



Egrégora
Administradora de Benefícios

BENEFÍCIOS QUE **CUIDAM**.
CONEXÕES QUE **TRANSFORMAM**.

INFORME DE **PLANOS DE SAÚDE**



Meridional
Saúde

PROPOSTA COMERCIAL
Segmento: Empresarial

ENTIDADES:
ACE-BSI, Sindicomerciários
e Sintrafarma



Egrégora

Administradora de Benefícios



BENEFÍCIOS QUE CUIDAM. CONEXÕES QUE TRANSFORMAM.

A Egrégora Administradora de Benefícios chega ao mercado com um propósito claro: transformar o cuidado com a saúde em uma experiência mais humana, próxima e eficaz.

Em parceria com a Operadora Meridional Saúde, oferecemos Planos de Saúde Empresariais pensados para atender às necessidades do mercado com qualidade, economia e suporte completo. São soluções personalizadas que combinam ampla cobertura médica, a melhor rede hospitalar do Estado, além da rede credenciada de excelência e condições diferenciadas para diversos segmentos do ES.

Com a Egrégora, sua empresa tem acesso a um modelo de gestão simplificada, suporte próximo e planos que valorizam o bem-estar dos seus colaboradores, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável, produtivo e seguro.

Conecte sua empresa a um novo jeito de cuidar. Conheça as soluções da Egrégora e descubra como podemos transformar o seu benefício em um verdadeiro diferencial.

ENTIDADES



ACE-BSI

Associação de Empregados, Colaboradores, Aposentados e Pensionistas em Empresas Atuantes nos Setores do Comércio de Bens e Serviços e da Indústria.

QUEM PODE ADERIR?

Funcionários, sócios e dependente legais de empresas atuantes nos Setores do Comércio de Bens e Serviços e da Indústria no Estado do Espírito Santo.

TAXA ASSOCIATIVA: R\$14,00/mês por CNPJ.



SINDICOMERCIÁRIOS

Sindicato dos Empregados no Comércio no Estado do Espírito Santo.

QUEM PODE ADERIR?

Funcionários, sócios e dependentes legais de empresas atuantes nos setores do Comércio no Estado do Espírito Santo.



SINTRAFARMA

Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos e Hospitalares no Estado do Espírito Santo.

QUEM PODE ADERIR?

Funcionários, sócios e dependentes legais de Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos e Hospitalares no Estado do Espírito Santo.

DESCUBRA POR QUE A **EGRÉGORA ADMINISTRADORA**
E O **MERIDIONAL SAÚDE** SÃO A ESCOLHA CERTA PARA
CUIDAR DA SUA EQUIPE.



Especialistas em planos de saúde coletivos, atuamos como facilitadores entre operadoras, empresas e beneficiários, garantindo agilidade, clareza e atendimento humanizado.



Gestão completa de
adesões e movimentações



Comunicação clara e
suporte próximo



Soluções personalizadas
para empresas e entidades



Alinhamento total
com a LGPD

POR QUE ESCOLHER O MERIDIONAL?



7

HOSPITAIS



70.000

M² DE ÁREA
CONSTRUÍDA



+40.000

CIRURGIAS
POR ANO



+2.000

MÉDICOS



+40

SALAS
CIRÚRGICAS



+715

LEITOS, SENDO
211 DE UTI



+483.000

ATENDIMENTOS NO
PRONTO-SOCORRO

EGRÉGORA + MERIDIONAL SAÚDE



HOSPITAIS ACREDITADOS COM CERTIFICAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS:

Garantimos qualidade e segurança
no atendimento em nossas unidades.



LINHAS DE CUIDADOS DEDICADAS:

Programas específicos para
hipertensão, diabetes, saúde
mental, gestantes, entre outros.



CENTRO AMBULATORIAL COMPLETO:

Consultas e exames
disponíveis nos principais
municípios da Grande Vitória



CONCIERGE EXCLUSIVO PARA O PLANO PRIME:

Um atendimento
personalizado para oferecer
ainda mais comodidade.



COM UMA REDE PRÓPRIA DE HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA

o Meridional Saúde garante
atendimento humanizado e eficiente
em todas as etapas do cuidado.



ELEVADOS PADRÕES DE EFICIÊNCIA E SEGURANÇA

em todo o percurso do paciente,
com processos focados na
excelência e na melhoria contínua.



PRONTO-SOCORRO 24H:

Atendimento em diversas
especialidades, incluindo a eleita
melhor maternidade do Espírito
Santo, pelo Marcos Ícones.



SEM COPARTICIPAÇÃO:

Em atendimentos com
médicos de referência,
não há custos adicionais.



PLANO MERIDIONAL AMBULATORIAL

O plano que possui cobertura ambulatorial, tanto na urgência/emergência, quanto de forma eletiva.

Não possui cobertura hospitalar.

TABELA COMPULSÓRIA

AMBULATORIAL SEM COPARTICIPAÇÃO

REG. ANS 500.410/24-1

FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 ANOS	R\$118,86
44 OU MAIS	R\$160,46

TABELA LIVRE ADESÃO

AMBULATORIAL SEM COPARTICIPAÇÃO

REG. ANS 500.410/24-1

FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 ANOS	R\$ 142,64
44 OU MAIS	R\$ 192,55

Data base de reajuste: novembro/2026

HOSPITAIS CREDENCIADOS

HOSPITAL	CIDADE
Hospital São Luiz	Vila Velha
Hospital São Francisco	Cariacica
Meridional Praia da Costa	Vila Velha
Meridional Serra	Serra
Meridional São Mateus	São Mateus

HOSPITAL
MERIDIONAL



Hospital
São Luiz

LABORATÓRIO

AMBULATÓRIO

PLANO MERIDIONAL LIGHT

O plano Light conta com uma rede enxuta de hospitais, presente em Vila Velha, Cariacica, Serra e São Mateus, além uma grande variedade de laboratórios, clínicas e especialistas.

TABELA COMPULSÓRIA

LIGHT ENFERMARIA

REG. ANS 500.409/24-8

TABELA LIVRE ADESÃO

LIGHT ENFERMARIA

REG. ANS 500.409/24-8

FAIXA ETÁRIA	VALOR	FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 anos	R\$ 167,95	0 A 43 anos	R\$ 201,54
44 a 58 anos	R\$ 404,75	44 a 58 anos	R\$ 485,70
59 ou +	R\$ 971,41	59 ou +	R\$ 1.165,69

HOSPITAIS CREDENCIADOS

HOSPITAL	CIDADE
Hospital São Luiz	Vila Velha
Hospital São Francisco	Cariacica
Meridional Praia da Costa	Vila Velha
Meridional Serra	Serra
Meridional São Mateus	São Mateus

Data base de reajuste: novembro/2026

PLANO MERIDIONAL MASTER

Nosso plano Master conta com uma rede intermediária de hospitais, presente em Vila Velha, Cariacica, São Mateus, Vitória e Serra, além uma grande variedade de laboratórios, clínicas e especialistas. Com o plano Master, você se sente seguro e sem surpresas em qualquer lugar da Grande Vitória.

TABELA COMPULSÓRIA

MASTER ENFERMARIA		MASTER APARTAMENTO	
REG. ANS 500.407/24-1		REG. ANS 500.398/24-9	
FAIXA ETÁRIA	VALOR	FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 anos	R\$ 198,04	0 A 43 anos	R\$ 252,97
44 a 58 anos	R\$ 477,29	44 a 58 anos	R\$ 609,65
59 ou +	R\$ 1.145,49	59 ou +	R\$ 1.463,17

TABELA LIVRE ADESÃO

MASTER ENFERMARIA		MASTER APARTAMENTO	
REG. ANS 500.407/24-1		REG. ANS 500.398/24-9	
FAIXA ETÁRIA	VALOR	FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 anos	R\$ 237,65	0 A 43 anos	R\$ 303,56
44 a 58 anos	R\$ 572,74	44 a 58 anos	R\$ 731,58
59 ou +	R\$ 1.374,59	59 ou +	R\$ 1.755,80

HOSPITAIS CREDENCIADOS

HOSPITAL	CIDADE
Hospital São Luiz	Vila Velha
Hospital São Francisco	Cariacica
Meridional Praia da Costa	Vila Velha
Meridional Serra	Serra
Meridional São Mateus	São Mateus
Meridional Vitória	Vitória

Data base de reajuste: novembro/2026

PLANO MERIDIONAL PRIME

Nosso plano mais completo, possuindo a maior rede credenciada, com todos os hospitais da Rede Meridional, uma grande variedade de laboratórios, clínicas e especialistas. Além disso, o Plano Prime conta com um serviço exclusivo de Concierge, facilitando a comunicação e os processos burocráticos entre os serviços administrativos e hospitalares.

TABELA COMPULSÓRIA

PRIME ENFERMARIA		PRIME APARTAMENTO	
REG. ANS 500.406/24-3		REG. ANS 500.405/24-5	
FAIXA ETÁRIA	VALOR	FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 anos	R\$ 249,62	0 A 43 anos	R\$ 327,86
44 a 58 anos	R\$ 601,59	44 a 58 anos	R\$ 790,13
59 ou +	R\$ 1.443,82	59 ou +	R\$ 1.896,32

TABELA LIVRE ADESÃO

PRIME ENFERMARIA		PRIME APARTAMENTO	
REG. ANS 500.406/24-3		REG. ANS 500.405/24-5	
FAIXA ETÁRIA	VALOR	FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 43 anos	R\$ 299,55	0 A 43 anos	R\$ 393,43
44 a 58 anos	R\$ 721,91	44 a 58 anos	R\$ 948,16
59 ou +	R\$ 1.732,59	59 ou +	R\$ 2.275,59

HOSPITAIS CREDENCIADOS

HOSPITAL	CIDADE
Hospital São Luiz	Vila Velha
Hospital São Francisco	Cariacica
Meridional Praia da Costa	Vila Velha
Meridional Serra	Serra
Meridional São Mateus	São Mateus
Meridional Vitória	Vitória
Meridional Cariacica	Cariacica

Data base de reajuste: novembro/2026

COPARTICIPAÇÃO

DESCRIÇÃO	LIGHT	MASTER	PRIME
I. Consulta em Pronto-Socorro (Hospital).	R\$ 50 por evento	R\$ 60 por evento	R\$ 70 por evento
II. Consultas médicas eletivas.	R\$ 35 por evento	R\$ 45 por evento	R\$ 50 por evento
III. Exames simples de radiografias, laboratório simples e eletrocardiograma.	Isento	Isento	Isento
IV. Exames e Procedimentos Complexos I: demais exames de laboratório, radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	30% limitado a R\$ 35 por mês	30% limitado a R\$ 45 por mês	30% limitado a R\$ 50 por mês
V. Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	30% limitado a R\$ 50 por mês	30% limitado a R\$ 60 por mês	30% limitado a R\$ 70 por mês
VI. Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnósticas; ultrassonografia intervencionista; Holter; mapa; ultrassonografia diagnóstica com doppler; ecocardiograma com doppler; cirurgia ambulatorial de porte anestésico zero; exames e testes específicos; eletrofisiológicos funcionais.	30% limitado a R\$ 60 por mês	30% limitado a R\$ 70 por mês	30% limitado a R\$ 90 por mês
VII. Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura, demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial	40% por evento	40% por evento	40% por evento
VIII. Exames e Procedimentos de Alta Complexidade: ressonância magnética nuclear; hemodinâmica; hemoterapia; radioterapia; hemodiálise de curta ou longa duração; quimioterapia; tomografia computadorizada; exames e procedimentos de medicina nuclear e demais exames e procedimentos cobertos por este contrato e não especificados nos grupos anteriores.	40% limitado a R\$ 150 reais por mês	40% limitado a R\$ 170 reais por mês	40% limitado a R\$ 200 reais por mês
IX. Outros procedimentos ambulatoriais	30% limitado a R\$ 70 reais por mês	30% limitado a R\$ 80 reais por mês	30% limitado a R\$ 90 reais por mês
X. Internações: Clínicas, Cirúrgicas e UTI.	Isento	Isento	Isento
XI. Internações Psiquiátricas.*	Isento	Isento	Isento
XII. Partos e Cesáreas	Isento	Isento	Isento

¹Limitador mensal de cobrança de coparticipação (por beneficiário/mês) será de R\$300 (trezentos reais), não cumulativos.

***Internações Psiquiátrica** - Cobertura de 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumuláveis. Quando exceder os 30 (trinta) dias, incidirá cobrança de coparticipação ao beneficiário, no percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor total da internação a partir do 31º dia de internação.



COBERTURA HOSPITALAR

Hospitais	Cidade	Ambulatorial		Light		Master		Prime	
		Pronto-Socorro	Internação	Pronto-Socorro	Internação	Pronto-Socorro	Internação	Pronto-Socorro	Internação
Hospital São Luiz	Vila Velha	●		●	●	●	●	●	●
Hospital São Francisco	Cariacica	●		●	●	●	●	●	●
Hospital Paia da Costa	Vila Velha	●		●	●	●	●	●	●
Meridional São Mateus	São Mateus	●		●	●	●	●	●	●
Meridional Serra	Serra	●		●	●	●	●	●	●
Meridional Vitória	Vitória					●	●	●	●
Meridional Cariacica	Cariacica							●	●

INFORMAÇÕES CONTRATUAIS

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO

EMPRESA

- Cartão CNPJ;
- Contrato social ou CCMEI ativo;
- Documento RG e CPF do Sócio Responsável;
- E-social ou GFIP (documento emitido há no máximo 90 dias).

TITULARES

- RG e CPF;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Comprovante de vínculo;
- Não é obrigatório apresentar comprovante de endereço em nome do titular.*

* Exceção: quando o CNPJ da empresa estiver registrado fora do grupo de municípios de abrangência do produto, será necessário apresentar comprovante atualizado de residência dos funcionários (água, luz, telefone ou contrato de locação), a fim de comprovar que residem na área de atuação do plano.

DEPENDENTES

Cônjuge e companheiro(a):

- RG e CPF;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Certidão de Casamento Civil ou Escritura Pública Declaratória de União Estável.

Filhos, enteados e tutelados, até 29 (vinte e nove) anos (Incompletos) e solteiros:

- Certidão de Nascimento ou RG;
- CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Carteira Nacional de Habilitação.

Menor que por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular:

- Certidão de Nascimento ou RG;
- Decisão judicial que determinou a guarda ou tutela do beneficiário.

VIGÊNCIA E VENCIMENTO

A vigência e o vencimento do contrato será definido conforme tabela abaixo:

PROPOSTAS ASSINADAS ENTRE OS DIAS	VIGÊNCIA	VENCIMENTO
10	01 do mês subsequente	10
20	10 do mês subsequente	10
30/31	20 do mês subsequente	10

REGRAS DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

PROCEDIMENTOS		CARÊNCIA A CUMPRIR				
COLUNAS		A	B	C	D	E
TEMPO DE PERMANÊNCIA DO PLANO ANTERIOR		até 90 dias	de 91 a 180 dias	de 181 dias a 18 meses	acima de 18 meses	acima de 24 meses
I	Urgência e Emergência / Acidentes Pessoais	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
II	Consultas médicas eletivas	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
III	Exames simples de radiografias, laboratório e eletrocardiograma	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
IV	Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório - biologia molecular, imunológico e hormonais radiografias contrastadas; ultrassom simples, mamografia; teste ergométrico	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
V	Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria	120 dias	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato
VI	Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnósticas; ultrassonografia intervencionista; holter; mapa; ultrassonografia diagnóstica com doppler; ecocardiograma com doppler; cirurgia ambulatorial de porte anestésico zero; exames e testes específicos; eletrofisiológicos funcionais.	180 dias	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato
VII	Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura, demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
VIII	Exames e Procedimentos de Alta Complexidade: ressonância magnética nuclear; hemodinâmica; hemoterapia; radioterapia; hemodialise de curta ou longa duração; quimioterapia; tomografia computadorizada; exames e procedimentos de medicina nuclear e demais exames e procedimentos cobertos por este contrato e não especificados nos grupos anteriores.	180 dias	180 dias	90 dias	Imediato	Imediato
IX	Outros procedimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	90 dias	Imediato	Imediato
X	Internações: internações clínicas, cirúrgicas e UTI.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
XI	Internações Psiquiátricas	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
XII	Partos e Cesáreas	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
XIII	Doenças e lesões pré-existentes com opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias

DOCUMENTAÇÃO PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

- Carta tempo de permanência (não assinada);
- Último boleto pago com comprovante de pagamento;
- Carteira de saúde do plano de saúde anterior.



INFORME DE PLANOS DE SAÚDE



Meridional
Saúde



Egrégora

Administradora de Benefícios

www.egregora.adm.br | (27) 3441-4343