

# Tabela de Vendas



Recife / PE

CORPe Saúde

ANS - nº 418960

SF SAÚDE

ANS - nº 424595

v.abril.2026

| Recebimento de propostas        | Vigência | Vencimento fatura CORPe Saúde |
|---------------------------------|----------|-------------------------------|
| 20 dias antecedentes a vigência | Dia 1º   | Dia 1º                        |
| 20 dias antecedentes a vigência | Dia 10   | Dia 10                        |
| 20 dias antecedentes a vigência | Dia 20   | Dia 20                        |

Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente informados

| Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia |       |                      |                        |
|-------------------------------------------|-------|----------------------|------------------------|
| Coparticipação                            |       | COPARTICIPAÇÃO TOTAL | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL |
| Plano                                     |       | SF Grande Recife     | SF Grande Recife       |
| Registro ANS                              |       | 507.894/26-6         | 507.894/26-6           |
| Acomodação                                |       | Enfermaria           | Enfermaria             |
| Abrangência                               |       | Grupo de Municípios  | Grupo de Municípios    |
| Faixa Etária                              | 00-18 | R\$ 195,74           | R\$ 279,64             |
|                                           | 19-23 | R\$ 214,86           | R\$ 306,94             |
|                                           | 24-28 | R\$ 261,65           | R\$ 373,79             |
|                                           | 29-33 | R\$ 305,22           | R\$ 436,03             |
|                                           | 34-38 | R\$ 339,12           | R\$ 484,46             |
|                                           | 39-43 | R\$ 384,32           | R\$ 549,04             |
|                                           | 44-48 | R\$ 431,14           | R\$ 615,90             |
|                                           | 49-53 | R\$ 487,62           | R\$ 696,60             |
|                                           | 54-58 | R\$ 607,04           | R\$ 867,20             |
|                                           | 59/ + | R\$ 857,20           | R\$ 1224,56            |

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

Reajuste: abril/2027

Titular | Documentos Necessários

Cópias: RG + CPF + Comprovante de Endereço + CNS (Carteira Nacional de Saúde) + Comprovante de elegibilidade (vínculo entidade de classe).

Responsável Financeiro

Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos: Pai, mãe, Avós, Tio primeiro grau de tutor ou guardião, comprovado documentalmente. Documentos: Cópias: RG + CPF

| Dependentes / Quem Pode Aderir?                                                                                             | Documentos Necessários                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cônjuge ou Companheiro(a) até 74 anos, 11 meses e 29 dias;                                                                  | Cópias: do RG e cópia do CPF; Cópia da Certidão de Casamento; Cópia do Cartão Nacional de Saúde ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a); Cópia do Cartão Nacional de Saúde.                                                                                                                                                                     |
| Filho(a) solteiro(a) até 74 anos, 11 meses e 29 dias;                                                                       | Cópias: do RG (se houver); Certidão de Nascimento; CPF; Cartão Nacional de Saúde, Certidão de Nascimento ou cópia do RG.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) até 74 anos, 11 meses e 29 dias, sob tutela ou curatela do beneficiário titular; | Cópias: do CPF; Tutela ou Curatela expedida por Órgão Oficial; Certidão de Invalidez emitida pelo INSS; Cartão Nacional de Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Irmão, Enteado(a), Neto, Sobrinho, Avós, Tio primeiro grau até 74 anos, 11 meses e 29 dias;                                 | <p>– Titular casado<br/>Cópias: da Certidão de Casamento; Certidão de Nascimento do(a) enteado(a) ou cópia do RG do(a) enteado(a); do CPF; Cartão Nacional de Saúde.</p> <p>– Titular com companheiro(a)<br/>Cópias: Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando dependência econômica do(a) enteado(a); Certidão de Nascimento ou cópia do RG do(a) enteado(a); CPF; Cartão Nacional de Saúde.</p> |
| Menor solteiro(a) sob guarda ou tutela do beneficiário titular                                                              | Cópias: da Tutela ou do “Termo de Guarda”; Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a); CPF; Cartão Nacional de Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Planos                                                                               | Área de Atuação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SF Grande Recife - Coparticipação Total<br>SF Grande Recife - Coparticipação Parcial | Abreu e Lima, Agrestina, Altinho, Araçoiaba, Bezerros, Brejo da Madre de Deus, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Frei Miguelinho, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa Grande, Moreno, Olinda, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Recife, Riacho das Almas, Santa Cruz do Capibaribe, São Caitano, São Lourenço da Mata, Tacaimbó, Timbaúba, Toritama, Vitória de Santo Antão |

| Área de Comercialização                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recife, Paulista, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma, Moreno, Olinda e São Lourenço da Mata. |

## Coparticipação Total

| Procedimentos                 | Coparticipação                               |
|-------------------------------|----------------------------------------------|
| Consultas médicas             | 30% do valor do evento limitado a R\$ 22,95  |
| Atendimento em pronto-socorro | 30% do valor do evento limitado a R\$ 44,90  |
| Exames Complementares A       | 40% do valor do evento limitado a R\$ 37,42  |
| Exames Complementares B       | 40% do valor do evento limitado a R\$ 101,56 |
| Procedimentos Ambulatoriais   | 30% do valor do evento limitado a R\$ 27,90  |
| Terapias                      | 30% do valor do evento limitado a R\$ 23,90  |
| Terapias Especiais            | Evento limitado a R\$69,49                   |
| Cirurgia e Internação         | R\$99,98                                     |

## Coparticipação Parcial

| Procedimentos                 | Coparticipação                              |
|-------------------------------|---------------------------------------------|
| Consultas médicas             | -                                           |
| Atendimento em pronto-socorro | -                                           |
| Exames Complementares A       | -                                           |
| Exames Complementares B       | -                                           |
| Procedimentos Ambulatoriais   | -                                           |
| Terapias                      | 30% do valor do evento limitado a R\$ 23,90 |
| Terapias Especiais            | R\$69,49                                    |

## Documento de Elegibilidade para Titulares

| Entidade                                                                            | Podem aderir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Taxa associativa | Documentos necessários                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Profissionais liberais: Advogados, Arquitetos, Urbanistas, Administradores de Empresas, Profissionais com Formação em Marketing, Publicidade e Jornalista, Médicos, Biomédicos, Enfermeiros (técnicos e auxiliares), Dentistas, Veterinários, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Psicoterapeutas, Professores, Pedagogos. Os Profissionais mencionados acima obrigatoriamente com formação em nível superior.<br><br>Serviços domésticos – pessoas físicas devidamente registradas como doméstica, babás, cuidadores de crianças e idosos e caseiros.<br>Corretores de Seguros – Devidamente registrados na SUSEP | R\$ 10,00        | Cópia do diploma ou certificado de conclusão de curso ou Registro no conselho de Classe ou comprovante de contribuição sindical da categoria   Ficha Associativa.                                                                                                                                                                                |
|  | Empregados de empresas do Ramo do Comércio, Serviços ou Sócios. Devidamente associados a entidade do comércio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | R\$ 10,00        | Comerciante: Cópia do Contrato Social ou Última Alteração   Requerimento de Empresário ou MEI (com no mínimo 6 meses de registro e ativo). Comerciante: Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado ou Holerite Atual. Necessário o envio do Cartão do CNPJ   Ficha Associativa. |

| Entidade                                                                          | Podem aderir                          | Taxa associativa | Documentos necessários                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|  | Estudantes a partir de 10 (dez) anos. | R\$ 8,00         | Cópia do Certificado da Escola ou Declaração Escolar  Ficha Associativa. |
|  | Servidores Públicos                   | R\$ 9,00         | Cópia do Holerite Atual ou Nomeação de cargo  Ficha Associativa.         |

## Prazos de Carências

| Cobertura                                                                                                                                | Carência Contratual<br>SF   RC202 | Carência Promocional<br>SF   RC203 | Carência (06 A 12 MESES)<br>SF   RC204 | Carência (12 A 24 MESES)<br>SF   RC205 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Consulta em Pronto Socorro                                                                                                               | 0 dia                             | 0 dia                              | 0 dia                                  | 0 dia                                  |
| Consulta Eletivas em consultórios, clínicas ou centros médicos                                                                           | 30 dias                           | 1 dia                              | 1 dia                                  | 1 dia                                  |
| Exames e procedimentos básicos em regime ambulatorial, exceto em Terapias                                                                | 30 dias                           | 1 dia                              | 1 dia                                  | 1 dia                                  |
| Exames e procedimentos especiais realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo: | 180 dias                          | 90 dias                            | 90 dias                                | 30 dias                                |
| a) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica                                                                              | 180 dias                          | 90 dias                            | 60 dias                                | 30 dias                                |
| b) Exames de Ultra-sonografia                                                                                                            | 180 dias                          | 90 dias                            | 60 dias                                | 30 dias                                |
| c) TC, RNM, neurorradiologia, cardiografia, mielografia, radiologia intervencionista                                                     | 180 dias                          | 180 dias                           | 90 dias                                | 30 dias                                |
| d) Exames de Hemodinâmica, e Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia                                | 180 dias                          | 90 dias                            | 90 dias                                | 30 dias                                |
| e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos                                                        | 180 dias                          | 180 dias                           | 90 dias                                | 30 dias                                |
| f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias (não relacionada a doenças preexistentes)                                                    | 180 dias                          | 180 dias                           | 150 dias                               | 30 dias                                |
| g) Quimioterapia e Radioterapia (não relacionada a doenças preexistentes)                                                                | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 90 dias                                |
| h) Procedimentos para litotripsia                                                                                                        | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 60 dias                                |
| i) Videolaparoscopia e procedimentos vídeo-assistidos com finalidade terapêutico/diagnóstica ambulatorial                                | 180 dias                          | 180 dias                           | 90 dias                                | 60 dias                                |
| j) Procedimentos para artroscopia                                                                                                        | 180 dias                          | 180 dias                           | 90 dias                                | 60 dias                                |
| k) Diálise ou hemodiálise (não relacionada a doenças preexistentes)                                                                      | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 90 dias                                |
| l) Hemoterapia                                                                                                                           | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 90 dias                                |
| Internações em geral (não relacionadas a doenças preexistentes)                                                                          | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 30 dias                                |
| Cirurgias em regime de Day-Hospital (não relacionadas a doenças preexistentes)                                                           | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 90 dias                                |
| Terapias                                                                                                                                 | 180 dias                          | 180 dias                           | 180 dias                               | 180 dias                               |
| Internações para obstetrícia e neonatologia                                                                                              | 300 dias                          | 300 dias                           | 300 dias                               | 300 dias                               |

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 meses.

## Regras para Redução de Carências

**SF | RC202:** Válido para clientes novos que NÃO possuam plano anterior;

**SF | RC203:** Válido para clientes novos: Promoção válida para procedimentos: Consultas médicas e exames laboratórios simples (exceto imunológicos, hormonais e PAC) raio-x simples (radiografia não contrastada) e eletrocardiograma (ECG). Consulte as regras de elegibilidade. Campanha por tempo limitado;

**SF | RC204:** Válido para clientes de qualquer categoria, com comprovação de tempo de permanência de 06 (seis) a 12 (doze) meses em plano anterior de operadora obrigatoriamente congênere\*;

**SF | RC205:** Válido para clientes de qualquer categoria, com comprovação de tempo de permanência de 12 (doze) a 24 (vinte e quatro) meses em plano anterior de operadora obrigatoriamente congênere\*.

### Documentações

A concessão de redução de carências para o titular e seus dependentes estará condicionada à análise da proposta e à comprovação de vínculo com plano de saúde anterior, mediante envio da documentação exigida.

a) Para elegibilidade, deverá ser apresentado documento que comprove a data de adesão ao plano anterior, podendo ser contrato ou cartão de identificação do beneficiário;

b) Adicionalmente, será necessário comprovar a regularidade dos pagamentos, por meio dos dois últimos comprovantes quitados ou, alternativamente, declaração emitida pela operadora de origem, contendo CNPJ, data de início do plano, condições de pagamento e a relação completa dos beneficiários vinculados;

## Relação de Operadoras Congêneres

|                           |                   |                                    |                           |
|---------------------------|-------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Ampla Saúde               | Hapvida           | Select                             | CASSI                     |
| Amil                      | Unimed (todas)    | Fox Saúde                          | Postal Saúde              |
| Bradesco                  | Saúde Aires       | Maximed Saúde                      | GEAP                      |
| SulAmérica                | Onmed             | MedSênior                          | Eletrosatude (Eletrobras) |
| Blue Saúde                | Nova Saúde (CEAM) | Smile Saúde                        | PLANASSISTE               |
| SB Saúde                  | Porto Seguro      | GNDI (Grupo NotreDame Intermédica) | PETROBRÁS                 |
| Seguros Unimed            | Clinipam          | LivSaúde                           | Saúde Caixa               |
| Plano de Saúde Hospitalar | Humana Saúde      | São Camilo                         | BemStar                   |
| Você Total                | Viver Saúde       | Go Care Saúde                      | Samel                     |
| Plamed                    | Best Sênior       | Proasa Saúde                       | Nordeste Saúde            |

A referida relação está sujeita a alterações, independente de prévia comunicação por parte da SF Saúde. Não serão reduzidas as carências para beneficiários oriundos de planos não regulamentados exceto os que estão na lista acima.

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 <https://redesfsaude.com.br/>

Rede Médica e Laboratorial

| Hospitais                | Região |
|--------------------------|--------|
| Hospital Albert Sabin    | Recife |
| Hospital Ilha do Leite   | Recife |
| Hospital Ariano Suassuna | Recife |
| Hospital Oftalmo Center  | Recife |

Clínicas e Consultórios

| Nome do parceiro            | Segmento | Cidade / Região         |
|-----------------------------|----------|-------------------------|
| JOSÉ ROCHA DE SÁ            | CLÍNICA  | Recife                  |
| CEMUPE                      | CLÍNICA  | Recife                  |
| COR                         | CLÍNICA  | Recife                  |
| LUME                        | CLÍNICA  | Recife                  |
| RAFIA CLINICA               | CLÍNICA  | Recife                  |
| CENTRO DA VISÃO             | CLÍNICA  | Recife                  |
| BOA VISTA MEDICAL CENTER    | CLÍNICA  | Recife                  |
| CENTRO MEDICO CALHEIROS     | CLÍNICA  | Recife                  |
| ESPAÇO EQUILÍBRIO           | CLÍNICA  | Recife                  |
| LP SAUDE CLINICA POPULAR    | CLÍNICA  | Cabo de Santo Agostinho |
| PORTALMED                   | CLÍNICA  | Recife                  |
| DOCVIDA                     | CLÍNICA  | Recife                  |
| ENDOIMAGEM                  | CLÍNICA  | Recife                  |
| TRATTE SAUDE                | CLÍNICA  | Jaboatão dos Guararapes |
| REDE MAISMED                | CLÍNICA  | Recife                  |
| CLINICA SIM                 | CLÍNICA  | Recife                  |
| FISIO+SAÚDE                 | CLÍNICA  | Recife                  |
| CLINICA ESPAÇO SAÚDE        | CLÍNICA  | Recife                  |
| CLINICA MEDICA E PEDIATRICA | CLÍNICA  | Recife                  |
| GORE NORTE                  | CLÍNICA  | Recife                  |
| GORE SUL                    | CLÍNICA  | Recife                  |
| HYDROMASTER                 | CLÍNICA  | Recife                  |
| CLINICA MAIS SAÚDE          | CLÍNICA  | Recife                  |
| CLIMPE                      | CLÍNICA  | Olinda                  |

ATENDIMENTO  
**100% Digital**



**APOIO AO  
CORRETOR**

 11 94478 3838

 11 4349 4200 (Opção 5) / 0800 940 0453 (Opção 5)

 [apoioaocorretor@corpesaude.com.br](mailto:apoioaocorretor@corpesaude.com.br)

 [www.corpesaude.com.br](http://www.corpesaude.com.br)

**Baixe o nosso app**



**IOS**



**ANDROID**

**R4** PRÊMIO  
2024



**EMPRESA  
CAMPEÃ**