

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

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	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	21217	21218	21219	11789	11791	11790
00 a 18 anos	R\$ 188,90	R\$ 253,04	R\$ 378,90	R\$ 121,05	R\$ 175,73	R\$ 262,92
19 a 23 anos	R\$ 211,57	R\$ 283,40	R\$ 424,37	R\$ 135,58	R\$ 196,82	R\$ 294,47
24 a 28 anos	R\$ 236,96	R\$ 317,41	R\$ 475,29	R\$ 151,85	R\$ 220,44	R\$ 329,81
29 a 33 anos	R\$ 272,50	R\$ 365,02	R\$ 546,58	R\$ 174,63	R\$ 253,51	R\$ 379,28
34 a 38 anos	R\$ 313,38	R\$ 419,77	R\$ 628,57	R\$ 200,82	R\$ 291,54	R\$ 436,17
39 a 43 anos	R\$ 372,92	R\$ 499,53	R\$ 748,00	R\$ 238,98	R\$ 346,93	R\$ 519,04
44 a 48 anos	R\$ 466,15	R\$ 624,41	R\$ 935,00	R\$ 298,73	R\$ 433,66	R\$ 648,80
49 a 53 anos	R\$ 582,69	R\$ 780,51	R\$ 1.168,75	R\$ 373,41	R\$ 542,08	R\$ 811,00
54 a 58 anos	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\$ 1.109,44	R\$ 1.486,09	R\$ 2.225,31	R\$ 710,98	R\$ 1.032,12	R\$ 1.544,14

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; reimplante 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	/ALOR 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 PLANO
TX. ADESÃO*	R\$ 15,00

*Por usuário

Local

Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	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	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%
De "19 a 23" a "24 a 28"	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%
De "29 a 33" a "34 a 38"	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%
De "39 a 43" a "44 a 48"	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%
De "49 a 53" a "54 a 58"	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%

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\$ 64,92	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 FEIRA DE SANTANA - BA, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.