

PORTE I (de 2 a 15 vidas) e PORTE II (de 16 a 29 vidas)

NOSSO MÉDICO			NOSSO PLANO								
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO					
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART			
REGISTRO ANS	496.688/23-1	496.689/23-9	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1			
CÓD. INTERNO	24209	24207	21217	21218	21219	11789	11791	11790			
00 a 18 anos	R\$ 158,29	R\$ 236,77	R\$ 188,90	R\$ 253,04	R\$ 378,90	R\$ 121,05	R\$ 175,73	R\$ 262,92			
19 a 23 anos	R\$ 177,28	R\$ 265,18	R\$ 211,57	R\$ 283,40	R\$ 424,37	R\$ 135,58	R\$ 196,82	R\$ 294,47			
24 a 28 anos	R\$ 198,55	R\$ 297,00	R\$ 236,96	R\$ 317,41	R\$ 475,29	R\$ 151,85	R\$ 220,44	R\$ 329,81			
29 a 33 anos	R\$ 228,33	R\$ 341,55	R\$ 272,50	R\$ 365,02	R\$ 546,58	R\$ 174,63	R\$ 253,51	R\$ 379,28			
34 a 38 anos	R\$ 262,58	R\$ 392,78	R\$ 313,38	R\$ 419,77	R\$ 628,57	R\$ 200,82	R\$ 291,54	R\$ 436,17			
39 a 43 anos	R\$ 312,47	R\$ 467,41	R\$ 372,92	R\$ 499,53	R\$ 748,00	R\$ 238,98	R\$ 346,93	R\$ 519,04			
44 a 48 anos	R\$ 390,59	R\$ 584,26	R\$ 466,15	R\$ 624,41	R\$ 935,00	R\$ 298,73	R\$ 433,66	R\$ 648,80			
49 a 53 anos	R\$ 488,24	R\$ 730,33	R\$ 582,69	R\$ 780,51	R\$ 1.168,75	R\$ 373,41	R\$ 542,08	R\$ 811,00			
54 a 58 anos	R\$ 830,01	R\$ 1.241,56	R\$ 990,57	R\$ 1.326,87	R\$ 1.986,88	R\$ 634,80	R\$ 921,54	R\$ 1.378,70			
59 anos ou mais	R\$ 929,61	R\$ 1.390,55	R\$ 1.109,44	R\$ 1.486,09	R\$ 2.225,31	R\$ 710,98	R\$ 1.032,12	R\$ 1.544,14			

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO MÉDICO			NOSSO PLANO								
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO					
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART			
REGISTRO ANS	496.688/23-1	496.689/23-9	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1			
CÓD. INTERNO	24209	24207	21217	21218	21219	11789	11791	11790			
De "00 a 18" a "19 a 23"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%			
De "19 a 23" a "24 a 28"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%			
De "24 a 28" a "29 a 33"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%			
De "29 a 33" a "34 a 38"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%			
De "34 a 38" a "39 a 43"	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%			
De "39 a 43" a "44 a 48"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%			
De "44 a 48" a "49 a 53"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%			
De "49 a 53" a "54 a 58"	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%			
De "54 a 58" a "59 ou mais"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%			

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 65,47	R\$ 20,90
ODONTO PROTEÇÃO	471.906/14-9	8764	-	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA.

OBS: - A odontologia deverá ser adquirida em contrato separado do médico.

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

PLANO	NOSSO MÉDICO	NOSSO PLANO
TX. ADESAO*	R\$ 15,00	R\$ 15,00

*Por usuário

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 471.906.14-9), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no contrato (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; implante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 26,52
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 42,43
Exames Simples	-	30,00%	Limitado a R\$ 31,82
Exames Complexos	-	30,00%	Limitado a R\$ 95,47
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 64,9;	50,00% Limitado a R\$ 64,92

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Observação: As partes convencionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas aos colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em SALVADOR - BA, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal