

TABELA DE MENSALIDADES CRO/RS									
ABRANGÊNCIA	ESTADUAL				NACIONAL				
ACOMODAÇÃO	COLETIVA		INDIVIDUAL		COLETIVA		INDIVIDUAL		
PRODUTOS ANS	467.186/12-4	467.183/12-0	467.181/12-3	467.182/12-1	467.179/12-1	467.185/12-6	467.180/12-5	467.184/12-8	
NOME	Estadual Beta Prata	Estadual Alfa Prata	Estadual Beta Ouro	Estadual Alfa Ouro	Nacional Beta Prata	Nacional Delta Prata	Nacional Beta Ouro	Nacional Delta Ouro	
Com ou Sem Alto Custo	Sem Alto Custo	Com Alto Custo	Sem Alto Custo	Com Alto Custo	Sem Alto Custo	Com Alto Custo	Sem Alto Custo	Com Alto Custo	
COPARTICIPAÇÃO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
FAIXA ETARIA	Valores								
000-018	R\$ 231,44	R\$ 277,10	R\$ 330,09	R\$ 395,24	R\$ 290,77	R\$ 348,15	R\$ 414,80	R\$ 496,59	
019-023	R\$ 300,87	R\$ 360,25	R\$ 429,16	R\$ 513,84	R\$ 378,02	R\$ 452,59	R\$ 539,23	R\$ 645,63	
024-028	R\$ 370,29	R\$ 443,37	R\$ 528,14	R\$ 632,40	R\$ 465,22	R\$ 557,04	R\$ 663,65	R\$ 794,07	
029-033	R\$ 428,19	R\$ 514,16	R\$ 610,68	R\$ 731,18	R\$ 537,96	R\$ 644,08	R\$ 767,31	R\$ 918,70	
034-038	R\$ 520,72	R\$ 623,47	R\$ 742,74	R\$ 889,28	R\$ 654,26	R\$ 783,35	R\$ 933,24	R\$ 1.117,35	
039-043	R\$ 624,89	R\$ 748,17	R\$ 891,28	R\$ 1.067,11	R\$ 785,10	R\$ 940,00	R\$ 1.119,87	R\$ 1.340,77	
044-048	R\$ 810,04	R\$ 969,87	R\$ 1.155,38	R\$ 1.383,33	R\$ 1.017,75	R\$ 1.218,54	R\$ 1.451,69	R\$ 1.729,66	
049-053	R\$ 1.018,34	R\$ 1.219,27	R\$ 1.452,49	R\$ 1.739,05	R\$ 1.279,44	R\$ 1.531,88	R\$ 1.824,98	R\$ 2.185,04	
054-058	R\$ 1.180,35	R\$ 1.413,21	R\$ 1.683,52	R\$ 2.015,65	R\$ 1.482,98	R\$ 1.775,56	R\$ 2.115,30	R\$ 2.532,55	
059 OU MAIS	R\$ 1.386,34	R\$ 1.659,86	R\$ 1.977,34	R\$ 2.367,47	R\$ 1.741,77	R\$ 2.085,45	R\$ 2.484,48	R\$ 2.974,61	

TAXA DE INSCRIÇÃO R\$ 18,52

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	52,28
2	Sessões de Nutrição	27,52
	Sessões em Terapia Ocupacional	
	Sessões em Fonoaudiologia	
	Sessões de Psicoterapia c/psicólogos	
3	Análises Clínicas/cada exame	7,33
	Citopatológico / Diagnose em Ginecologia	
4	RX Convencional	12,84
	Provas Ventilatórias / Espirometrias	
	Exames de Cardiologia	
	Alergologia	
	Teste do Pezinho – Simples	
	Exames de Oftalmologia / Exames de Otorrinolaringologia	
5	Exames Anátomo Patológicos	36,69
	Ecografia / Ultrassonografia	
	Neurofisiologia clínica	
6	Densitometria Óssea	54,49
	Medicina Nuclear In Vivo	
	Neuroradiologia	
	Angiografia / Angiologia	
	Teste Cardio e Pulmonar	
	Exames e Procedimentos Endoscópicos	
	Teste Completo do Pezinho	
	Manometria	
Mamografia		
7	Genética (Cariotipo, etc.)	128,41
	PH Metria Esofágio	
	Polissonografia	
8	Ressonância Magnética (em geral)	275,17
9	Exames de Biologia Molecular	128,65
10	PET-SCAN Oncológico	917,27
11	Fisioterapia (cada sessão)	9,15
12	Acupuntura (cada sessão)	55,04
13	Hemodiálise (cada sessão)	64,20
14	Tomografia Computadorizada	110,07
15	Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) não hormonal com dispositivo	91,72
16	Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) hormonal	362,43
17	Internação clínica e cirúrgica	373,47
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\$ 219,26 (duzentose dezenove reais e vinte e seis centavos) por mês e por beneficiário
20	Terapias do Espectro Autista com Aplicadores (AT)	50% limitado ao máximo de R\$ 219,26 (duzentose dezenove reais e vinte e seis centavos) por mês e por beneficiário
21	Terapias do Espectro Autista com Supervisão de Aplicadores	50% limitado ao máximo de R\$ 219,26 (duzentose dezenove reais e vinte e seis centavos) por mês e por beneficiário
obs	LIMITE MAXIMO COBRANÇA COPARTICIPAÇÃO RUBRICAS	1 A 7 & 11 246,92

Validade até
31 de Julho
 de 2024

