

Benevix
Sua administradora de benefícios.

São Bernardo samp

INFORME DE PRODUTOS
LINHA SAMP
COLETIVO EMPRESARIAL – COMBO ODONTO PLENO

Versão: 17/06/2026

Benevix
Sua administradora de benefícios.

São Bernardo samp

LINHA SAMP EMPRESARIAL

. Caeb
. Femicro-ES

. QUEM PODE ADERIR – LINHA SAMP EMPRESARIAL

CAEB **Caixa de Assistência dos Funcionários e Empresas do Comércio de Bens e Serviços do Brasil.**	Funcionários e sócios de empresas no ramo de comércio e serviços.	SÓCIOS: Cópia do contrato social onde comprova o quadro societário e Cartão de CNPJ FUNCIONÁRIOS: Contracheque, GFIP ou ficha FGTS Obs. A ficha associativa já está configurada no sistema de venda online. Taxa associativa R$ 12,00 (mensais)
FEMICRO-ES **Federação das Associações de Microempresas e Empresas de Pequeno Porte do Estado. do Espírito Santo**	Funcionários e sócios de empresas no ramo de comércio e serviços.	SÓCIOS: Cópia do contrato social onde comprova o quadro societário e Cartão de CNPJ. FUNCIONÁRIOS: Contracheque, GFIP ou ficha FGTS. Obs: A ficha associativa já está configurada no sistema de vendas online.

. TABELA DE PREÇO – LINHA SAMP EMPRESARIAL

	COMBO PROMOCIONAL IDEAL ES COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Especial (Enfermaria) Registro ANS: 484.956/20-6	COMBO PROMOCIONAL IDEAL ES COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Executivo (Apartamento) Registro ANS: 484.955/20-8
00 a 43 anos	R$ 249,07	R$ 322,32
44 a 58 anos	R$ 594,40	R$ 773,15
59 anos ou mais	R$ 1.436,98	R$ 1.873,13

Data base de reajuste: Maio/2027

* A tabela de preços contempla o valor do beneficio odontológico, cujo valor mensal está discriminado na proposta de adesão do plano odontológico, disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: SAMP ODONTO PLENO CE (Registro ANS: 497.651/23-7) - R$ 9,26. Cobertura de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS.

	COMBO PROMOCIONAL ESSENCIAL SUL COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Especial (Enfermaria) Registro ANS: 483.131/19-4	COMBO PROMOCIONAL ESSENCIAL SUL COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Executivo (Apartamento) Registro ANS: 483.130/19-6
00 a 43 anos	R$ 246,64	R$ 316,54
44 a 58 anos	R$ 576,16	R$ 746,73
59 anos ou mais	R$ 1.380,17	R$ 1.796,35

Data base de reajuste: Maio/2027

* A tabela de preços contempla o valor do beneficio odontológico, cujo valor mensal está discriminado na proposta de adesão do plano odontológico, disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: SAMP ODONTO PLENO CE (Registro ANS: 497.651/23-7) - R$17,81. Cobertura de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS.

. TABELA DE PREÇO – LINHA SAMP EMPRESARIAL

COMBO PROMOCIONAL IDEAL COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Especial (Enfermaria) Registro ANS: 483.135/19-7	COMBO PROMOCIONAL IDEAL COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Executivo (Apartamento) Registro ANS: 483.134/19-9
00 a 43 anos **R$ 243,08**	**R$ 314,50**
44 a 58 anos **R$ 579,77**	**R$ 754,07**
59 anos ou mais **R$ 1.401,27**	**R$ 1.826,56**

Data base de reajuste: Maio/2027

* A tabela de preços contempla o valor do beneficio odontológico, cujo valor mensal está discriminado na proposta de adesão do plano odontológico, disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: SAMP ODONTO PLENO CE (Registro ANS: 497.651/23-7) - R$ R$ 9,26. Cobertura de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS.

COMBO PROMOCIONAL VITAL COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Especial (Enfermaria) Registro ANS: 485.448/20-9	COMBO PROMOCIONAL VITAL COM COPART EMPRESARIAL + ODONTO* Coparticipação: Sim Odontológico: Samp Odonto Pleno CE Acomodação: Executivo (Apartamento) Registro ANS: 485.446/20-2
00 a 43 anos **R$ 235,13**	**R$ 301,51**
44 a 58 anos **R$ 548,06**	**R$ 710,04**
59 anos ou mais **R$ 1.311,59**	**R$ 1.706,82**

Data base de reajuste: Maio/2027

* A tabela de preços contempla o valor do beneficio odontológico, cujo valor mensal está discriminado na proposta de adesão do plano odontológico, disponível na contratação dos planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: SAMP ODONTO PLENO CE (Registro ANS: 497.651/23-7) - R$ 17,81. Cobertura de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS.

. PRODUTO / ATENDIMENTO

IDEAL ES
Padrão de Acomodação: Especial (Enfermaria) e Executivo (Apartamento).
Área de Abrangência/Comercialização: Estadual (ES) com Rede centralizada na Grande Vitória.

ESSENCIAL SUL
Padrão de Acomodação: Especial (Enfermaria) e Executivo (Apartamento).
Área de Abrangência/Comercialização: Região Sul do ES (Afonso Cláudio, Alegre, Alfredo Chaves, Apiacá, Atílio Vivacqua, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Iconha, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jerônimo Monteiro, Laranja da Terra, Marataízes, Marechal Floriano, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Santa Maria de Jetibá, São José do Calçado, Vargem Alta, Venda Nova do Imigrante).

IDEAL
Padrão de Acomodação: Especial (Enfermaria) e Executivo (Apartamento).
Área de Abrangência/Comercialização: Rede centralizada na Grande Vitória (Aracruz, Cariacica, Guarapari, Serra, Vila Velha e Vitória).

VITAL
Padrão de Acomodação: Especial (Enfermaria) e Executivo (Apartamento).
Área de Abrangência/Comercialização: Rede centralizada na Grande Vitória (Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória).

Os beneficiários possuem cobertura para urgência e emergência fora do estado, por meio da rede de atendimento Abramge, disponível através do site: atendimentoabramge.com.br.

. CARÊNCIAS DO PLANO ODONTOLÓGICO

PLENO	
Consultas, Urgências e RX Periapical	24 Horas
Exame Diagnóstico (Anatopatológico)	30 Dias
Radiologia Intra Bucal (Inter Proximal)	30 Dias
Dentistica (Restaurações) e Odontopediatria	30 Dias
Cirurgia (Extrações)	60 Dias
Periodontia (Tratamento Gengival)	60 Dias
Endodontia (Tratamento Canal)	90 Dias
Demais Procedimentos	180 Dias

. SISTEMÁTICA DE COPARTICIPAÇÃO

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	LINHA SAMP
1	Consulta Eletiva	Médicas e Não Médicas	R$ 20,00
2	Consulta em Hospital (Pronto Socorro)	P.S.	R$ 25,00
3	Exames/ Procedimentos Simples	Radiologia simples, Análises Clínicas, Ultrassonografias, ECG, MAPA	30% com limitador de R$ 40,00
4	Exames/ Procedimentos Especiais	Exames Genéticos, Medicina Nuclear, Tomografias, Ressonâncias, Endoscopias	30% com limitador de R$ 100,00
5	Terapias (Grupo 1)	Fisioterapias e outras terapias, em pacientes com necessidades de reabilitações especificas: cardíaco, pós AVC, neuropata, amputado	30% com limitador de R$ 50,00
6	Terapias (Grupo 2)	Diálises, Quimioterapias, Radioterapias	Isento
7	Terapias (Grupo 3)	Fisioterapias Gerais e inespecífica como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição, Crioterapias, Hidroterapias e também Métodos Especiais	40% com limitador de R$ 80,00
8	Internações	Gerais	Isento
	TETO MENSAL – EXCETO PARA TERAPIAS NO GRUPO 3		**R$ 250,00**

Os valores/limitadores de coparticipação serão reajustados anualmente, no mesma ocasião da aplicação do reajuste anual. **O limitador do Grupo é por procedimento.**

. MECANISMO DE REGULAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO

Será de responsabilidade do usuário o pagamento da participação em valor monetário sobre os serviços e procedimentos efetivamente utilizados pelo cliente titular e seus dependentes, a seguir discriminados: consultas e procedimentos em consultório, pronto-socorro, pronto-atendimento, cobertura de serviços de apoio a diagnósticos, tratamentos, demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e internação.

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 Operadora **São Bernardo SAMP**.

. TABELA PRC

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS – CONTRATO	PRC 1.0M	PRC 3.0M	PRC 6.0M	PRC 12.0M	PRC 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 1.0M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos empresariais até 29 (vinte e nove) vidas sem histórico de plano de saúde anterior nesta operadora ou em outra, ou com histórico de contratação de plano anterior nesta operadora ou em outra operadora, com permanência inferior a 03 (três) meses.

PRC 3.0 M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos empresariais até 29 (vinte e nove) vidas, com histórico de permanência entre 3 (três) e 6 (seis) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 6.0 M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos empresariais com até 29 (vinte e nove) vidas, com histórico de permanência entre 6 (seis) e 11 (onze) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 12.0 M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos empresariais com até 29 (vinte e nove) vidas, com histórico de permanência entre 12 (doze) e 23 (vinte e três) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.

PRC 12.1 M : A presente regra destina-se a beneficiários exclusivamente oriundos das operadoras Unimed, a serem incluídos em planos coletivos empresariais com até 29 (vinte e nove) vidas, desde que comprovem permanência mínima de 12 (doze) e 23 (vinte e três) meses em plano de saúde anterior, de qualquer tipo de contratação, observado que este se enquadre necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar, com ou sem Obstetrícia, e que tenha sido rescindido há, no máximo, 60 (sessenta) dias.

PRC 24.0 M: Destinado aos beneficiários, a serem incluídos em planos coletivos empresariais com até 29 (vinte e nove) vidas, com histórico de permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses em plano de saúde de qualquer tipo de contratação, necessariamente na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospital com ou sem Obstetrícia, rescindido a no máximo 60 (sessenta) dias.
A Contratante declara ter sido cientificada de que:

1) Na hipótese de inexistência da cobertura obstétrica no plano anterior, os beneficiários deverão cumprir carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo.

2) Na hipótese de mudança posterior de plano, que configure upgrade, com aumento de rede assistencial e/ou tipo de acomodação para padrão superior, ou aumento da área de abrangência ou de atuação, os beneficiários deverão cumprir as carências previstas em contrato, descontando-se o período de permanência neste que ora é contratado, ficando garantida, no entanto, a utilização de rede assistencial e/ou tipo de acomodação do presente plano, se já cumprida a carência prevista.

3) A redução de carência só ocorrerá se, e somente se, no ato da assinatura da presente proposta for comprovado documentalmente o enquadramento em uma das condições elencadas em um PRC (Programa de Redução de Carência).

4) Caso a comprovação supracitada não ocorra nos moldes citados, haverá a aplicação de carência contratual em sua totalidade.

5) O PRC somente é oferecido a beneficiários provenientes de outra operadora de planos de saúde, devidamente registrada na ANS.

6) O Programa de Redução de Carências (PRC) previsto nesse aditivo somente é válido para procedimentos a serem realizados na Rede de Prestadores vinculada ao plano contratado.

7) O Programa de Redução de Carências (PRC) não será aplicado se o plano anterior não for registrado na ANS, ou adaptado à Lei 9.656/98.

8) Obteve todas as informações descritas, e está de acordo com as carências imputadas no PRC, a partir da vigência desse contrato.

9). Que os instrumentos contratuais relacionados aos produtos poderão ser disponibilizados de forma física ou virtual, podendo, nesse caso serem firmados mediante assinatura eletrônica, a qual dá plena validade, ou física.

ATENÇÃO: As doenças ou lesões preexistentes permanecerão com o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de aplicação da CPT (Cobertura Parcial Temporária) inalterado.

. EMPRESARIAL BENEVIX

Empresa

• Interposta assinada pelo responsável da empresa

• Cartão CNPJ*

• Contrato Social ou Certificado de MEI

• GFIP

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

CAEPF

a) Interposta
b) Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física - CAEPF (até 90 dias)
c) RG e CPF do responsável pelo CAEPF
* Para funcionário (caso houver)
- E-Social

. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ADESÃO - Cópia simples

a) Titular
. RG e CPF
. Comprovante de vinculo com a empresa
. Comprovante de residência atualizado com a data de emissão em até 90 dias da data da contratação do plano de saúde.

b) Cônjuge ou Companheiro (a), sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial
. RG e CPF
. Certidão de casamento ou Declaração de União Estável (reconhecida em cartório) com assinatura do casal (ambos os companheiros)

c) Filho (a) até 58 anos
. CPF
. RG; ou
· Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)

d) Enteado (a) até 58 anos
. CPF
. RG; ou
· Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)

e) O menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado
. CPF
. RG; ou
. Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)
. Documento que comprove que o titular é o responsável

f) Neto (a) até 58 anos
. CPF
. RG; ou
. Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)
. Documento que comprove o vínculo com o titular

g) Sobrinho (a) até 58 anos
. CPF
. RG
. Certidão de Nascimento para menores de 16 anos (quando não possui RG)
. Documento que comprove o vínculo com o titular

h) Pais até 58 anos
. CPF
. RG

. DATAS DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

. Vendas realizadas do dia 01 ao dia 10 - Vigência 20 - Vencimento 20
. Vendas realizadas do dia 11 ao dia 20 - Vigência 01 - Vencimento - 05
. Vendas realizadas do dia 20 ao dia 30/31- Vigência 10 - Vencimento 10

. HOSPITAIS CREDENCIADOS

CIDADE	HOSPITAIS	VITAL	IDEAL	ESSENCIA SUL	IDEAL ES
Afonso Cláudio	Conferência de São Vicente de Paulo			✓	✓
Alegre	Casa de Caridade São Jose			✓	✓
Anchieta	Movimento de Educação Promocional do ES			✓	✓
Aracruz	Hospital Maternidade São Camilo		✓		✓
Boa Esperança	Associação Hospitalar Rural de Boa Esperança				✓
C. de Itapemirim	Hospital Evangélico Cachoeiro de Itapemirim			✓	✓
C. de Itapemirim	Hospital Infantil Francisco de Assis			✓	✓
C. de Itapemirim	Sta Casa de Misericórdia C. de Itapemirim			✓	✓
Cariacica	Hospital São Francisco de Assis		✓		
Cariacica	Hospital Meridional Cariacica				
Colatina	São Bernardo Apart Hospital				✓
Colatina	Casa de Saúde Santa Maria				✓
Colatina	Hospital São José				✓
D. Martins	Fundação Hospitalar de Domingos Martins			✓	✓
Guaçuí	Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí			✓	✓
Guarapari	Hospital São Pedro		✓		✓
Itapemirim	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim			✓	✓
Itarana	Hospital São Braz				✓
João Neiva	Hospital Sagrado Coração de Maria				✓
Linhares	Hospital Rio Doce				✓
Linhares	Linhares Medical Center				✓
Mimoso do Sul	Hospital Apostolo Pedro			✓	✓
Montanha	Hospital Nossa Senhora Aparecida				✓
Muniz Freire	Santa Casa de Misericórdia Jesus Maria José			✓	✓
Nova Venécia	Hospital São Marcos				✓
Pedro Canário	Hospital Menino Jesus				✓
Sta M. de Jetibá	Hospital Evangélico de Santa Maria de Jetibá				✓
Santa Teresa	Hospital Madre Regina Protmann				✓
São Mateus	Hospital E Maternidade São Mateus				✓
Serra	Hospital Meridional Serra				
Serra	Vitória Apart Hospital	✓	✓		✓
V. N. do Imigrante	Hospital Padre Máximo		✓	✓	✓
Vila Velha	Centro Médico Hospitalar de Vila Velha				
Vila Velha	Meridional Praia da Costa				
Vila Velha	Hospital São Luiz				
Vila Velha	Hospital Evangélico		✓		✓
Vila Velha	Hospital Santa Mônica	✓	✓		✓
Vitória	Associação dos Funcionários Públicos do ES		✓		✓
Vitória	Hospital Mata da Praia (Hospital dos Olhos)				✓
Vitória	Hospital Meridional Vitória				✓
Vitória	Hospital Santa Rita				
Vitória	Santa Casa de Misericórdia de Vitória		✓		✓
Vitória	Hospital Santa Paula		✓		✓

Benevix

Sua administradora de benefícios.

(27) 99953.6441
Benê - Atendente Virtual

ANS - N.º 41.771-8 | ANS - N. 34.203-3