

# TABELA DE VENDAS

COLETIVO POR ADESÃO

São Cristóvão Saúde

ANS - nº 31.421-8

Safelife:

ANS - nº 41.843-9



Setembro/2025

**TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS**  
 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Planos	Familiar		Individual	
	Essencial Adesão IV Cop.T	Essencial Adesão IV Cop.T	Essencial Adesão IV Cop.T	Essencial Adesão IV Cop.T
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

Faixa Etária

**TABELA COM COPARTICIPAÇÃO TERAPIAS**  
 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Planos	Familiar		Individual	
	Conforto Adesão III Cop. T	Conforto Adesão III Cop. T	Conforto Adesão III Cop. T	Conforto Adesão III 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\$ 338,59	R\$ 399,55	R\$ 356,41	R\$ 420,58
19 - 23	R\$ 338,59	R\$ 399,55	R\$ 356,41	R\$ 420,58
24 - 28	R\$ 355,51	R\$ 419,52	R\$ 374,23	R\$ 441,60
29 - 33	R\$ 373,28	R\$ 440,49	R\$ 392,94	R\$ 463,68
34 - 38	R\$ 391,94	R\$ 462,51	R\$ 412,58	R\$ 486,86
39 - 43	R\$ 411,53	R\$ 485,63	R\$ 433,20	R\$ 511,20
44 - 48	R\$ 572,02	R\$ 675,02	R\$ 602,14	R\$ 710,56
49 - 53	R\$ 600,62	R\$ 708,77	R\$ 632,24	R\$ 746,08
54 - 58	R\$ 630,65	R\$ 744,20	R\$ 663,85	R\$ 783,38
59 ou mais	R\$ 948,11	R\$ 1.118,83	R\$ 998,03	R\$ 1.177,73

Faixa Etária

Essencial e Bem Estar 40+ são promocionais e que a campanha é válida até a vigência 15/01/2026.

## 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).

Essencial e Bem Estar 40+ são promocionais e que a campanha é válida até a vigência 15/01/2026.

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	30% (trinta por cento)	R\$35,00 (trinta e cinco reais)
Psicologia com emprego de qualquer técnica, abordagem ou método 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)
<b>Grupo de Atendimento Terapia Imunobiológica e Avançada</b>	<b>% Coparticipação (por consulta/sessão)</b>	<b>R\$ Limite Financeiro Inicial (por consulta/sessão)*</b>
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-Electrocardiograma (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 (Eritrograma, 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 Abdome (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 (tireóide, 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 de Saúde Suplementar-ANS e seus anexos, conforme normativo vigente, cessando a sua garantia de cobertura em caso de exclusão do referido Rol.

## DOCUMENTOS BÁSICOS / REGRAS DE CONTRATAÇÃO / ANÁLISE DE CARÊNCIAS

**DOCUMENTAÇÃO OBRIGATORIA:** 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 enteado(s) 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 CONGÊNERAS

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
De 16 à 31	dia 15 do mês subsequente

Rede Credenciada - Laboratorial					
Cidade	Hospitais	Essencial	Conforto	Bem Estar 40+	Select
São Paulo	Crya			X	X
	Gimi			X	X
	Carezzato			X	X
	ZDI			X	X
	Schmilevitch			X	X
	Presecor			X	X
	São Cristóvão Medicina Diagnóstica - CLAV	X	X	X	X













HOSPITAIS	REGIÃO	MUNICÍPIO	ATENDIMENTO	VIVA MELHOR	ESSENCIAL	CONFORTO	BEM ESTAR 40+	SELECT
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSPI/M/C	X	X	X	X	X
CEMA - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSPI			X	X	X
HOSPITAL ITAQUERA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA			X	X	X
HOSPITAL SANTA MARCELINA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSPI/I				X	X
HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA	ZONA LESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSPI/I			X	X	X
HOSPITAL LEFORTE - UNIDADE LIBERDADE	CENTRO / SP	SÃO PAULO	I				X	X
HOSPITAL VERA CRUZ	ZONA NORTE / SP	SÃO PAULO	PSA/I (psiquiátrica)	X	X	X	X	X
HOSPITAL PRESIDENTE	ZONA NORTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSPI/I				X	X
CLINICA MAIA	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	C/PSA/I (psiquiátrica)	X	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	X
SANTA ISABELLA SERVICOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	ZONA SUL / SP	SÃO PAULO	PSI				X	X
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	ZONA OESTE / SP	SÃO PAULO	PSPI/CP				X	X
HOSPITAL PORTINARI	ZONA OESTE / SP	SÃO PAULO	PSA/PSP				X	X
CONGREGAÇÃO DAS FILHAS DE N SENHORA STELLA MARIS	GRANDE SÃO PAULO / SP	GUARULHOS	PSA/I					X
HOSPITAL SÃO BERNARDO	ABC/DM/SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	PSA/PSPI/I					X
HOSPITAL SÃO LUCAS - INNOVA	ABC/DM/SP	DIADEMA	PSA/PSPI/C					X
HOSPITAL SANTA MARCELINA DO ABC PAULISTA - NEOMATER	ABC/DM/SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	PSA/I					X
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS	LITORAL / SP	SANTOS	PSA/PSPI/C					X
HOSPITAL SÃO LUCAS DE SANTOS LTDA	LITORAL / SP	SANTOS	PSA/I/C					X
IBEMI - INSTITUTO BENEFICENTE DE MEDICINA INTEGRADA - HOSPITAL GUARUJÁ	LITORAL / SP	GUARUJÁ	PSA/PSPI/C					X

Rede credenciada sujeita a alterações, consulte as atualizações da Rede no site: [www.saocristovao.com.br](http://www.saocristovao.com.br)

**Legenda:**

**PSA:** PRONTO SOCORRO ADULTO  
**PSPI:** PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO  
**C:** CONSULTA  
**I:** INTERNAÇÃO  
**IP:** INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA  
**M:** MATERNIDADE

## ELEGIBILIDADE PARA TITULARES

Entidade	Podem aderir	Documentos Comprovação Elegibilidade	Taxa
	<b>COMERCIANTE</b> - Sócios ou proprietários de empresas do ramo do Comércio e Serviços filiados à <b>ABREC</b> .	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
	<b>COMERCIÁRIO</b> - Trabalhadores de empresas do Comércio, Indústria e Serviços filiados à <b>ACOMSESP</b>	Carteira de trabalho (foto, qualificação e registro na empresa) ou holerite atualizado e ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 3,00 mês
	<b>ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO:</b> Estudante de graduação ou pós graduação do ensino superior, filiados à <b>UCE</b>	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
	<b>PROFESSOR:</b> Professores das rede particular de ensino de São Paulo, devidamente filiados ao <b>SINPROSP</b> .	Cópia de último holerite com contribuição do SINPROSP e ficha filiação a entidade ou carteira sindical expedida pela Entidade.	Consultar entidade
	<b>POLÍCIA CIVIL</b> - Investigadores de Polícia filiados ao <b>SIPESP</b>	Holerite Estadual Atualizado de filiação e ficha de filiação expedida pela entidade	Consultar Entidade
	<b>PROFISSIONAL LIBERAL:</b> Todos os profissionais liberais regulamentados, filiados à <b>ABRAPLI</b>	Cópia da carteira do registro no conselho da categoria ou cópia frente e verso do diplomado, graduação ou certificado de conclusão de curso autenticados e carteira ou ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 3,50 mês
	<b>PROFISSIONAL LIBERAL:</b> Todos os profissionais liberais regulamentados, filiados à <b>ANPLIA</b>	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, careтира ou ficha de filiação expedida pela entidade	R\$ 5,00 mês
	<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b> - Médicos e Enfermeiros devidamente registrados em seus conselhos CRM e COREN e filiados à <b>AIFAS</b> .	Cópia da Carteira de Registro da categoria (CRM / COREN) e ficha expedida pela entidade	R\$5,00 mês
	<b>TEÓLOGO</b> - Formado em Curso de Teologia filiados à <b>ACCSP</b> .	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
	<b>SERVIDOR ESTADUAL:</b> Servidor público da Secretaria Estadual de São Paulo, filiados à <b>SERPESP</b> .	Cópia do holerite Estadual atualizado e ficha de filiação ou carteira expedida pela entidade.	R\$ 3,00 mês
	<b>SERVIDOR MUNICIPAL:</b> Servidos Públicos Municipais filiados à <b>ACRESP</b>	Cópia do holerite (Municipal) atualizado e ficha de filiação ou carteira expedida pela entidade.	R\$ 4,50 mês
	<b>TRABALHADORES COOPERADOS</b> filiados à <b>FETRABRAS</b>	<b>SÓCIO EFETIVO:</b> 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. <b>SÓCIO USUÁRIO:</b> Ficha associativa + declaração de associado expedida pela entidade	R\$ 5,00 mês