

TABELA DE MENSALIDADES CRO/RS								
ABRANGÊNCIA	ESTADUAL				NACIONAL			
	COLETIVA		INDIVIDUAL		COLETIVA		INDIVIDUAL	
ACOMODAÇÃO	467.186/12-4		467.183/12-0		467.181/12-3		467.182/12-1	
PRODUTOS ANS	Estadual Beta Prata		Estadual Alfa Prata		Estadual Alfa Ouro		Estadual Alfa Prata	
NOME	Nacional Beta Prata		Nacional Beta Ouro		Nacional Delta Prata		Nacional Delta Ouro	
Com ou Sem Alto Custo	Sem Alto Custo		Com Alto Custo		Sem Alto Custo		Com Alto Custo	
COPARTICIPAÇÃO	Sim		Sim		Sim		Sim	
FAIXA ETARIA	Valores							
000-018	R\$ 211,12	R\$ 252,77	R\$ 301,11	R\$ 360,53	R\$ 265,24	R\$ 317,58	R\$ 378,36	R\$ 452,97
019-023	R\$ 274,45	R\$ 328,63	R\$ 391,48	R\$ 468,72	R\$ 344,82	R\$ 412,85	R\$ 491,86	R\$ 588,92
024-028	R\$ 337,77	R\$ 404,45	R\$ 481,77	R\$ 576,87	R\$ 424,37	R\$ 508,13	R\$ 605,35	R\$ 724,32
029-033	R\$ 390,59	R\$ 469,01	R\$ 557,06	R\$ 666,98	R\$ 490,72	R\$ 587,52	R\$ 699,91	R\$ 838,00
034-038	R\$ 475,00	R\$ 568,74	R\$ 677,52	R\$ 811,20	R\$ 596,81	R\$ 714,57	R\$ 851,26	R\$ 1.019,20
039-043	R\$ 570,02	R\$ 682,49	R\$ 813,02	R\$ 973,41	R\$ 716,17	R\$ 857,46	R\$ 1.021,50	R\$ 1.223,00
044-048	R\$ 738,91	R\$ 884,73	R\$ 1.053,93	R\$ 1.261,86	R\$ 928,38	R\$ 1.111,54	R\$ 1.324,17	R\$ 1.180,02
049-053	R\$ 928,92	R\$ 1.112,23	R\$ 1.324,95	R\$ 1.586,35	R\$ 1.167,09	R\$ 1.397,37	R\$ 1.664,67	R\$ 1.993,10
054-058	R\$ 1.076,71	R\$ 1.289,14	R\$ 1.535,70	R\$ 1.838,66	R\$ 1.352,76	R\$ 1.619,65	R\$ 1.929,49	R\$ 2.310,09
059 OU MAIS	R\$ 1.264,61	R\$ 1.513,82	R\$ 1.803,71	R\$ 2.159,59	R\$ 1.588,83	R\$ 1.902,33	R\$ 2.266,24	R\$ 2.713,32

TAXA DE INSCRIÇÃO R\$ 16,90

Com Alto Custo: Cobertura em todos os Hospitais da rede credenciada, inclusive Mãe de Deus e Moinhos de Vento.

Sem Alto Custo: Cobertura em todos os Hospitais da rede credenciada, exceto Mãe de Deus e Moinhos de Vento.

Tabela de coparticipações CRO/RS		
Nº do Grupo	Procedimentos	Valores
1	Consultas Médicas/Sessões de Psicoterapia	47,69
2	Sessões de Nutrição	25,10
	Sessões em Terapia Ocupacional	
	Sessões em Fonoaudiologia	
	Sessões de Psicoterapia c/psicólogos	
3	Análises Clínicas/cada exame	6,69
	Citopatológico / Diagnose em Ginecologia	
4	RX Convencional	11,71
	Provas Ventilatórias / Espirometrias	
	Exames de Cardiologia	
	Alergologia	
	Teste do Pezinho - Simples	
5	Exames de Oftalmologia / Exames de Otorrinolaringologia	33,47
	Exames Anátomo Patológicos	
	Ecografia / Ultrassonografia	
	Neurofisiologia clínica	
6	Densitometria Óssea	49,71
	Medicina Nuclear In Vivo	
	Neuroradiologia	
	Angiografia / Angiologia	
	Teste Cardio e Pulmonar	
	Exames e Procedimentos Endoscópicos	
	Teste Completo do Pezinho	
Manometria		
7	Mamografia	117,13
	Genética (Cariotipo, etc.)	
	PH Metria Esofágico	
8	Polissonografia	251,00
	Ressonância Magnética (em geral)	
9	Exames de Biologia Molecular	117,35
10	PET-SCAN Oncológico	836,70
11	Fisioterapia (cada sessão)	8,35
12	Acupuntura (cada sessão)	50,20
13	Hemodiálise (cada sessão)	58,56
14	Tomografia Computadorizada	100,40
15	Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) não hormonal com dispositivo	83,66
16	Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) hormonal	330,60
17	Internação clínica e cirúrgica	340,66
18	Internação psiquiátrica a partir do 31º dia	50%
19	Consultas ou Sessões envolvendo terapias e/ou profissionais contratualmente não cobertos	50% limitado ao máximo de R\$ 200,00 (duzentos reais) por mês e por beneficiário
20	Terapias do Espectro Autista com Aplicadores (AT)	50% limitado ao máximo de R\$ 200,00 (duzentos reais) por mês e por beneficiário
21	Terapias do Espectro Autista com Supervisão de Aplicadores	50% limitado a R\$ 200,00 (duzentos reais) por mês e por beneficiário.
obs	LIMITE MAXIMO COBRANÇA COPARTICIPAÇÃO RUBRICAS 1 A 7 & 11	225,32

Validade até 31 de Julho de 2023