

INFORME DE PRODUTOS

TABELA NORTE ESPÍRITO SANTO

COLETIVO EMPRESARIAL
COMPULSÓRIO E LIVRE ADESÃO

Reajuste Novembro/2027



Meridian
Administradora de Benefícios



Meridional
Saúde



POR QUE ESCOLHER A MERIDIONAL SAÚDE?

Cuidar da sua saúde é também ter segurança para contar com uma boa estrutura quando precisar.

Com os planos da Rede Meridional, você tem acesso a maior rede hospitalar privada do Espírito Santo, com hospitais próprios, rede credenciada, diferentes especialidades e atendimento pensado para acompanhar você em diferentes momentos.

Mais do que ter um plano, é poder contar com acesso, estrutura e cuidado perto de você.

 HOSPITAIS PRÓPRIOS Conte com a estrutura dos 7 hospitais próprios da Rede Meridional para cuidar da sua saúde com segurança e qualidade.	 REDE DE ATENDIMENTO Tenha acesso a hospitais, clínicas, centros médicos e serviços de saúde de acordo com o plano contratado.	 CUIDADO MAIS PRÓXIMO Uma estrutura preparada para tornar sua jornada de cuidado mais simples, próxima e integrada.	 CONFIANÇA PARA SE CUIDAR Do atendimento de rotina aos momentos em que você mais precisa, tenha uma rede preparada para cuidar de você.		
O PLANO DO ESPÍRITO SANTO	 + de 300 mil vidas cuidadas	 7 hospitais próprios	 + de 40 especialidades médicas	 Rede credenciada aberta em todos os produtos	

QUEM PODE ADERIR

Conheça as entidades da linha empresarial e os documentos necessários para a contratação do plano.



QUEM PODE ADERIR

A-SINDEPRES

Empresas do ramo do comércio, indústria e serviços.

APRAB

Associação de Produtores Rurais e Agrícolas do Brasil.

TAXA ASSOCIATIVA

R\$ 10,00 (mensais).



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 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);
- Ficha de filiação (parametrizada no portal).



TITULAR E DEPENDENTES

TITULAR

- Documento RG e CPF;
- Comprovante de residência: Exigido apenas quando o CNPJ for fora da área de comercialização, ou em contratos coletivo por adesão.

*Contratos empresariais dentro da área de comercialização, não é necessário o envio do comprovante de residência.

DEPENDENTES

- Cônjuge e companheiro(a) com:
- Certidão de casamento;
- União estável simples ou de fé pública;
- Filho(a) em comum com comprovação de vínculo.
- Filhos, enteados e tutelados até 29 anos, mediante comprovação de vínculo, sem necessidade de comprovação de escolaridade.

*Demais regras de dependência mediante avaliação.



CENTRAL
ELEGIBILIDADES

Todas as vendas realizadas pelas entidades **A-SINDEPRES** e **APRAB** computam para as campanhas da Central de Elegibilidades.

DIFERENÇA ENTRE COMPULSÓRIO E LIVRE ADESÃO



COMPULSÓRIO

Inclusão obrigatória de 100% da GFIP, salvo mediante comprovação de vínculo ativo em outra operadora, por meio de extrato da operadora atual.



LIVRE ADESÃO

Contratação facultativa, permitindo a inclusão apenas dos colaboradores que optarem pela adesão ao plano.

****Contratação a partir de 1 vida disponível exclusivamente para planos na modalidade compulsória, contratação na tabela livre adesão a partir de 2 vidas.**

PRODUTO AMBULATORIAL

Plano ambulatorial de rede aberta, com cobertura para consultas eletivas e atendimentos de urgência e emergência. Não contempla internações hospitalares.

FAIXA ETÁRIA AMBULATORIAL	AMBULATORIAL COMPULSÓRIO		AMBULATORIAL LIVRE ADESÃO	
	Coparticipação: Não Registro ANS: 500.410/24-1		Coparticipação: Não Registro ANS: 500.410/24-1	
	R\$	128,36	R\$	154,05
	R\$	173,29	R\$	207,95
0 a 43 anos	R\$	173,29	R\$	207,95
44 a 58 anos				
58 anos ou mais				

Produto ambulatorial ainda sofrerá reajuste da CCT, previsto pra novembro de 2026.

REDE HOSPITALAR

- Meridional Praia da Costa,
- Hospital São Luiz,
- Hospital São Francisco,
- Meridional Serra e
- Meridional São Mateus.

COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL

Sem cobrança de coparticipação.

PRODUTO LIGHT

Plano completo, com cobertura para internações e cirurgias, rede credenciada personalizada e com coparticipação.

FAIXA ETÁRIA ENFERMARIA		LIGHT ENFERMARIA COMPULSÓRIO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.409/24-8	
		R\$	
		R\$	
		R\$	
0 a 43 anos		201,40	
44 a 58 anos		485,37	
59 anos ou mais		1.164,90	

	LIGHT ENFERMARIA LIVRE ADESÃO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.409/24-8	
	R\$	
	R\$	
	R\$	
	241,68	
	582,45	
	1.397,88	

Reajuste Novembro/2027

REDE HOSPITALAR

- Hospital São Luiz
- Hospital São Francisco
- Meridional Praia da Costa
- Meridional Serra
- Meridional São Mateus

COPARTICIPAÇÃO LIGHT

DESCRIÇÃO	LIGHT
 I. Atendimento de urgências/emergências.	R\$ 50,00 por evento
 II. Consultas médicas eletivas.	R\$ 35,00 por evento
 III. Exames simples de radiografias, laboratório simples e eletrocardiograma.	Isento
 IV. Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório (biologia molecular, imunológicos e hormonais); radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	30% limitado a R\$ 35,00 por mês
 V. Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	30% limitado a R\$ 50,00 por mês
 VI. Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnóstica; 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\$ 60,00 por mês
 VII. Terapias: fisioterapias; fonoterapia; psicoterapia; acupuntura e demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial.	40% por evento
 VIII. Exames e Procedimentos de Alta Complexidade: ressonância magnética nuclear; hemodinâmica; hemoterapia; radioterapia; hemodíalise 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\$ 150,00 por mês
 IX. Outros procedimentos ambulatoriais.	30% limitado a R\$ 70,00 por mês
 X. Internações: Clínicas, cirúrgicas e UTL.	Isento
 XI. Internações Psiquiátricas.	Isento
 XII. Partos e Cesáreas.	Isento

Limitador Mensal de cobrança de coparticipação (por beneficiário/mês) será de R\$ 300,00 (trezentos reais), não cumulativos. Internações Psiquiátricas: Cobertura de 30 (trintas) dias de internação, por ano contratual, não cumuláveis. Quando exceder os 30 (trinta) dias previstos, incidirá a cobrança de coparticipação ao beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor total da internação a partir do 31º dia de internação.

PRODUTO MASTER

Plano completo, com cobertura para internações e cirurgias, rede credenciada ampla e com coparticipação.

FAIXA ETÁRIA MASTER ENFERMARIA	MASTER ENFERMARIA COMPULSÓRIO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.407/24-1	MASTER ENFERMARIA LIVRE ADESÃO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.407/24-1	MASTER APARTAMENTO COMPULSÓRIO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.368/24-9	MASTER APARTAMENTO LIVRE ADESÃO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.368/24-9
0 a 43 anos	R\$ 237,49	R\$ 284,99	R\$ 303,36	R\$ 364,03
44 a 58 anos	R\$ 572,36	R\$ 686,83	R\$ 731,09	R\$ 877,31
59 anos ou mais	R\$ 1.373,66	R\$ 1.648,39	R\$ 1.754,61	R\$ 2.105,53

Reajuste Novembro/2027

REDE HOSPITALAR

- Hospital São Luiz
- Hospital São Francisco
- Meridional Praia da Costa
- Meridional Serra
- Meridional São Mateus
- Meridional Vitória

COPARTICIPAÇÃO MASTER

DESCRIÇÃO	MASTER
 I. Atendimento de urgências/emergências.	R\$ 60,00 por evento
 I. Consultas médicas eletivas.	R\$ 45,00 por evento
 III. Exames simples de radiografias, laboratório simples e eletrocardiograma.	Isento
 IV. Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório (biologia molecular, imunológicos e hormonais); radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	30% limitado a R\$ 45,00 por mês
 V. Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	30% limitado a R\$ 60,00 por mês
 VI. Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnóstica; 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\$ 70,00 por mês
 VII. Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura e demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial.	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\$ 170,00 por mês
 IX. Outros procedimentos ambulatoriais.	30% limitado a R\$ 80,00 por mês
 X. Internações: Clínicas, cirúrgicas e UTI.	Isento
 XI. Internações Psiquiátricas.	Isento
 XII. Partos e Cesáreas.	Isento

Limitador Mensal de cobrança de coparticipação (por beneficiário/mês) será de R\$ 300,00 (trezentos reais), não cumulativos. Internações Psiquiátricas: Cobertura de 30 (trintas) dias de internação, por ano contratual, não cumuláveis. Quando exceder os 30 (trinta) dias previstos, incidirá a cobrança de coparticipação ao beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor total da internação a partir do 31º dia de internação.

PRODUTO PRIME

Plano completo, com cobertura para internações e cirurgias, rede credenciada completa, com atendimento em todos os hospitais da Rede Meridional e com coparticipação.

FAIXA ETÁRIA PRIME ENFERMARIA	PRIME ENFERMARIA COMPULSÓRIO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.406/24-3	PRIME ENFERMARIA LIVRE ADESÃO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.406/24-3	PRIME APARTAMENTO COMPULSÓRIO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.405/24-5	PRIME APARTAMENTO LIVRE ADESÃO Coparticipação: Sim Registro ANS: 500.405/24-5
0 a 43 anos	R\$ 296,75	R\$ 356,10	R\$ 389,75	R\$ 467,70
44 a 58 anos	R\$ 715,16	R\$ 858,20	R\$ 939,30	R\$ 1.127,16
59 anos ou mais	R\$ 1.716,39	R\$ 2.059,67	R\$ 2.254,32	R\$ 2.705,18

Reajuste Novembro/2027

REDE HOSPITALAR

- Hospital São Luiz
- Hospital São Francisco
- Meridional Praia da Costa
- Meridional Cariacica
- Meridional Vitória
- Meridional Serra
- Meridional São Mateus

COPARTICIPAÇÃO PRIME

DESCRIÇÃO	PRIME
I. Atendimento de urgências/emergências.	R\$ 70,00 por evento
II. Consultas médicas eletivas.	R\$ 50,00 por evento
III. Exames simples de radiografias, laboratório simples e eletrocardiograma.	Isento
IV. Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório (biologia molecular; imunológicos e hormonais); radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	30% limitado a R\$ 50,00 por mês
V. Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	30% limitado a R\$ 70,00 por mês
VI. Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnóstica; 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\$ 90,00 por mês
VII. Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura e demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial.	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\$ 200,00 por mês
IX. Outros procedimentos ambulatoriais.	30% limitado a R\$ 90,00 por mês
X. Internações: Clínicas, cirúrgicas e UTI.	Isento
XI. Internações Psiquiátricas.	Isento
XII. Partos e Cesáreas.	Isento

Limitador Mensal de cobrança de coparticipação (por beneficiário/mês) será de R\$ 300,00 (trezentos reais), não cumulativos. Internações Psiquiátricas: Cobertura de 30 (trintas) dias de internação, por ano contratual, não cumuláveis. Quando exceder os 30 (trinta) dias previstos, incidirá a cobrança de coparticipação ao beneficiário no percentual de 50% (cinquenta por cento) do valor total da internação a partir do 31º dia de internação.

Tabela contratual para beneficiários que não possuem plano anterior. **Carência ZERO para consultas e exames simples.**

PROCEDIMENTO	CARÊNCIA A CUMPRIR	
	CONTRATUAL	PROMOCIONAL
 Urgência e Emergência / Acidentes Pessoais.	24 horas	24 horas
 Consultas médicas eletivas.	30 dias	Isento
 Exames simples de radiografias, laboratório e eletrocardiograma.	30 dias	Isento
 Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório (biologia molecular, imunológicos e hormonais); radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	90 dias	60 dias
 Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	180 dias	90 dias
 Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnóstica; 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
 Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura e demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial.	180 dias	90 dias
 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.	180 dias	90 dias
 Outros Procedimentos Ambulatoriais.	180 dias	90 dias
 Internações: Clínicas, cirúrgicas e UTI.	180 dias	90 dias
 Internações Psiquiátricas.	180 dias	90 dias
 Partos e Cesáreas.	270 dias	180 dias

TABELA DE APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

Para beneficiários com plano, as carências serão aproveitadas de acordo com o tempo de plano anterior.

PROCEDIMENTO	CARÊNCIA A CUMPRIR				
	A Até 00 dias	B De 01 a 180 dias	C De 181 dias até 11 meses	D Acima de 12 meses	E Acima de 24 meses
 Urgência e Emergência / Acidentes Pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
 Consultas médicas eletivas.	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
 Exames simples de radiografias, laboratório e eletrocardiograma.	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
 Exames e Procedimentos Complexos I: exames de laboratório (biologia molecular, imunológicos e hormonais; radiografias contrastadas; ultrassom simples; mamografia; teste ergométrico.	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
 Exames e Procedimentos Complexos II: teste alérgico; densitometria.	120 dias	90 dias	Imediato	Imediato	Imediato
 Exames e Procedimentos Especiais: endoscopia intervencionista e diagnóstica; 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
 Terapias: fisioterapias, fonoterapia, psicoterapia, acupuntura e demais terapias e atendimento à saúde mental ambulatorial.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
 Exames e Procedimentos de alta complexidade: ressonância magnética nuclear; hemodinâmica; hemoterapia radioterapia; hemodálise 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
 Outros Procedimentos Ambulatoriais.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
 Internações: Clínicas, cirúrgicas e UTI.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
 Internações Psiquiátricas.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	Imediato
 Partos e Cesáreas.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
 Doenças e lesões preexistentes com opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT.	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias	730 dias

Para aproveitamento de carências é necessário o envio de:

- Carta de permanência da operadora anterior devidamente assinada (não é aceito carta de permanência de administradora).
- Em casos de carta sem assinatura, é necessário enviar também, o último boleto da operadora anterior, último comprovante de pagamento, e carteirinha.
- Plano ambulatorial aproveita somente até a coluna B.



DATAS DE IMPLANTAÇÃO CADASTRAL

 PROPOSTA ASSINADA	 VIGÊNCIA	 VENCIMENTO	 BOLETO
10 do mês anterior	01	10	Integral
20 do mês anterior	10	20	Pro-rata (do dia da vigência até o final do mês)
01 do mês vigente	20	05	Integral + Pro rata (do dia da vigência até o final do próximo mês)

** O vencimento da primeira mensalidade não pode ser alterado. Para os demais, a alteração é permitida desde que solicitada antes da geração do faturamento.



HOSPITAIS PRÓPRIOS

HOSPITAL	 AMBULATORIAL	 LIGHT	 MASTER	 PRIME
HOSPITAL SÃO LUIZ	✓	✓	✓	✓
HOSPITAL SÃO FRANCISCO	✓	✓	✓	✓
MERIDIONAL PRAIA DA COSTA	✓	✓	✓	✓
MERIDIONAL SERRA	✓	✓	✓	✓
MERIDIONAL SÃO MATEUS	✓	✓	✓	✓
MERIDIONAL VITÓRIA	✗	✗	✓	✓
MERIDIONAL CARIACICA	✗	✗	✗	✓



HOSPITAIS CREDENCIADOS

HOSPITAL	 AMBULATORIAL	 LIGHT	 MASTER	 PRIME
HOSPITAL SÃO CAMILO	✓	✓	✓	✓
HOSPITAL SÃO PEDRO	✓	✓	✓	✓
SANTA CASA DE DOMINGOS MARTINS	✓	✓	✓	✓
SANTA CASA DE VITÓRIA	✓	✓	✓	✓
SANTA CASA DE CACHOEIRO	✓	✓	✓	✓



MERIDIONAL CARIACICA

Cirurgia Geral, Clínica Médica,
Neurologia, Ortopedia e Pediatria.



MERIDIONAL VITÓRIA

Ginecologia e Obstetrícia, Clínica
Médica, Ortopedia e Pediatria.



MERIDIONAL SERRA

Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia,
Clínica Médica, Ortopedia e Pediatria.



MERIDIONAL PRAIA DA COSTA

Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica,
Ortopedia e Pediatria.



MERIDIONAL SÃO MATEUS

Cirurgia Geral, Clínica Médica,
Neurologia, Ortopedia e Pediatria.
Cirurgia Geral (07h às 19h)
Ortopedia e Traumatologia (07h às 19h)



HOSPITAL SÃO LUIZ

Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica,
Ortopedia e Pediatria.
Clínica Médica 24h
Ortopedia 08h às 18h
Pediatria 07h às 19h
Psiquiatria 07h às 19h



HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica
Médica, Ortopedia e Pediatria.
Clínica Médica 24h
Ortopedia e Pediatria (07h às 19h)



HOSPITAL SÃO CAMILO – ARACRUZ

R. Manoel Pereira Pinto, 300 – Vila Rica,
Aracruz – ES, 29194-129

*Todos os produtos



HOSPITAL SÃO PEDRO – GUARAPARI

R. Santana do Iapó, 927 – Muquiçaba,
Guarapari – ES, 29215-020

*Somente produtos completos



SANTA CASA DE DOMINGOS MARTINS

Av. Koehler, 230 – Centro, Domingos
Martins – ES, 29260-000

*Todos os produtos



SANTA CASA DE VITÓRIA

R. Dr. João dos Santos Neves, 143 – Vila Rubim,
Vitória – ES, 29025-023

*Todos os produtos



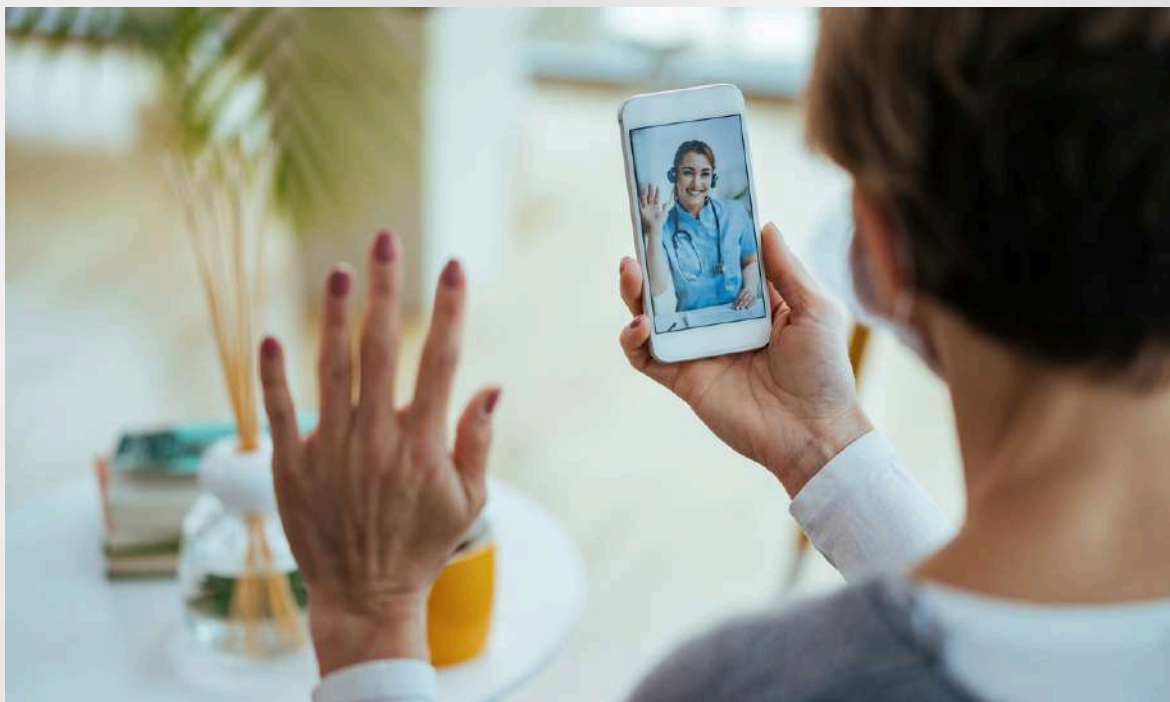
SANTA CASA DE CACHOEIRO

R. Dr. Raulino de Oliveira, 67 – Centro,
Cachoeiro de Itapemirim – ES, 29300-150

TODOS OS NOSSOS PRODUTOS CONTAM COM REDE CREDENCIADA ABERTA!

Mais liberdade para você escolher onde
deseja ser atendido.
Consulte a rede disponível de acordo com
o produto contratado.





TELEMEDICINA SEM COPARTICIPAÇÃO

Todos os produtos Meridional Saúde contam com telemedicina para pronto-atendimento adulto e pediátrico **sem cobrança de coparticipação**, trazendo mais praticidade e facilidade para cuidar da sua saúde onde você estiver.

Por meio do atendimento on-line, você pode conversar com um profissional de saúde utilizando celular, tablet ou computador, sem precisar se deslocar.

 PRATICIDADE NO SEU DIA A DIA Seja atendido de forma rápida e segura, sem deslocamento, no horário que for melhor para você.	 ATENDIMENTO QUALIFICADO Pronto-atendimento adulto e infantil com a credibilidade da Rede Meridional	 SEGURANÇA E CONFIANÇA Plataforma segura, respeitando a privacidade das suas informações e com atendimento humanizado.	 AGILIDADE NO CUIDADO Atendimento rápido para orientações, acompanhamento de tratamentos e resolução de dúvidas.
--	--	---	--

**A vida muda,
nosso cuidado
permanece.**



Meridian
Administradora de Benefícios



Meridional
Saúde