO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
BARRA DE SÃO FRANCISCO	CASA DE SAUDE SANTA MONICA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
BOA ESPERANCA	ASSOCIACAO HOSPITALAR RURAL DE BOA ESPERANCA	PS/CON	PS/CON	PS/CON
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	HOSPITAL EVANGELICO CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	PS/INT	PS/INT/CON	PS/INT/CON
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	PS/INT/CON	PS/INT	PS/INT
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	SANTA CASA DE MISERICORDIA CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
CARIACICA	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS	PS/INT	PS/INT	PS/INT
CARIACICA	MERIDIONAL CARIACICA	-	PS/INT	PS/INT
COLATINA	SAO BERNARDO APART HOSPITAL	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
DOMINGOS MARTINS	FUNDACAO HOSPITALAR E DE ASSIST SOCIAL DE DOMINGOS	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
ECOPORANGA	FUNDACAO MEDICO ASSIST DE TRAB RURAL	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
GUARAPARI	HOSPITAL SAO PEDRO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
ITARANA	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL	PS/INT	PS/INT	PS/INT
JOAO NEIVA	ASSOCIACAO DE BENEFICENCIA E CULTURA DE JOAO NEIVA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
LINHARES	FUNDACAO BENEFICENTE RIO DOCE (Somente PS Obstétrico)	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
LINHARES	LINHARES MEDICAL CENTER	PS/INT	PS/INT	PS/INT
MIMOSO DO SUL	HOSPITAL APOSTOLO PEDRO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
MONTANHA	SOCIEDADE BENEFICENTE E CULTURAL DE MONTANHA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
NOVA VENECIA	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
PEDRO CANARIO	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO PEDRO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
SANTA MARIA DE JETIBA	FUNDACAO HOSPITALAR BENEFICENTE CONCORDIA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
SANTA TERESA	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
SAO MATEUS	CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
SAO MATEUS	HOSPITAL MERIDIONAL SAO MATEUS	-	PS/INT	PS/INT
SERRA	VITORIA APART HOSPITAL	PS/INT	PS/INT	PS/INT
SERRA	HOSPITAL METROPOLITANO	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	ASSOCIACAO SOCIAL FILANTROPICA HOSPITAL PADRE MAXIMO	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON
VILA VELHA	HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VILA VELHA	VITÓRIA APART HOSPITAL - UNIDADE VILA VELHA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VILA VELHA	CENTRO MEDICO HOSPITALAR DE VILA VELHA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VILA VELHA	HOSPITAL PRAIA DA COSTA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VITORIA	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS PUBLICOS DO ES	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VITORIA	HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VITORIA	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VITORIA	HOSPITAL SANTA PAULA	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VITORIA	MERIDIONAL VITÓRIA/MATER. SANTA URSULA (Somente PS Obstétrico)	PS/INT	PS/INT	PS/INT
VITORIA	HOSPITAL SANTA BÁRBARA	PS/INT/CON	PS/INT/CON	PS/INT/CON

CON = CONSULTA / INT = INTERNAÇÃO / PS = PRONTO SOCORRO

REDE HOSPITALAR - LINHA ESPECIAL

HOSPITAIS CREDENCIADOS SAMP		AMBULATORIAL/ ES	VITAL	IDEAL	ESSENCIAL SUL	PRIMEVO	IDEAL ES
AFONSO CLÁUDIO	CONFERÊNCIA DE SÃO VICENTE DE PAULO	PS/CON	-	-	PS/INT/CON	-	PS/INT/CON
ALEGRE	CASA DE CARIDADE SÃO JOSE	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
ANCHIETA	MEPES - HOSPITAL PADRE HUMBERTO	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
ARACRUZ	HOSPITAL MATERNIDADE SÃO CAMILO	PS	-	PS/INT	-	PS/INT/CON	PS/INT
BOA ESPERANÇA	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR RURAL DE BOA ESPERANÇA	PS/CON	-	-	-	PS/CON	PS/INT/CON
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	HOSPITAL EVANGÉLICO CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	PS/CON	-	-	PS/INT/CON	-	PS/INT/CON
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	PS/CON	-	-	PS/INT/CON	-	PS/INT/CON
CARIACICA	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	-	-	PS/INT	-	-	-
CARIACICA	HOSPITAL MERIDIONAL CARIACICA	-	-	-	-	-	-
COLATINA	SÃO BERNARDO APART HOSPITAL	PS	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT
COLATINA	CASA DE SAÚDE SANTA MARIA	-	-	-	-	-	INT
COLATINA	HOSPITAL SÃO JOSÉ	-	-	-	-	-	INT
DOMINGOS MARTINS	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE DOMINGOS MARTINS	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
GUAÇUI	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
GUARAPARI	HOSPITAL SÃO PEDRO	-	-	PS/INT/CON	-	-	PS/INT/CON
ITAPEMIRIM	HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	PS/CON	-	-	PS/INT/CON	-	PS/INT/CON
ITARANA	HOSPITAL SÃO BRAZ	PS	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT
JOÃO NEIVA	HOSPITAL SAGRADO CORAÇÃO DE MARIA	PS/CON	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT/CON
LINHARES	HOSPITAL RIO DOCE	-	-	-	-	PS/INT	PS/INT
LINHARES	LINHARES MEDICAL CENTER	PS	-	-	-	PS/INT	PS/INT
MIMOSO DO SUL	HOSPITAL APOSTOLO PEDRO	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
MONTANHA	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	PS/CON	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT/CON
MUNIZ FREIRE	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA JESUS MARIA JOSÉ	PS	-	-	PS/INT	-	PS/INT
NOVA VENÉCIA	HOSPITAL SÃO MARCOS	PS/CON	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT/CON
PEDRO CANÁRIO	HOSPITAL MENINO JESUS	PS/CON	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT/CON
SANTA MARIA DE JETIBÁ	HOSPITAL EVANGÉLICO DE SANTA MARIA DE JETIBÁ	PS	-	-	-	-	PS/INT
SANTA TERESA	HOSPITAL MADRE REGINA PROTMANN	PS/CON	-	-	-	-	PS/INT/CON
SÃO MATEUS	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO MATEUS	PS	-	-	-	PS/INT/CON	PS/INT
SERRA	HOSPITAL MERIDIONAL SERRA	-	-	-	-	-	-
SERRA	VITORIA APART HOSPITAL	PS	PS/INT	PS/INT	-	-	PS/INT
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	HOSPITAL PADRE MÁXIMO	PS/CON	-	-	PS/INT/CON	-	PS/INT/CON
VILA VELHA	CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DE VILA VELHA	-	-	-	-	-	-
VILA VELHA	MERIDIONAL PRAIA DA COSTA	-	-	-	-	-	-
VILA VELHA	HOSPITAL SÃO LUIZ	-	-	PS/INT	-	-	-
VILA VELHA	HOSPITAL EVANGÉLICO	PS/CON	-	-	-	-	PS/INT/CON
VILA VELHA	VITÓRIA APART HOSPITAL - UNIDADE VILA VELHA	PS	PS/INT	PS/INT	-	-	PS/INT
VITÓRIA	ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ES	PS	-	PS/INT	-	-	PS/INT
VITÓRIA	HOSPITAL MATA DA PRAIA (HOSPITAL DOS OLHOS)	-	-	-	-	-	INT
VITÓRIA	HOSPITAL MERIDIONAL VITORIA	-	-	-	-	-	INT
VITÓRIA	HOSPITAL SANTA RITA	-	-	-	-	-	-
VITÓRIA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITORIA	PS	-	PS/INT	-	-	PS/INT
VITÓRIA	HOSPITAL SANTA PAULA	PS	-	PS/INT	-	-	PS/INT

CON = CONSULTA / INT = INTERNAÇÃO / PS = PRONTO SOCORRO

FALE COM A UP!
(27) 3441-4999
@uphealthadm
www.uphealth.adm.br

up health
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Especialista em você.