

INFORME DE PRODUTOS UNIFICADOS

MERIDIONAL SAÚDE

Empresarial e Coletivo por Adesão

ANS nº 42.164-2

ANS nº 42.352-1

Meridional Saúde

Egrégora Administradora de Benefícios

Benefícios que **cuidam.** Conexões que **transformam.**

Versão de 09/10/2026

POR QUE ESCOLHER O MERIDIONAL?



E MAIS

HOSPITAIS ACREDITADOS COM CERTIFICAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS:

Garantimos qualidade e segurança no atendimento em nossas unidades.

CONCIERGE EXCLUSIVO PARA O PLANO PRIME:

Um atendimento personalizado para oferecer ainda mais comodidade.

PRONTO-SOCORRO 24H:

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

LINHAS DE CUIDADOS DEDICADAS:

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

COM UMA REDE PRÓPRIA DE HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA:

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

SEM COPARTICIPAÇÃO:

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

CENTRO AMBULATORIAL COMPLETO:

Consultas e exames disponíveis nos principais municípios da Grande Vitória

ELEVADOS PADRÕES DE EFICIÊNCIA E SEGURANÇA

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

PLANOS DISPONÍVEIS

MERIDIONAL **AMBULATORIAL**

Plano com cobertura ambulatorial para atendimentos eletivos, consultas, exames e atendimentos de urgência e emergência dentro das condições contratadas.

Não possui cobertura hospitalar para internações. Indicado para empresas e beneficiários que buscam uma opção mais acessível, com foco em consultas, exames e atendimento ambulatorial.

MERIDIONAL **LIGHT**

O Plano Light conta com uma rede mais enxuta de hospitais, presente em municípios estratégicos como Vila Velha, Cariacica, Serra e São Mateus, além de laboratórios, clínicas e especialistas.

É uma opção equilibrada para quem busca cobertura hospitalar com custo mais acessível.

MERIDIONAL **MASTER**

O Plano Essencial é uma opção intermediária, com rede hospitalar ampliada em relação ao Light e cobertura em unidades importantes da Grande Vitória e demais regiões atendidas.

É indicado para empresas que desejam oferecer uma cobertura mais robusta aos seus colaboradores, mantendo boa relação entre custo e benefício.

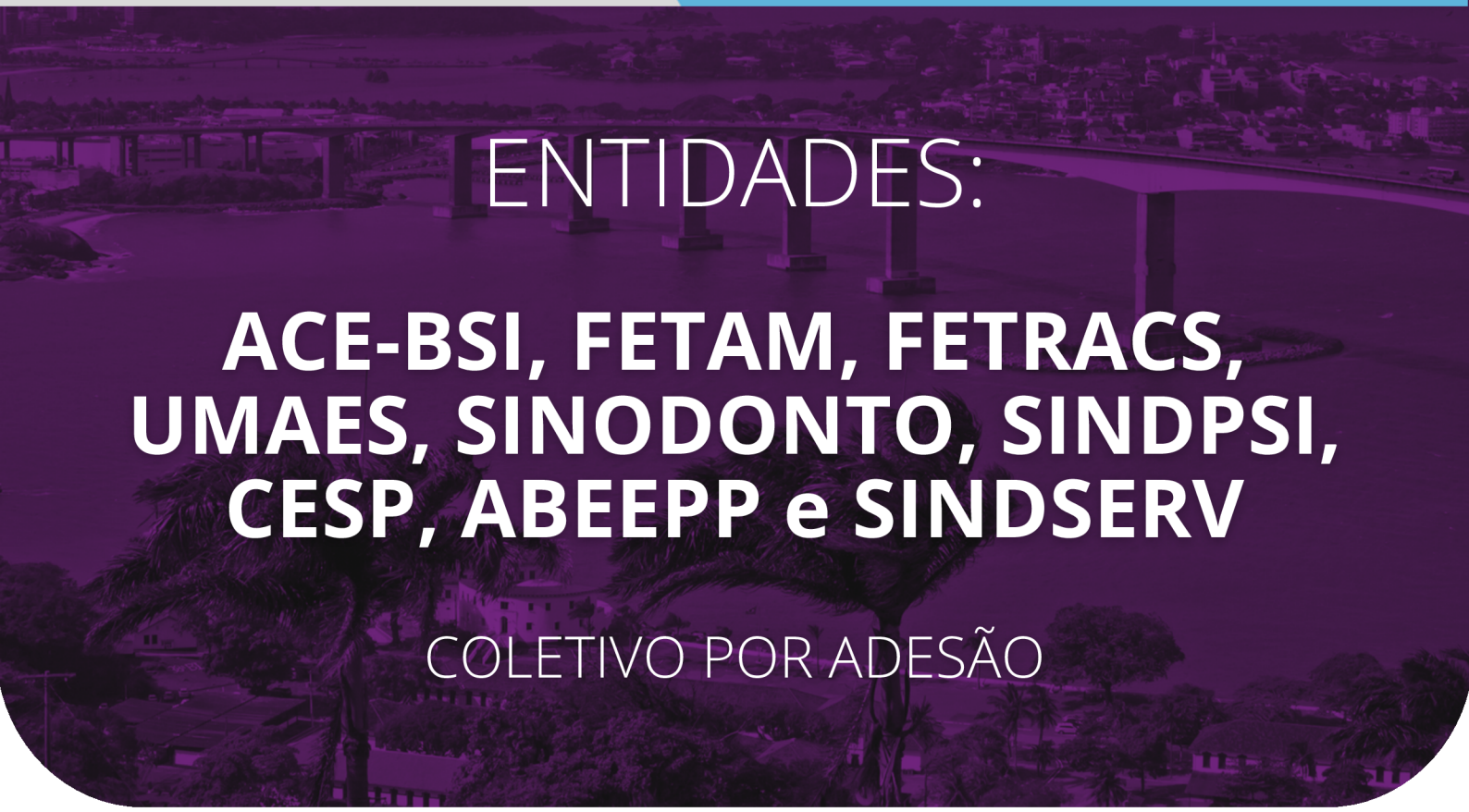
MERIDIONAL **PRIME**

O Plano Prime é o plano mais completo da linha Meridional, com a maior rede credenciada, acesso aos hospitais da Rede Meridional, ampla variedade de laboratórios, clínicas e especialistas.

Conta com serviço exclusivo de Concierge, oferecendo mais comodidade, orientação e suporte nos processos administrativos e hospitalares.

Egrégora
Administradora de Benefícios

Meridional Saúde



ENTIDADES:

ACE-BSI, FETAM, FETRACS, UMAES, SINODONTO, SINDPSI, CESP, ABEEPP e SINDSERV

COLETIVO POR ADESÃO

Quem pode aderir?

ACE-BSI Associação de Empregados, Colaboradores, Aposentados e Pensionistas em Empresas Atuantes nos Setores do Comércio de Bens e Serviços e da Indústria Data base de reajuste: novembro/2027	Servidores Públicos na esfera Municipal, Estadual e Federal	Taxa associativa: R$10,00 mensal.
FETAM Federação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal Data base de reajuste: novembro/2027	Servidores públicos Municipais do Estado do Espírito Santo e seus dependentes legais.	Taxa associativa isenta
FETRACS Federação dos Trabalhadores No Comercio de Bens e Serviços No Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: novembro/2027	Colaboradores e dependentes legais do ramo comércio e serviço.	Taxa associativa: R$10,00 mensal
UMAES União dos Municípios em Apoio ao Estudante do Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: novembro/2027	Estudantes maiores de 18 anos do estado do Espírito Santo, dependentes legais (cônjugue, filho e enteado)	Taxa associativa: R$5,00 mensal.

Quem pode aderir?

SINODONTO Sindicato dos odontologistas do Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: novembro/2027	Profissionais de odontologia com CRO Obrigatório apresentação de documento que comprove inscrição ativa junto ao Conselho Regional de Odontologia (CRO).	Taxa associativa isenta
SINDPSI Sindicato das psicólogas e dos psicólogos do Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: novembro/2027	Profissionais da área de Psicologia com CRP Obrigatório apresentação de documento que comprove inscrição ativa junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP).	Taxa associativa isenta
CESP Clube de benefícios dos Associados Funcionários Públicos do Brasil Data base de reajuste: novembro/2027	Servidores Públicos: Federais, Estaduais ou Distritais e Municipais	Taxa associativa: R$10,00 mensal.
ABEEPP Associação Brasileira de Estudantes de Escolas Públicas e Privadas Data base de reajuste: novembro/2027	Estudantes de escolas públicas e privadas a partir de 18 anos	Taxa associativa: R$10,00 mensal.
SINDSERV Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São Mateus Data base de reajuste: novembro/2027	Servidores públicos municipais, incluindo trabalhadores da administração direta, autarquias, fundações e câmaras de vereadores ativos, mediante ficha de filiação a entidade e copia do contracheque do mês anterior da vigência do plano de saúde comprovando seu vínculo de funcionário público estatutário ou Celetista.	Taxa associativa Isenta

PLANO MERIDIONAL LIGHT

ENFERMARIA
REG. ANS 500.404/24-7

Até 18 anos	**R$ 236,46**
De 19 a 23	**R$ 264,83**
De 24 a 28	**R$ 296,61**
De 29 a 33	**R$ 344,07**
De 34 a 38	**R$ 406,00**
De 39 a 43	**R$ 479,08**
De 44 a 48	**R$ 594,06**
De 49 a 53	**R$ 772,28**
De 54 a 58	**R$ 1.019,41**
59 ou mais	**R$ 1.406,78**

PLANO MERIDIONAL MASTER

ENFERMARIA
REG. ANS 500.403/24-9

Até 18 anos	**R$ 259,31**
De 19 a 23	**R$ 290,42**
De 24 a 28	**R$ 325,27**
De 29 a 33	**R$ 377,32**
De 34 a 38	**R$ 445,23**
De 39 a 43	**R$ 525,38**
De 44 a 48	**R$ 651,47**
De 49 a 53	**R$ 846,91**
De 54 a 58	**R$ 1.117,92**
59 ou mais	**R$ 1.542,72**

APARTAMENTO
REG. ANS 500.401/24-2

Até 18 anos	**R$ 331,22**
De 19 a 23	**R$ 370,97**
De 24 a 28	**R$ 415,49**
De 29 a 33	**R$ 481,96**
De 34 a 38	**R$ 568,72**
De 39 a 43	**R$ 671,09**
De 44 a 48	**R$ 832,15**
De 49 a 53	**R$ 1.081,79**
De 54 a 58	**R$ 1.427,96**
59 ou mais	**R$ 1.970,59**

PLANO MERIDIONAL PRIME

ENFERMARIA
REG. ANS 500.400/24-4

Até 18 anos	**R$ 297,13**
De 19 a 23	**R$ 332,78**
De 24 a 28	**R$ 372,72**
De 29 a 33	**R$ 432,35**
De 34 a 38	**R$ 510,17**
De 39 a 43	**R$ 602,00**
De 44 a 48	**R$ 746,49**
De 49 a 53	**R$ 970,43**
De 54 a 58	**R$ 1.280,97**
59 ou mais	**R$ 1.767,74**

APARTAMENTO
REG. ANS 500.399/24-7

Até 18 anos	**R$ 390,25**
De 19 a 23	**R$ 437,08**
De 24 a 28	**R$ 489,53**
De 29 a 33	**R$ 567,85**
De 34 a 38	**R$ 670,06**
De 39 a 43	**R$ 790,67**
De 44 a 48	**R$ 980,44**
De 49 a 53	**R$ 1.274,57**
De 54 a 58	**R$ 1.682,43**
59 ou mais	**R$ 2.321,75**

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

[1]Limitador 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 31° dia de internação.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Documento RG e CPF
- Documento de vínculo com a entidade (contracheque, declaração escolar nível superior, cartão do conselho ou anuidade do conselho, CTPS e Previdência Social).

DEPENDENTES

- Cônjuge e companheiro (a);
- Filhos, enteados e tutelados, até 29 (vinte e nove) anos (Incompletos) e solteiros;
- Vínculo com titular (documento de identidade, Certidão de casamento e/ou nascimento, declaração de união estável).



ENTIDADES:

ACE-BSI, SINDICOMERCIÁRIOS, SINTRAFARMA, SINTRACODIVES, SINTRACARNES e SINOREG

EMPRESARIAL

Quem pode aderir?

ACE-BSI Associação de Empregados, Colaboradores, Aposentados e Pensionistas em Empresas Atuantes nos Setores do Comércio de Bens e Serviços e da Indústria Data base de reajuste: novembro/2027	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$10,00 mensal por CNPJ
SINDICOMERCIÁRIOS Sindicato dos Empregados no Comércio no Estado do Espírito Santo. Data base de reajuste: novembro/2027	Funcionários, sócios e dependentes legais de empresas atuantes nos setores do Comércio no Estado do Espírito Santo.	Taxa associativa isenta
SINTRAFARMA Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos e Hospitalares no Estado do Espírito Santo. Data base de reajuste: novembro/2027	Funcionários, sócios e dependentes legais de Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos e Hospitalares no Estado do Espírito Santo.	Taxa associativa isenta
SINTRACODIVES Sindicato dos Trabalhadores em Concessionárias, Distribuidoras e Revendas de Veículos Novos e Usados no Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: abril/2027	Funcionários, sócios e dependentes legais de concessionárias e distribuidoras de Veículos no Estado do Espírito Santo.	Taxa associativa isenta
SINTRACARNES Sindicato dos Trabalhadores no comercio varejista de carnes frescas e derivados, açougueiro, peixeiro, salsicheiro e aviário do Espirito Santo. Data base de reajuste: novembro/2027	Trabalhadores Do comercio varejista de carnes frescas e derivados, açougueiros, peixeiros, salsicheiros e aviários do Espirito Santo.	Taxa associativa isenta

Quem pode aderir?

SINOREG-ES Sindicato dos Notários e Registradores do Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: novembro/2026	Funcionários formalizados através do CAEPF (Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física) do Tabelião e seus dependentes legais.	Taxa associativa isenta

Planos

PLANO AMBULATORIAL

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$118,86**
44 ou mais	**R$160,46**

LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$ 142,64**
44 ou mais	**R$ 192,55**

PLANO LIGHT ENFERMARIA

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 183,09**
44 a 58 anos	**R$ 441,25**
59 ou mais	**R$ 1.059,00**

LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 219,71**
44 a 58 anos	**R$ 529,50**
59 ou mais	**R$ 1.270,80**

PLANO MASTER

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 215,90**
44 a 58 anos	**R$ 520,32**
59 ou mais	**R$ 1.248,78**

ENFERMARIA LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 259,08**
44 a 58 anos	**R$ 624,39**
59 ou mais	**R$ 1.498,53**

PLANO MASTER

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 275,78**
44 a 58 anos	**R$ 664,63**
59 ou mais	**R$ 1.595,10**

APARTAMENTO LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 330,93**
44 a 58 anos	**R$ 797,55**
59 ou mais	**R$ 1.914,12**

PLANO PRIME

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 269,77**
44 a 58 anos	**R$ 650,15**
59 ou mais	**R$ 1.560,36**

ENFERMARIA LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 323,73**
44 a 58 anos	**R$ 780,18**
59 ou mais	**R$ 1.872,43**

PLANO PRIME

APARTAMENTO COMPULSÓRIA REG. ANS 500.405/24-5	
0 a 43 anos	**R$ 354,32**
44 a 58 anos	**R$ 853,91**
59 ou mais	**R$ 2.049,38**

APARTAMENTO LIVRE ADESÃO REG. ANS 500.405/24-5	
0 a 43 anos	**R$ 425,18**
44 a 58 anos	**R$ 1.024,69**
59 ou mais	**R$ 2.459,26**

Egrégora
Administradora de Benefícios

Meridional
Saúde



TABELA DE COMERCIALIZAÇÃO

REGIÃO NORTE

PLANO AMBULATORIAL

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$120,00**
44 ou mais	**R$120,00**

LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$ 142,64**
44 ou mais	**R$ 192,55**

PLANO LIGHT ENFERMARIA

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 201,40**
44 a 58 anos	**R$ 485,37**
59 ou mais	**R$ 1.164,90**

LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 241,68**
44 a 58 anos	**R$ 582,45**
59 ou mais	**R$ 1.397,88**

PLANO MASTER

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 237,49**
44 a 58 anos	**R$ 572,36**
59 ou mais	**R$ 1.373,66**

ENFERMARIA LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 284,99**
44 a 58 anos	**R$ 686,83**
59 ou mais	**R$ 1.648,39**

PLANO MASTER

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 303,36**
44 a 58 anos	**R$ 731,09**
59 ou mais	**R$ 1.754,61**

APARTAMENTO LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 364,03**
44 a 58 anos	**R$ 877,31**
59 ou mais	**R$2.105,33**

PLANO PRIME

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 296,75**
44 a 58 anos	**R$ 715,16**
59 ou mais	**R$ 1.716,39**

ENFERMARIA LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 356,10**
44 a 58 anos	**R$ 858,20**
59 ou mais	**R$ 2.059,67**

PLANO PRIME

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.405/24-5

0 a 43 anos	**R$ 389,75**
44 a 58 anos	**R$ 939,30**
59 ou mais	**R$ 2.254,32**

APARTAMENTO LIVRE ADESÃO
REG. ANS 500.405/24-5

0 a 43 anos	**R$ 467,70**
44 a 58 anos	**R$ 1.127,16**
59 ou mais	**R$ 2.705,18**

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

[1]Limitador 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 31° dia de internação.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Empresa

- Cartão CNPJ;
- Contrato social ou CCMEI ativo; (6 meses)
- Documento RG e CPF do Sócio Responsável;
- E-social ou GFIP (documento emitido há no máximo 90 dias).
- E-mail e telefone

Titulares

- RG e CPF;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Comprovante de vínculo;
- Comprovante de endereço.

* 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.



ENTIDADE:
SINTRACLINICAS-ES

EMPRESARIAL

Quem pode aderir?

SINTRACLINICAS-ES
Sindicato das Clínicas Médicas, Psiquiátricas, Laboratórios de Análises Clínicas, Bancos de Sangue e Planos de Saúde do Espírito Santo.

Data base de reajuste: julho/2027

Trabalhadores das clínicas médicas, psiquiátricas, laboratórios de análises, bancos de sangue e planos de saúde do Espírito Santo.

Taxa associativa isenta

Planos

PLANO AMBULATORIAL PARTICIPATIVO

COMPULSÓRIA
REG. ANS 504.334/25-4

0 a 43 anos	**R$ 130,00**
44 a 58 anos	**R$ 130,00**
59 ou mais	**R$ 130,00**

PLANO LIGHT

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 183,09**
44 a 58 anos	**R$ 441,25**
59 ou mais	**R$ 1.059,00**

PLANO MASTER

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 215,90**
44 a 58 anos	**R$ 520,32**
59 ou mais	**R$ 1.248,78**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 275,78**
44 a 58 anos	**R$ 664,63**
59 ou mais	**R$ 1.595,10**

PLANO PRIME

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 269,77**
44 a 58 anos	**R$ 650,15**
59 ou mais	**R$ 1.560,36**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.405/24-5

0 a 43 anos	**R$ 354,32**
44 a 58 anos	**R$ 853,91**
59 ou mais	**R$ 2.049,38**

Egrégora
Administradora de Benefícios

Meridional Saúde

TABELA DE COMERCIALIZAÇÃO

REGIÃO NORTE

PLANO AMBULATORIAL

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$120,00**
44 ou mais	**R$120,00**

PLANO LIGHT ENFERMARIA

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 201,40**
44 a 58 anos	**R$ 485,37**
59 ou mais	**R$ 1.164,90**

PLANO MASTER

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 237,49**
44 a 58 anos	**R$ 572,36**
59 ou mais	**R$ 1.373,66**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 303,36**
44 a 58 anos	**R$ 731,09**
59 ou mais	**R$ 1.754,61**

PLANO PRIME

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 296,75**
44 a 58 anos	**R$ 715,16**
59 ou mais	**R$ 1.716,39**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.405/24-5

0 a 43 anos	**R$ 389,75**
44 a 58 anos	**R$ 939,30**
59 ou mais	**R$ 2.254,32**

COPARTICIPAÇÃO

DESCRIÇÃO	AMBULATORIAL	LIGHT	MASTER	PRIME
I. Consulta em Pronto-Socorro (Hospital).	R$ 50 por evento	R$ 50 por evento	R$ 60 por evento	R$ 70 por evento
II. Consultas médicas eletivas.	Isento	R$ 35 por evento	R$ 45 por evento	R$ 50 por evento
III. Exames simples de radiografias, laboratório simples e eletrocardiograma.	Isento	Isento	Isento	Isento
IV. Exames e Procedimentos Complexos I: demais exames de laboratório, radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	Isento	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.	Isento	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.	Isento	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	Isento	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.	Isento	40% limitado a R$ 150 por mês	40% limitado a R$ 170 reais por mês	40% limitado a R$ 200 por mês
IX. Outros procedimentos ambulatoriais	Isento	30% limitado a R$ 70 por mês	30% limitado a R$ 80 por mês	30% limitado a R$90 por mês
X. Internações: Clínicas, Cirúrgicas e UTI.	Isento	Isento	Isento	Isento
XI. Internações Psiquiátricas.*	Isento	Isento	Isento	Isento
XII. Partos e Cesáreas	Isento	Isento	Isento	Isento

[1]Limitador 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 31° dia de internação.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Empresa

- Cartão CNPJ;
- Contrato social ou CCMEI ativo; (6 meses)
- Documento RG e CPF do Sócio Responsável;
- E-social ou GFIP (documento emitido há no máximo 90 dias).
- E-mail e telefone

Titulares

- RG e CPF;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Comprovante de vínculo;
- Comprovante de endereço.

* 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.



ENTIDADE:
SEPROVES
EMPRESARIAL

Quem pode aderir?

SEPROVES Sindicato dos Empregados Vendedores e Viajantes do Comércio no Estado do Espírito Santo Data base de reajuste: dezembro/2027	Empregados Vendedores e Viajantes do Comércio, além de Propagandistas, Propagandistas-Vendedores e Vendedores de Produtos Farmacêuticos	Taxa associativa Isenta

Planos

PLANO AMBULATORIAL

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$ 112,07**
44 a 58 anos	**R$ 152,17**
59 ou mais	**R$ 152,17**

PLANO LIGHT

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 183,09**
44 a 58 anos	**R$ 441,25**
59 ou mais	**R$ 971,41**

PLANO MASTER

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 215,90**
44 a 58 anos	**R$ 520,32**
59 ou mais	**R$ 1.248,78**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 275,78**
44 a 58 anos	**R$ 664,63**
59 ou mais	**R$ 1.595,10**

PLANO PRIME

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 269,77**
44 a 58 anos	**R$ 650,15**
59 ou mais	**R$ 1.560,36**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.405/24-5

0 a 43 anos	**R$ 354,32**
44 a 58 anos	**R$ 853,91**
59 ou mais	**R$ 2.049,38**

Egrégora
Administradora de Benefícios

Meridional Saúde

TABELA DE COMERCIALIZAÇÃO

REGIÃO NORTE

PLANO AMBULATORIAL

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.410/24-1

0 a 43 anos	**R$120,00**
44 ou mais	**R$120,00**

PLANO LIGHT ENFERMARIA

COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.409/24-8

0 a 43 anos	**R$ 201,40**
44 a 58 anos	**R$ 485,37**
59 ou mais	**R$ 1.164,90**

PLANO MASTER

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.407/24-1

0 a 43 anos	**R$ 237,49**
44 a 58 anos	**R$ 572,36**
59 ou mais	**R$ 1.373,66**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.398/24-9

0 a 43 anos	**R$ 303,36**
44 a 58 anos	**R$ 731,09**
59 ou mais	**R$ 1.754,61**

PLANO PRIME

ENFERMARIA COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.406/24-3

0 a 43 anos	**R$ 296,75**
44 a 58 anos	**R$ 715,16**
59 ou mais	**R$ 1.716,39**

APARTAMENTO COMPULSÓRIA
REG. ANS 500.405/24-5

0 a 43 anos	**R$ 389,75**
44 a 58 anos	**R$ 939,30**
59 ou mais	**R$ 2.254,32**

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

[1]Limitador 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 31° dia de internação.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Empresa

- Cartão CNPJ;
- Contrato social ou CCMEI ativo; (6 meses)
- Documento RG e CPF do Sócio Responsável;
- E-social ou GFIP (documento emitido há no máximo 90 dias).
- E-mail e telefone

Titulares

- RG e CPF;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Comprovante de vínculo;
- Comprovante de endereço.

* 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.



CRONOGRAMA DE VENDAS

VENDAS	VIGÊNCIA	VENCIMENTO BOLETO
01 a 10	01	10
11 a 20	10	10
21 a 30/31	20	20

Para os vencimentos nos dias 10 e 20, o primeiro boleto terá o vencimento prorrogado em 10 dias. A primeira mensalidade será cobrada no mês de vigência, de forma proporcional (pró-rata).

Vigência **01** - vencimento excepcional fixado no dia **10**

Vigência **10** - primeiro boleto vence dia **20**

Vigência **20** - primeiro boleto vence dia **30**

PREMIAÇÃO

VIGÊNCIA	PAGAMENTO DE PREMIAÇÃO
01	25
10	05
20	15

***Pagamento da premiação condicionado ao pagamento do primeiro boleto no vencimento.**

REGRAS DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

PROCEDIMENTOS		CARÊNCIAS 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 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 intervencionistae diagnósticas; ultrassonografia intervencionista; holter; mapa; ultrassonografia diagnóstica com doppler; ecocardiograma com doppler; cirurgia ambulatorial de porte anestésico zero; examese testes específicos; eletrofisiológicos funcionais.	180 dias	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato
VII	Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
VIII	Demais Terapias: Terapias Especiais	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
IX	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
X	Outros procedimentos ambulatoriais	180 dias	180 dias	90 dias	Imediato	Imediato
XI	Internações: internações clínicas, cirúrgicas e UTI.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
XII	Internações Psiquiátricas	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
XIII	Partos e Cesáreas	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
XIV	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 de permanência assinada. Caso a carta não esteja assinada, será obrigatório o envio do último boleto pago junto ao comprovante de pagamento e foto da carteirinha do plano anterior.



HOSPITAIS CREDENCIADOS
MERIDIONAL

REDE HOSPITALAR

CIDADE	HOSPITAL	AMBULATORIAL	LIGHT	MASTER	PRIME
Vila Velha	São Luíz	✓	✓	✓	✓
Vila Velha	Praia da Costa	✓	✓	✓	✓
Cariacica	Meridional Cariacica	✗	✗	✗	✓
Cariacica	São Francisco	✓	✓	✓	✓
Vitória	Meridional Vitória	✗	✗	✓	✓
Serra	Meridional Serra	✓	✓	✓	✓
São Mateus	Meridional São M.	✓	✓	✓	✓
Vitória	Santa Casa de V.	✓	✓	✓	✓
Domingos M.	Santa Casa de D. M.	✓	✓	✓	✓
Guarapari	São Pedro	✓	✓	✓	✓
Cachoeiro	Santa Casa de C.	✓	✓	✓	✓
Aracruz	São Camilo	✓	✓	✓	✓

COMO CONSULTAR A REDE CREDENCIADA

1. Acesse o link da Rede Credenciada.

2. Selecione o produto desejado:

- Ambulatorial
- Light
- Master
- Prime

3. Escolha o estado.

Basta selecionar apenas o estado, e logo em seguida, clicar em 'Pesquisar' para buscar a rede completa.

* Caso queira localizar um prestador específico, utilize os filtros de:

- Cidade;
- Especialidade;
- Tipo de estabelecimento.

5. Clique em Pesquisar.

A lista de prestadores será exibida de acordo com os filtros selecionados.

6. Baixe o Guia Médico em PDF.

https://facgeomeridionalsaude.facilinformatica.com.br

Meridional Saúde

Egrégora
Administradora de Benefícios

ANS nº 42.164-2

ANS nº 42.352-1

(27) 99787-4223
(27) 99849-2036
comercial@egregora.adm.br