



Manual de Vendas

Produtos PME BA

Introdução

Este manual de vendas traz para você as principais informações dos produtos PME da **Proasa Saúde**, apoiando nas dúvidas de comercialização.

Condições Gerais, documentação e todas as informações que precisa saber para dominar os produtos e alavancar suas vendas.

Corretor, conte com os canais de atendimento abaixo de acordo com o assunto:

APOIO AO CORRETOR

(Dúvida na Pré-venda)

Telefone: 11 4020-2141
(De segunda a sexta: das 9h às 18h)

WhatsApp: 11 95024-2399
E-mail:
apoioaocorretor@tecgroup.com.br

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CORRETOR

(Pendência na Proposta ou quer saber o andamento da Proposta)

Telefone: 11 4003-2150
(De segunda a sexta: das 9h às 18h)

WhatsApp: (11) 97552-8137

E-mail:
aceutacaotec@tecgroup.com.br

PÓS VENDA APOIO AO CORRETOR

(Seu cliente está implantado e você ainda tem dúvida)

Telefone: 11 4020-2448
(De segunda a sexta: das 9h às 18h)

WhatsApp: 11 97494-6105

E-mail:
posvenda@tecgroup.com.br

Boas Vendas!

Índice

Condições e Regras contratação PME.....	4
Documentação para Comprovação dos Beneficiários.....	8
Coberturas e Serviço Adicional.....	13
Redução de Carências.....	15
Planos e Tabelas de Preços.....	18
Coparticipação.....	22
Área de Comercialização.....	24
Rede Credenciada.....	26



Condições e Regras contratação PME

Condições e Regras contratação PME

As condições gerais para contratação poderão ser alteradas sem aviso prévio, por parte da Proasa Saúde.

Item	Descrição	Regra
1	Quantidade de vidas	De 2 a 99 vidas (mínimo 01 titular).
2	Portes	Porte I - De 2 a 29 vidas. Porte II - De 30 a 99 vidas.
3	Tabela de preços	Diferente, de acordo com o porte do contrato.
4	Abrangência	Grupo de Municípios e Grupo de Estados
5	Vigência Contratual	24 meses contados da vigência.
6	Vigências	01, 10 e 20 de cada mês.
7	Vencimentos	Vigência 01 = vencimento dia 01 Vigência 10 = vencimento dia 10 Vigência 20 = vencimento dia 20 Os boletos são disponibilizados ao cliente através do site: https://www.tecgroup.com.br/ O cliente também pode solicitar o boleto através do contato com a nossa Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira da 9 às 18h. Telefone: 11-4003-3325
8	Idade limite para aceitação de filhos como dependentes	Filhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias.
9	Extensão de Dependentes	Permitido no ato da contratação como dependentes: netos, irmãos e sobrinhos solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias.

Condições e Regras contratação PME

Item	Descrição	Regra
10	Agregados	Não permite.
11	Análise de redução de carências	Para o porte I, concedido apenas na implantação do contrato, para beneficiários oriundos de operadoras congêneres. Conforme condições constante na página 13. Não haverá redução de carências na movimentação cadastral.
12	Prazo de entrega das propostas	Data limite de até 10 dias antes da vigência, caso tenha feriado, essa data poderá ser alterada.
13	Regra de Área de comercialização	CNPJ da empresa dentro da nossa área de comercialização, constante na página 21.
14	Empresa com CNPJ fora da nossa área	Consulte o seu gestor comercial.
15	CCM (Cadastro de Contribuintes Imobiliários)	Empresas registradas no município de São Paulo, é obrigatória a inscrição Municipal

Elegibilidade Empresarial

Item	Descrição	Regra
Empresa	Empresa*	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Contrato Social e suas alterações e/ou Requerimento do Empresário, com selo da Jucesp ou carimbo que fica no verso; • FGTS completo recente - GRF, Listagem, protocolo e quitação - competência atual; • Cópia do Cartão do CNPJ ativo; • Cópia do RG e CPF dos sócios responsáveis pela empresa (mesmo que não estejam aderindo ao plano).
	Empresa - MEI, EI e Produtor Rural*	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Certificado de Microempreendedor (MEI) e/ou Cópia do Cadastro Específico do INSS (CAEPF) com tempo de constituição mínimo de 06 (seis) meses, a contar da data de abertura até a data de assinatura da Proposta de Contratação contrato junto a Advetist Health; • Cópia do FGTS recente - GRF, Listagem, protocolo e quitação - competência atual; • Cópia da versão atual da Declaração de Autenticidade, com firma reconhecida em cartório e/ou cópia do Termo de Responsabilidade com firma reconhecida em cartório e/ou cópia da Carta de Ciência da abertura da empresa com firma reconhecida em cartório; • Cópia do Cartão do CNPJ; • Cópia do RG e CPF do responsável pela empresa.

Documento de identificação com CPF (RG ou CNH): para todos os titulares e dependentes.

*IMPORTANTE

1. Quando o contrato for assinado pelo procurador da empresa, deve-se apresentar procuração registrada em cartório que garanta “plenos poderes para administrar a empresa, firmar compromissos ou assinar contratos” e cópia do RG ou CNH do procurador.
2. CAEPF isenta a necessidade de CNPJ para os empresários que o possuem. Este documento se destina: ao Proprietário do imóvel; ao dono da obra ou incorporador de construção civil, sendo ele pessoa jurídica ou física; a construtora (ou líder do consórcio) quando contratada por empreitada total; ao contribuinte que tiver pelo menos um funcionário prestando serviço para ele; aos médicos e dentistas; aos proprietários de cartórios; nesse caso, a inscrição no CAEPF deve ser feita em nome do proprietário; ao produtor rural contribuinte individual.
3. O produtor rural pode ter CNPJ ou CAEPF. O documento que deve ser apresentado é o CCIR (Certificado de Cadastro de Imóvel Rural), porém poderão ser solicitados documentos complementares, dependendo se o produtor for cadastrado no estado ou no município, como por exemplo: Cadastro de Imóveis Rurais - Cafir Imóveis rurais federais – INCRA; Imóveis rurais estaduais – Instituto IMAP do Governo Estadual Imóveis rurais municipais – PREFEITURAS ITR: Imposto Territorial Rural – RECEITA FEDERAL Cadastro de Contribuintes de ICMS - Cadesp (Inscrição Estadual)



Documentação para Comprovação dos Beneficiários

Documentação para Comprovação dos Beneficiários

A empresa é responsável por comprovar a elegibilidade dos seus colaboradores, de acordo com a relação a seguir:

Comprovante de vínculo empregatício:

Beneficiários titulares

Funcionário Recém-contratado (até 45 dias da data da admissão):

- a) Cópia do E-Social e/ou Cópia da Carteira de trabalho (página da identificação, página do contrato de trabalho junto a página anterior e seguinte ao registro – mesmo que em branco)
- b) Cópia do RG e/ou CNH;
- c) Cópia CPF/MF;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Funcionário Efetivo:

- a) Cópia do E-Social e/ou Cópia da Carteira de trabalho (página da identificação, página do contrato de trabalho junto a página anterior e seguinte ao registro – mesmo que em branco);
- b) Cópia do relatório de Relação de FGTS, boleto e quitação recente;
- c) Cópia do RG e/ou CNH;
- d) Cópia CPF/MF
- e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Funcionário Temporário:

- a) Cópia do contrato de trabalho temporário firmado entre a empresa contratante, o empregado e a empresa de trabalho temporário, quando houver. A documentação deve ser reconhecida em cartório.
- b) Cópia do RG e/ou CNH;
- c) Cópia CPF/MF;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Estagiário:

- a) Cópia do Termo/Contrato de estágio entre o estudante, a empresa e a instituição de ensino. A documentação deve ser reconhecida em cartório.
- b) Cópia do RG e/ou CNH;
- c) Cópia CPF/MF;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Documentação para Comprovação dos Beneficiários

Comprovante de vínculo empregatício:

Beneficiários titulares

Menor Aprendiz:

- a) Cópia do contrato de trabalho e/ou da carteira de trabalho que demonstre o prazo de duração da relação de trabalho entre o menor aprendiz e a empresa pré estabelecido de 11 (onze) a 24 (vinte e quatro) meses. A documentação deve ser reconhecida em cartório.
- b) Cópia do RG;
- c) Cópia CPF/MF;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Procurador e/ou Administrador:

- a) Cópia da procuração lavrada em cartório comprovando poderes para gerir e administrar;
- b) Cópia do RG e/ou CNH;
- c) Cópia CPF/MF;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Prestador de Serviço PJ:

São elegíveis apenas os prestadores de serviço pessoa jurídica. Aceitação limitada a 20% da massa inicial. Ex.: 4 vidas, aceito 1 titular prestador; 30 vidas, aceito 6 titulares prestadores.

- a) Contrato de prestação de serviços com firma reconhecida em cartório;
- b) Cópia da documentação da empresa prestadora.
- c) Cópia do RG;
- d) Cópia CPF/MF;
- e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Comprovante de residência atual com CEP – obrigatório para o titular;

Documentação para Comprovação dos Beneficiários

Comprovação de vínculo familiar:

Beneficiários Dependentes

Cônjuge

- a) Cópia do RG e/ou CNH;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Cópia da Certidão de Casamento;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Companheiro(a):

- a) Cópia do RG e/ou CNH;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Cópia da Declaração de União Estável. A Declaração de União Estável deve ser de próprio punho, conter o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio e assinatura de 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(s) solteiro(s) até 39 anos 11 meses e 29 dias:

- a) Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Enteado(s) solteiro(s) até 39 anos 11 meses e 29 dias:

- a) Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Certidão de casamento ou declaração de união estável do pai ou da mãe
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Menor(es) sob guarda e/ou tutela:

- a) Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Cópia da Tutela e/ou do Termo de Guarda.
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(s) inválido(s) de qualquer idade:

- a) Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Relatório médico que conste as seguintes informações:
 - ✓ CID 10;
 - ✓ Descrição das limitações do paciente;
 - ✓ Causa do diagnóstico.
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Documentação para Comprovação dos Beneficiários

Comprovação de vínculo familiar:

Beneficiários Dependentes

Curatelado(a) de qualquer idade:

- a) Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Certidão de Curatela;
- d) Laudo médico e relatório psicológico do médico responsável.
- e) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Irmão(s) solteiro(s) até 39 anos 11 meses e 29 dias:

- a) Cópia do RG e/ou CNH e/ou Certidão de Nascimento;
- b) Cópia do CPF/MF;
- c) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Neto(s) e sobrinho(s) solteiro(s) até 39 anos 11 meses e 29 dias:

- a) Cópia do RG e/ou CNH;
- b) Certidão de Nascimento;
- c) Cópia do CPF/MF;
- d) Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Tio(a) até 64 anos 11 meses e 29 dias:

- a) Cópia do RG e/ou CNH;
- b) Cópia Certidão de Casamento do Titular;
- c) Cópia Certidão de Nascimento do Titular.




Coberturas e Serviço Adicional

Coberturas e Serviço Adicional

Todos os planos contemplados neste Guia de Vendas, terão cobertura para os serviços médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigente à época do evento.

Serviço adicional para todos os planos:

- Desconto farmácia
 - Grupo DPSP – Drogarias São Paulo e Pacheco;
 - Grupo RD - Drogarias Raia e Drogasil.



Redução de Carências

Redução de Carências

Os prazos de carência serão contados a partir do início da vigência do benefício.

Carências Contratuais

Grupo	Procedimentos	Carência Contratual	Redução 1 Plano Anterior 6 a 11 meses e 29 dias	Redução 2 Plano Anterior + de 12 meses
1	Urgências e Emergências	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Eletivas	30 dias	24 horas	24 horas
3	Exames de Baixa Complexidade *	30 dias	24 horas	24 horas
4	Exames de Alta Complexidade *	180 dias	90 dias	24 horas
5	Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias	90 dias	24 horas
6	Tratamento Cirúrgico Ambulatorial	180 dias	150 dias	24 horas
7	Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas, exceto as previstas no grupo 10	180 dias	150 dias	24 horas
8	Internações psiquiátricas incluindo hospital dia, diálise peritoneal, hemodiálise, cirurgias de refração em oftalmologia e acupuntura.	180 dias	180 dias	180 dias
9	Terapias aqui descritas incluindo as especialidades, técnicas e métodos terapêuticos a elas relacionadas, desde que reconhecidos pelo respectivo conselho	180 dias	180 dias	180 dias
10	Transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/ Dispositivos Médicos Implantáveis), além de internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 dias	180 dias	180 dias
11	Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias

* Exames de Baixa ou Alta Complexidade são definidos pelo Rol ANS

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de plano com segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias.
- O beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, mantido com a Operadora Congênere em vigência superior a 6 (seis) meses.
- Junção de planos, desde que não haja intervalo de dias entre um plano e outro e que ambos sejam congêneres.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.
- Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98.

Redução de Carências

Documentos Necessários

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora.

Documentos para proponentes oriundos de planos individuais ou familiares:

- a)** 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago; e
- b)** Cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;
- c)** Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/ cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra “a” e “b” acima). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias contados de sua emissão.

Documentos para proponentes oriundos de planos coletivos empresariais ou por adesão:

- a)** Declaração da Operadora/ Administradora anterior (o documento terá validade de 60 sessenta dias), em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
 - Operadora contratada;
 - Relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura;
 - Cópia da carteirinha, frente e verso;
 - Tipo de plano e acomodação em internação.

Lista das operadoras congêneres

Alice|QSaúde, Allianz, Amazônia Saúde, Ameplan, Amil (Grupo de Operadora), Ampla, Assefaz, BB Seguros, Blue, Bio Saúde, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros, CASSEMS, Cassi, Ceam, Cruz Azul, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Gama Saúde, Geap, GNDI e Hapvida(Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Humana, Ideal Saúde, MedSenior, Oeste Saúde, Omint, PlanSaúde, Plansul, Plena Saúde, Porto Dias Saúde, Porto Seguro, Prevent Sênior, Promédica, Quallity Pró Saúde, SAMEL, São Cristóvão, Saúde Casseb, Saúde Sim, Select Planos de Saúde (PLAMED), SB Saúde - Planos de de Saúde, Slam, Sompo Seguros, Sul América, Trasmontano, Unihosp, Unimed's e You Saúde.



Planos e Tabelas de Preços

ADV 300 BA

Registro ANS: 498.856/24-6
Acomodação: Coletiva
Abrangência: Grupo de Municípios
Reembolso: Não possui
Com coparticipação

ADV 400 BA

Registro ANS: 498.857/24-4
Acomodação: Individual
Abrangência: Grupo de Municípios
Reembolso: Não possui
Com coparticipação

Porte 1

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.856/24-6	498.857/24-4
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	255,02	284,34
de 19 a 23 anos	289,25	322,51
de 24 a 28 anos	318,12	354,69
de 29 a 33 anos	332,87	371,14
de 34 a 38 anos	396,09	441,63
de 39 a 43 anos	463,43	516,71
de 44 a 48 anos	625,64	697,56
de 49 a 53 anos	778,59	868,11
de 54 a 58 anos	1090,03	1.215,35
À partir de 59 anos	1.530,12	1.705,94

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

*A Abrangência geográfica de atendimento é a mesma da área de comercialização.

Porte 2

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.856/24-6	498.857/24-4
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	219,32	244,53
de 19 a 23 anos	248,76	277,35
de 24 a 28 anos	273,58	305,04
de 29 a 33 anos	286,27	319,18
de 34 a 38 anos	340,64	379,80
de 39 a 43 anos	398,55	444,37
de 44 a 48 anos	538,05	599,91
de 49 a 53 anos	669,59	746,57
de 54 a 58 anos	937,43	1.045,20
À partir de 59 anos	1.315,92	1.467,11

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

*A Abrangência geográfica de atendimento é a mesma da área de comercialização.

Porte 1

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.856/24-6	498.857/24-4
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	293,27	326,99
de 19 a 23 anos	332,64	370,89
de 24 a 28 anos	365,84	407,89
de 29 a 33 anos	382,80	426,81
de 34 a 38 anos	455,50	507,87
de 39 a 43 anos	532,94	594,22
de 44 a 48 anos	719,49	802,19
de 49 a 53 anos	895,38	998,33
de 54 a 58 anos	1253,53	1.397,65
À partir de 59 anos	1.759,64	1.961,83

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

*A Abrangência geográfica de atendimento é a mesma da área de comercialização.

Porte 2

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

	ADV 300 BA	ADV 400 BA
ANS	498.856/24-6	498.857/24-4
Abrangência geográfica de atendimento*	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Coparticipação	Sim	
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
Acomodação em internação	Coletiva	Individual
Até 18 anos	252,22	281,21
de 19 a 23 anos	286,07	318,95
de 24 a 28 anos	314,62	350,79
de 29 a 33 anos	329,21	367,06
de 34 a 38 anos	391,74	436,77
de 39 a 43 anos	458,33	511,03
de 44 a 48 anos	618,76	689,90
de 49 a 53 anos	770,03	858,56
de 54 a 58 anos	1078,04	1.201,98
À partir de 59 anos	1.513,29	1.687,18

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

*A Abrangência geográfica de atendimento é a mesma da área de comercialização.



Coparticipação

Coparticipação

Coparticipação Total¹	
Procedimentos	ADV 300 e 400
Consultas Eletivas	40,00
Consultas em Pronto Socorro	80,00
Exames de Baixa Complexidade	30% do valor limitado a R\$ 40,00
Exames de Alta Complexidade	30% do valor limitado a R\$ 140,00
Telemedicina	Isento
Terapias	30% do valor limitado a R\$ 60,00
Limite mensal de Coparticipação por Beneficiário ²	260,00
Internações Psiquiátricas (a partir do 30º dia consecutivo ou não) ³	50%
Internações Clínicas (exceto Psiquiátricas) ou Cirúrgicas (por evento) ³	270,00

Coparticipação Parcial¹	
Procedimentos	ADV 300 e 400
Terapias	30% do valor limitado a R\$ 60,00
Limite mensal de Coparticipação por Beneficiário ²	260,00
Internações Psiquiátricas (a partir do 30º dia consecutivo ou não) ³	50%

¹Os valores de coparticipação poderão ser reajustados anualmente.

²O limite de coparticipação é mensal por beneficiário e acumulativo.

³ Limite mensal não contempla os eventos de internações.

A coparticipação de 50% para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no período dos últimos doze meses de vigência do contrato.



Área de Comercialização

Área de comercialização

Bahia

Os planos de saúde **ADV 300** e **ADV 400** podem ser comercializados nos municípios: Salvador e Lauro de Freitas.



Rede Credenciada

HOSPITAIS	CIDADE	ADV 300 Copart Enfermaria	ADV 400 Copart Apartamento
Sokids	Lauro de Freitas	H PS	H PS
Hospital Santo Amaro	Salvador	AMB PS H M	AMB PS H MS
Hospital da Bahia	Salvador	H PS	H PS
Português	Salvador	H PS M	H PS M
Hospital Santa Izabel	Salvador	PS PS ¹ H HD AMB	PS PS ¹ H HD AMB

¹ Hospital Especializado.

A rede credenciada é resumida e passível de alterações sem aviso prévio por parte da Operadora.

LABORATÓRIOS	CIDADE	ADV 300 Copart Enfermaria	ADV 400 Copart Apartamento
A+(Grupo Fleury)	Salvador	✓	✓
Sabin (Antigo Labaclen)	Salvador	✓	✓
A+(Grupo Fleury)	Lauro de Freitas	✓	✓
Sabin (Antigo Labaclen)	Lauro de Freitas	✓	✓

A rede credenciada é resumida e passível de alterações sem aviso prévio por parte da Operadora.



ANS nº 42174-0



ANS nº 31052-2