

TABELA DE VENDAS

COLETIVO POR ADEÇÃO

São Cristóvão Saúde

ANS - nº 41.843-9

Safelife:

ANS - nº 31.421-8



Setembro/2025

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Faixa Etária	Planos	Familiar		Individual	
		Essencial Adesão IV Cop.T	Essencial Adesão IV Cop.T	Essencial Adesão IV Cop.T	Essencial Adesão IV Cop.T
		504.923/25-7	504.924/25-5	504.923/25-7	504.924/25-5
	Registro ANS	504.923/25-7	504.924/25-5	504.923/25-7	504.924/25-5
	Acomodação	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T
	00 - 18	R\$ 232,81	R\$ 274,71	R\$ 245,06	R\$ 289,17
	19 - 23	R\$ 232,81	R\$ 274,71	R\$ 245,06	R\$ 289,17
	24 - 28	R\$ 244,45	R\$ 288,44	R\$ 257,31	R\$ 303,62
	29 - 33	R\$ 256,67	R\$ 302,86	R\$ 270,17	R\$ 318,80
	34 - 38	R\$ 269,50	R\$ 318,00	R\$ 283,67	R\$ 334,74
	39 - 43	R\$ 282,97	R\$ 333,90	R\$ 297,85	R\$ 351,47
	44 - 48	R\$ 393,32	R\$ 464,12	R\$ 414,01	R\$ 488,54
	49 - 53	R\$ 412,98	R\$ 487,32	R\$ 434,71	R\$ 512,96
	54 - 58	R\$ 433,62	R\$ 511,68	R\$ 456,44	R\$ 538,60
	59 ou mais	R\$ 651,90	R\$ 769,25	R\$ 686,21	R\$ 809,73

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Faixa Etária	Planos	Familiar		Individual	
		Conforto Adesão III Cop. T	Conforto Adesão III Cop. T	Conforto Adesão III Cop. T	Conforto Adesão III Cop. T
		499.249/24-1	499.250/24-4	499.249/24-1	499.250/24-4
	Registro ANS	499.249/24-1	499.250/24-4	499.249/24-1	499.250/24-4
	Acomodação	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T
	00 - 18	R\$ 338,59	R\$ 399,55	R\$ 356,41	R\$ 365,72
	19 - 23	R\$ 338,59	R\$ 399,55	R\$ 356,41	R\$ 365,72
	24 - 28	R\$ 355,51	R\$ 419,52	R\$ 374,23	R\$ 384,00
	29 - 33	R\$ 373,28	R\$ 440,49	R\$ 392,94	R\$ 403,20
	34 - 38	R\$ 391,94	R\$ 462,51	R\$ 412,58	R\$ 423,36
	39 - 43	R\$ 411,53	R\$ 485,63	R\$ 433,20	R\$ 444,52
	44 - 48	R\$ 572,02	R\$ 675,02	R\$ 602,14	R\$ 617,88
	49 - 53	R\$ 600,62	R\$ 708,77	R\$ 632,24	R\$ 648,77
	54 - 58	R\$ 630,65	R\$ 744,20	R\$ 663,85	R\$ 681,20
	59 ou mais	R\$ 948,11	R\$ 1.118,83	R\$ 998,03	R\$ 1.024,11

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Planos	Familiar		Individual	
	Bem Estar 40+ Adesão IV Cop.T	Bem Estar 40+ Adesão IV Cop.T	Bem Estar 40+ Adesão IV Cop.T	Bem Estar 40+ Adesão IV Cop.T
Registro ANS	504.922/25-9	504.925/25-3	504.922/25-9	504.925/25-3
Acomodação	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T
00 - 18	R\$ 304,01	R\$ 358,74	R\$ 320,01	R\$ 377,62
19 - 23	R\$ 304,01	R\$ 358,74	R\$ 320,01	R\$ 377,62
24 - 28	R\$ 319,21	R\$ 376,67	R\$ 336,01	R\$ 396,50
29 - 33	R\$ 335,17	R\$ 395,50	R\$ 352,81	R\$ 416,32
34 - 38	R\$ 351,92	R\$ 415,27	R\$ 370,45	R\$ 437,13
39 - 43	R\$ 353,43	R\$ 417,05	R\$ 372,04	R\$ 439,00
44 - 48	R\$ 491,37	R\$ 579,82	R\$ 517,24	R\$ 610,34
49 - 53	R\$ 519,52	R\$ 613,04	R\$ 546,87	R\$ 645,31
54 - 58	R\$ 549,28	R\$ 648,16	R\$ 578,20	R\$ 682,28
59 ou mais	R\$ 672,09	R\$ 793,08	R\$ 707,48	R\$ 834,83

Regra familiar: Cônjuge, companheiro(a), filhos(as), enteados(as), pai, mãe, sogro(a), irmão(a), avô(ó), neto(a), (a partir de 02 vidas).

TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Planos	Familiar		Individual	
	Select Adesão I Cop.T	Select Adesão I Cop.T	Select Adesão I Cop.T	Select Adesão I Cop.T
Registro ANS	499.249/24-1	499.250/24-4	499.249/24-1	499.250/24-4
Acomodação	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T	Enfermaria Cop.T	Apartamento Cop.T
00 - 18	R\$ 430,41	R\$ 507,87	R\$ 453,06	R\$ 534,60
19 - 23	R\$ 430,41	R\$ 507,87	R\$ 453,06	R\$ 534,60
24 - 28	R\$ 451,93	R\$ 533,26	R\$ 475,71	R\$ 561,33
29 - 33	R\$ 474,52	R\$ 559,92	R\$ 499,49	R\$ 589,39
34 - 38	R\$ 498,24	R\$ 587,91	R\$ 524,46	R\$ 618,85
39 - 43	R\$ 523,15	R\$ 617,30	R\$ 550,68	R\$ 649,79
44 - 48	R\$ 727,17	R\$ 858,04	R\$ 765,44	R\$ 903,20
49 - 53	R\$ 763,52	R\$ 900,94	R\$ 803,71	R\$ 948,36
54 - 58	R\$ 801,69	R\$ 945,98	R\$ 843,89	R\$ 995,77
59 ou mais	R\$ 1.205,26	R\$ 1.422,18	R\$ 1.268,70	R\$ 1.497,04

Regra familiar: Cônjuge, companheiro(a), filhos(as), enteados(as), pai, mãe, sogro(a), irmão(a), avô(ó), neto(a), (a partir de 02 vidas).

Tabela de Referência para fins de Coparticipação		
Grupo de Atendimento Terapias Especiais	% Coparticipação (por consulta/sessão)	R\$ Limite Financeiro Inicial (por consulta/sessão)*
Avaliação Terapias Especiais Psicologia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Psicoterapia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Psicopedagogia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Terapia Ocupacional com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Fonoaudiologia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Musicoterapia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Integração sensorial com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Fisioterapia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Nutrição com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método terapêutico.	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Grupo de Atendimento Terapia Imunobiológica e Avançada	% Coparticipação (por consulta/sessão)	R\$ Limite Financeiro Inicial (por consulta/sessão)*
Terapia Imunobiológica Endovenosa, Intramuscular ou Subcutânea.	30% (trinta por cento)	R\$210,62(duzentos e dez reais, sessenta e dois centavos).
Terapia avançada.	30% (trinta por cento) do procedimento	
*Os valores de coparticipação referência para todos os planos (Essencial Adesão III, Conforto Adesão III, Bem-Estar 40+Adesão III e Select Adesão I) e serão reajustados anualmente na mesma data em que forem reajustadas as contraprestações mensais		

Terapias Especiais são aquelas que empregam qualquer técnica, abordagem ou método clínico/cirúrgico/terapêutico na aplicação das intervenções diagnóstico-terapêuticas.

Terapias Imunobiológicas é um tipo de tratamento utilizado para combater e controlar doenças inflamatórias e autoimunes, que inclui vacinas ou anticorpos modificados laboratorialmente, que podem ser humanos ou de origem animal, e agem diretamente sobre determinadas moléculas endógenas.

Terapias Avançadas, segundo o próprio conceito da ANVISA–Agência Nacional de Vigilância Sanitária, são produtos biológicos, utilizados com fins terapêuticos, obtidos a partir e células e tecidos humanos que foram submetidos a um processo de fabricação; ou produtos que consistem em ácidos nucleicos recombinantes e que tem como objetivo regular, reparar, substituir, adicionar ou deletar uma sequência genética ou modificar a expressão de um gene.

O percentual de COPARTICIPAÇÃO e o valor de LIMITE FINANCEIRO será cobrado quantas vezes forem realizados os atendimentos, ou seja, será cobrado a cada consulta/sessão de terapia realizada.

Os valores referentes a COPARTICIPAÇÃO serão reajustados anualmente de acordo com o índice de reajuste aplicado sobre a mensalidade do contrato, nos termos da cláusula DO REAJUSTE DA MENSALIDADE.

O prazo para cobrança da coparticipação pela OPERADORA é de até 12 (doze) meses após a realização do atendimento

Item	CARÊNCIAS / Procedimentos	Carência Contratual	Redução de Carências
Grupo 01	Urgência e Emergência em PS - Pronto-Socorro.	24 horas	24 horas
Grupo 02	Consultas Médicas e Consultas Multiprofissionais Eletivas (psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), Raios-X sem contraste e ECG-Eletrocardiograma (simples, alta resolução e 12 canais).	30 dias	15 dias
Grupo 03	Exames Laboratoriais para Pesquisa e Dosagem em Ácido Láctico, Ácido Úrico, Colesterol Total e Frações, (HDL, LDL, VLDL), Creatinina, Gama-Glutamil Transferase, Glicose, Potássio, Proteína C Reativa, Sódio, Transaminase Oxalacetica (Amino Transferase Aspartato), Transaminase Piruvica (Amino Transferase de Alanina), Triglicérides, Uréia, Hemograma com Contagem de Plaquetas ou Frações (Entrograma, Leucograma, Plaquetas, Parasitológico - nas fezes e rotina e Cultura de Urina (Caracteres Físicos, Elementos Anormais e Sedimentoscopia e contagem de Colônias).	30 dias	15 dias
Grupo 04	Ultrassonografia do Abdomo (Inferior, superior e/ou total), Ultrassonografia do aparelho urinário; de estruturas superficiais ou partes moles; de globo ocular com ou sem doppler colorido; de mamas; de órgãos superficiais (tíreide, escroto, pênis ou crânio); ultrassonografia obstétrica convencional com ou sem doppler colorido; endovaginal; morfológica respeitada a DUT - Diretriz de Utilização; e de perfil biofísico fetal.	90 dias	45 dias
Grupo 05	Internações Clínicas, Cirúrgicas, Neurológicas e Psiquiátricas; Micro e Pequenas Cirurgias em Nível Ambulatorial ou em Hospital Dia; Quimioterapias, Radioterapias.	180 dias	90 dias
Grupo 06	Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional), procedimentos e eventos não previstos nos Grupos 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8.	180 dias	90 dias
Grupo 07	Parto a Termo.	300 dias	300 dias
Grupo 08	Cobertura Parcial Temporária - CPT às DLP - Doenças e/ou Lesões Preexistentes, alegadas ou constatadas.	24 meses	24 meses
Os exames, terapias, procedimentos e eventos descritos acima apenas terão cobertura quando previstos no Rol de procedimentos e eventos em Saúde da Agência Nacional deSaúde Suplementar-ANS e seus anexos, conforme normativo vigente, cessando a sua garantia de cobertura em caso de exclusão do referido Rol.			

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA: Cópias do RG, CPF, Comprovante de Endereço e CNS (Cartão Nacional de Saúde - SUS) de todos os dependentes.
RESPONSÁVEL FINANCEIRO: Somente poderão ser responsáveis legais do menor de 18 anos: Pai, mãe, tutor ou guardião, comprovado documentalmente. Documentos: Cópias RG + CPF.

DEPENDENTES:

- **Cônjuge:** Cópias RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Casamento;
- **Companheiro (a):** Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Declaração de União Estável reconhecida em cartório;
- **Filhos(as) legítimos(as), adotados(as), e enteados até 39 anos, e o menor sob guarda ou tutela, com comprovação de dependência econômica:**
 Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS). **Enteado:** sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. **Titular Companheiro:** Declaração de União Estável reconhecida em cartório. Adotados: Documento de adoção ou tutela legal;

Filhos(as) inválidos(as), solteiros(as), sem limite de idade, desde que comprovada a dependência econômica: Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Comprovante de invalidez de acordo com a legislação vigente da Previdência Social e Imposto de Renda;

- **Pai ou Mãe:** Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Documentação Titular;
- **Sogro(a):** Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde (CNS) + Certidão de Casamento ou Certidão de União Estável (registrada em cartório) com os dados dos dependentes;
- **Irmão(ã), avô(ó), neto(a):** Cópias: RG + CPF + Certidão de Nascimento + Cartão Nacional de Saúde (CNS), ou outro documento oficial comprobatório do vínculo de parentesco.

Todos os proponentes, titulares e/ou seus dependentes com 18 anos, ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos proponentes titulares e/ou seus dependentes deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

REGRAS DE CONTRATAÇÃO

A entrega da documentação deverá ocorrer obrigatoriamente no momento da contratação do plano e deverá ser encaminhada juntamente com a proposta de adesão. Todas as propostas passarão por análise para a portabilidade de carência e devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação vigente. Relação completa consta no aditivo de redução de carência

ANÁLISE DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

A análise de redução de carências será para beneficiários entre 19 anos à 69 anos, conforme regras e documentações abaixo: Cópia da proposta do plano anterior ou carteirinha contendo a data de início do plano. Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de pagamento, sendo que o último boleto quitado não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias entre a data de seu pagamento e a data de início da vigência da Proposta Comercial da São Cristóvão Saúde. Todos os documentos acima poderão ser substituídos pela carta de permanência com o mínimo de 6 (seis) meses na operadora anterior, no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu desligamento no plano anterior, por um dos planos da São Cristóvão.

OPERADORAS CONGÊNERES

Todas as operadoras com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que o beneficiário seja oriundo de um plano com segmentação similar ao plano contratado (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia).

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO DOS PLANOS

São Paulo/SP
 Essencial, Conforto
 Bem Estar +40 e Select

NOSSAS DATAS

Protocolo	Vigência / Vencimento
Até dia 15	dia 1º do mês subsequente dia
de 16 à 30	15 do mês subsequente

Rede Credenciada - Laboratorial

Cidade	Hospitais	Essencial	Conforto	Bem Estar 40+	Select
São Paulo	São Cristóvão Medicina Diagnóstica.	LAB	LAB	LAB	LAB
	Assad	-	-	LAB	LAB
	Crya	-	-	LAB	LAB
	Gimi	-	-	LAB	LAB
	Carezzato	-	-	LAB	LAB
	ZDI	-	-	LAB	LAB
	Schmlevitch	-	-	LAB	LAB
	Andreazza	-	-	-	LAB
	Prosecor	-	-	-	LAB

Rede Credenciada - Hospitalar

Hospitais	Região	Município	ATENDIMENTO	ESSENCIAL	CONFORTO	BEM ESTAR 40	SELECT
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I/M/C	X	X	X	X
CEMA - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/ I (oftalmo/otorrino)		X	X	X
HOSPITAL ITAQUERA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA		X	X	X
HOSPITAL SANTA MARCELINA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I			X	X
HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I		X	X	X
HOSPITAL LEFORTE - UNIDADE UBERDEADE	CENTRO / SP	SÃO PAULO	I			X	X
HOSPITAL VERA CRUZ	ZONA NORTE / SP	SÃO PAULO	PSA/I (psiquiátrica)	X	X	X	X
HOSPITAL PRESIDENTE	ZONA NORTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP/I			X	X
SPDM - HOSPITAL SÃO PAULO	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	I		X	X	X
CLINICA MAIA	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	C	X	X	X	X
HOSPITAL SANTA RITA	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	PSA/I		X	X	X
HOSPITAL API	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	PSA/I (psiquiátrica)	X	X	X	X
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	ZONA OESTE / SP	SÃO PAULO	PSP/IP/CP			X	X
HOSPITAL PORTINARI	ZONA OESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP				X
HOSPITAL E MATERNIDADE BOM CLIMA	GRANDE SÃO PAULO / SP	GUARULHOS	PSA/PSP/I				X
HOSPITAL SÃO BERNARDO	ABCDM/SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	PSA/PSP/I				X
HOSPITAL SÃO LUCAS - INNOVA	ABCDM/SP	DIADEMA	PSA/PSP/I/C				X
HOSPITAL SANTA MARCELINA DO ABC PAULISTA - NEOMATER	ABCDM/SP	SÃO BERNADO DO CAMPO	PSA/I/C				X
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS	LITORAL / SP	SANTOS	PSA/PSP/I/M/C				X
HOSPITAL CASA DE SAÚDE DE SANTOS	LITORAL / SP	SANTOS	I				X
HOSPITAL CASA DE SAÚDE DE SANTOS (PRAIA GRANDE)	LITORAL / SP	PRAIA GRANDE	PSA/PSP				X
HOSPITAL CÔNEGO DOMÊNICO RANGONI	LITORAL / SP	GUARUJÁ	PSA/PSP/I/C				X
IBEMI - INSTITUTO BEN.DE MED. INTEGRADA - HOSPITAL GUARUJA	LITORAL / SP	GUARUJÁ	PSA/PSP/I/C				

Rede Credenciada sujeita a Alterações - Consulte as atualizações da rede no site: www.saocristovao.com.br
LEGENDA: PSA: Pronto Socorro Adulto - PSI: Pronto Socorro Infantil - C: Consulta - I: Internação - IP: Internação Pediátrica - M: Maternidade

ELEGIBILIDADE PARA TITULARES

Entidade	Podem aderir	Documentos Comprovação Elegibilidade	Taxa
	COMERCIANTE - Sócios ou proprietários de empresas do ramo do Comércio e Serviços filiados à ABREC .	Cópia do contrato social ou última alteração + ficha de filiação expedida pela entidade. Requerimento de Empresário ou MEI (com registro mínimo de 180 dias de registro e ativo) + ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 5,00 mês
	COMERCIÁRIO - Trabalhadores de empresas do Comércio, Indústria e Serviços filiados à ACOMSESP	Carteira de trabalho (foto, qualificação e registro na empresa) ou holerite atualizado e ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 3,00 mês
	ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO: Estudante de graduação ou pós graduação do ensino superior, filiados à UCE	Declaração do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo o nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura do funcionário com carimbo CNPJ da Instituição de ensino com data de emissão de até 30 dias e carteira ou ficha de filiação expedida pela entidade.	R\$3,50 mês
	PROFESSOR: Professores das rede particular de ensino de São Paulo, devidamente filiados ao SINPROSP .	Cópia de último holerite com contribuição do SINPROSP e ficha filiação a entidade ou carteira sindical expedida pela Entidade.	Consultar entidade
	POLÍCIA CIVIL - Investigadores de Polícia filiados ao SISPSP	Holerite Estadual Atualizado de filiação e ficha de filiação expedida pela entidade	Consultar Entidade
	PROFISSIONAL LIBERAL: Todos os profissionais liberais regulamentados, filiados à ABRAPLI	Cópia da carteira do registro no conselho da categoria ou cópia frente e verso do diploma, graduação ou certificado de conclusão de curso autenticados e carteira ou ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 3,50 mês
	PROFISSIONAL LIBERAL: Todos os profissionais liberais regulamentados, filiados à ANPLIA	Cópia da carteira do registro no conselho da categoria ou cópia frente e verso do diploma de graduação ou certificado de conclusão de curso autenticadas, carteira ou ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 5,00 mês
	PROFISSIONAL DE SAÚDE - Médicos e Enfermeiros devidamente registrados em seus conselhos CRM e COREN e filiados à AIFAS .	Cópia da Carteira de Registro da categoria (CRM / COREN) e ficha expedida pela entidade	R\$5,00 mês
	TEÓLOGO – Formado em Curso de Teologia filiados à ACCSP .	Cópia frente e verso do diploma e Ficha de filiação expedida pela entidade ou Declaração do Curso em papel timbrado, contendo o nome completo do formado em teologia, período, assinatura do funcionário com carimbo e CNPJ da instituição de Ensino e ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 4,50 mês
	SERVIDOR ESTADUAL: Servidor público da Secretaria Estadual de São Paulo, filiados à SERPESP .	Cópia do holerite Estadual atualizado e ficha de filiação ou carteira expedida pela entidade.	R\$ 3,00 mês
	SERVIDOR MUNICIPAL: Servidos Públicos Municipais filiados à ACRESP	Cópia do holerite (Municipal) atualizado e ficha de filiação ou carteira expedida pela entidade.	R\$ 4,50 mês
	TRABALHADORES COOPERADOS filiados à FETRABRAS	SÓCIO EFETIVO: Cópia do holerite atualizado ou carteira profissional, ou contrato de trabalho comprovando vínculo profissional com a cooperativa + ficha de filiação FETRABRAS, ou declaração de associado expedida pela entidade. SÓCIO USUÁRIO: Ficha associativa + declaração de associado expedida pela entidade	R\$ 5,00 mês