

Recebimento de propostas 20 dias antecedentes a vigência	Vigência Dias 1º, 10 e 20	Vencimento fatura CORPE Dias 1º, 10 e 20	Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente informados.
--	-------------------------------------	--	---

Sem Coparticipação - Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia				
Planos	ESSENCIAL ADESÃO ENFERMARIA	ATIVIA VALE ADESÃO ENFERMARIA	ATIVIA VALE ADESÃO APARTAMENTO	
Registro ANS	473.283/15-9	484.659/19-1	484.660/19-5	
Acomodação	Coletivo	Coletivo	Individual	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Grupo de municípios	
Fator Moderador	Não	Não	Não	
Faixa Etária	00-18	R\$ 208,53	R\$ 220,84	R\$ 409,39
	19-23	R\$ 244,19	R\$ 251,89	R\$ 477,60
	24-28	R\$ 264,99	R\$ 286,45	R\$ 511,70
	29-33	R\$ 278,59	R\$ 304,26	R\$ 545,83
	34-38	R\$ 329,46	R\$ 335,36	R\$ 591,29
	39-43	R\$ 371,20	R\$ 394,09	R\$ 670,88
	44-48	R\$ 488,91	R\$ 512,28	R\$ 807,33
	49-53	R\$ 596,76	R\$ 639,21	R\$ 852,78
	54-58	R\$ 805,81	R\$ 852,45	R\$ 1.091,55
	59/ +	R\$ 1.146,26	R\$ 1.188,23	R\$ 1.535,05

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: dezembro/2023

Com Coparticipação - Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia				Referência	
Planos	ESSENCIAL ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO	ATIVIA VALE ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO	ATIVIA VALE ADESÃO APARTAMENTO COPARTICIPATIVO	ATIVIA REFERÊNCIA ADESÃO	
Registro ANS	473.284/15-7	484.661/19-3	484.657/19-5	494.565/23-4	
Acomodação	Coletivo	Coletivo	Individual	Coletiva	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Municipal	
Fator Moderador	Sim	Sim	Sim	Sim	
Faixa Etária	00-18	R\$ 141,55	R\$ 150,35	R\$ 157,70	R\$ 470,20
	19-23	R\$ 167,01	R\$ 172,53	R\$ 180,96	R\$ 536,31
	24-28	R\$ 181,88	R\$ 197,21	R\$ 206,84	R\$ 609,89
	29-33	R\$ 191,59	R\$ 209,94	R\$ 220,20	R\$ 647,82
	34-38	R\$ 227,91	R\$ 232,15	R\$ 243,50	R\$ 714,04
	39-43	R\$ 257,73	R\$ 274,08	R\$ 287,50	R\$ 839,08
	44-48	R\$ 339,11	R\$ 355,66	R\$ 374,30	R\$ 1.090,71
	49-53	R\$ 419,14	R\$ 449,16	R\$ 471,14	R\$ 1.360,98
	54-58	R\$ 568,56	R\$ 601,48	R\$ 630,90	R\$ 1.814,99
	59/ +	R\$ 811,91	R\$ 841,29	R\$ 882,44	R\$ 2.529,92

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: dezembro/2023

Valores de Coparticipação	
PROCEDIMENTOS	VALORES
Consultas	R\$ 16,00
Pronto-socorro	R\$ 25,00
Exames	R\$ 7,00
Terapias	R\$ 7,00

ESSENCIAL ADESÃO ENFERMARIA | ATIVIA VALE ADESÃO ENFERMARIA | ATIVIA VALE ADESÃO APARTAMENTO: Coparticipação Isenta. Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Titular | Documentos necessários
Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional da Saúde (CNS) + Comprovante de endereço

Responsável Financeiro

Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos: Pai, mãe ou tutor, comprovado documentalmente.
Documentos: Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Dependentes / Quem pode aderir?	Documentos necessários
O cônjuge;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional da Saúde (CNS) + Certidão de Casamento.
O companheiro, havendo união estável;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional da Saúde (CNS) + Documento comprovando vínculo com titular, ex: Certidão de Casamento ou União Estável.
Os filhos e enteados solteiros, ambos com até 38 anos de idade;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional da Saúde (CNS) + Certidão de Nascimento. Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório.
Os tutelados e os menores sob guarda;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial (Documentação provisória deve estar dentro da validade).
O grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade.	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Nascimento/ Casamento (Documento de identificação comprovando filiação com o titular).
1º grau: pai, mãe, filhos; Familiares de 2º grau: avós, irmãos e netos; Familiares de 3º grau: tios, sobrinhos e bisnetos; e Familiares afiliados: padrasto, madrasta, cunhados do titular, genro, noras, sogros, avós, irmãos, filhos, netos do cônjuge.	

Planos	Abrangência de Comercialização
ESSENCIAL ADESÃO ENFERMARIA	Jacareí, São José dos Campos, Caraguatatuba, Lorena, Taubaté, Guaratinguetá, Caçapava, São Sebastião, Ubatuba, Aparecida, Pindamonhangaba, Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté, Tremembé, Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim, Roseira, Paraibuna, Jambuí, Santa Branca, São Francisco Xavier, Guararema, Santa Isabel e Igaratá.
ESSENCIAL ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO	
ATIVIA VALE ADESAO APARTAMENTO	
ATIVIA VALE ADESÃO ENFERMARIA	
ATIVIA VALE ADESAO APARTAMENTO COPARTICIPATIVO	
ATIVIA VALE ADESAO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO	
ATIVIA REFERÊNCIA ADESÃO	Municipal: Jacareí

Documento de elegibilidade para titulares ativos

Entidade	Podem aderir	Taxa associativa	Documentos necessários
	Funcionários Públicos do Estado de São Paulo.	-	Cópia do Holerite Atual ou Nomeação de cargo Ficha Associativa.

Prazos de Carências

GRUPOS	COBERTURAS	PORTABILIDADE	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA PROMOCIONAL	CONGÊNERE
A	Urgência e emergência	Isento	24 horas	24 horas	24 horas
B	Consultas médicas	Isento	10 dias	24 horas	24 horas
C	Exames simples	Isento	30 dias	24 horas	24 horas
D	Exame especiais e terapias	Isento	180 dias	180 dias	24 horas
E	Internações / cirurgias e UTI	Isento	180 dias	180 dias	24 horas
F	Parto a termo	Isento	300 dias	300 dias	300 dias
G	Doenças ou lesões preexistentes	Isento	730 dias	730 dias	730 dias

IMPORTANTE: A venda será administrativa para segurados acima de 65 anos, 11 meses e 29 dias, não gerando remuneração.

CARÊNCIA CONTRATUAL

Válido para clientes com idade até 65 anos, 11 meses e 29 dias.

CARÊNCIA PROMOCIONAL

Válido para todos os planos de saúde ora contratado inicialmente.

CONGÊNERE

Válido para advindos de outras operadoras, clientes até 65 anos, 11 meses e 29 dias que tenha permanecido no mínimo 12 (doze) meses em plano anterior pertencente a uma operadora/seguradora com registro na ANS.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT:

Aquele que admite por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da vigência do benefício, a suspensão da cobertura para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou representante legal.

Documentação obrigatória

1. Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data de vigência.
2. 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último comprovante deve ter data de vencimento inferior a 60 dias.
3. Ou Carta de Permanência da operadora ou administradora de origem, sendo esta original em papel timbrado e assinado, onde deverá constar início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento.
4. Não soma-se períodos de diversas operadoras, sendo válido o período de permanência somente da última operadora.

Rede Hospitalar

A Rede Credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS. Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site www.ativia.com.br

Estado	Cidade	Nome fantasia	IDEAL	ESSENCIAL	ATIVIA VALE
SP	JACARÉI	HOSPITAL ALVORADA	H/PS	H/PS	H/PS
SP	JACARÉI	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	PSI/M	PSI/M	PSI/M
SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL MATERNO ANTONINHO DA ROCHA MARMIO	-	H/PS/M	H/PS/M
SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL PIO XII	-	H/PS	H/PS
SP	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL INFANTIL PRONTIL	-	H/PSI	H/PSI
SP	CARAGUATATUBA	CASA DE SAÚDE STELLA MARIS	-	H/PS/M	H/PS/M
SP	CARAGUATATUBA	HOSPITAL SÃO CAMILO	-	H/PS	H/PS
SP	CRUZEIRO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZEIRO	-	-	H/M/PS/PSI
SP	TAUBATÉ	HOSPITAL SÃO LUCAS	-	-	H/PS
SP	GUARATINGUETÁ	HOSPITAL FREI GALVÃO	-	-	H/M/PS/PSI
SP	ÇAÇAPAVA	FUSAM - FUNDAÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA	-	H/M/PS/PSI	H/M/PS/PSI
SP	SÃO SEBASTIÃO	IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS	-	H/M/PS/PSI	H/M/PS/PSI
SP	UBATUBA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE UBATUBA	-	H/M/PS/PSI	H/M/PS/PSI
SP	APARECIDA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE APARECIDA	-	-	H/PS/PSI
SP	PINDAMONHANGABA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA	-	-	H/M/PS/PSI
SP	SANTA ISABEL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ISABEL	-	-	H/M/PS/PSI
SP	CAMPOS DO JORDÃO	HOSPITAL LEONOR MENDES DE BARROS	-	-	H/PS