

*Preços, condições e critérios de aceitação, estão sujeitos a confirmação da operadora no processo de fechamento do contrato

HAPVIDA ALLCARE			
Produto	NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO)	NOSSO PLANO E (COM ODONTO)	NOSSO PLANO A (COM ODONTO)
Cobertura	AMBULATORIAL	COMPLETO (AMB + HOSP + OBST) + ODONTOLÓGICO	COMPLETO (AMB + HOSP + OBST) + ODONTOLÓGICO
Acomodação	SEM ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
Coparticipação	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL Cód. ANS: 485.721/20-6	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL Cód. ANS: 485.701/20-1	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL Cód. ANS: 485.739/20-9
até 18 anos	R\$ 180,70	R\$ 228,00	R\$ 340,39
19 a 23 anos	R\$ 238,03	R\$ 299,93	R\$ 448,29
24 a 28 anos	R\$ 271,37	R\$ 344,44	R\$ 515,05
29 a 33 anos	R\$ 302,74	R\$ 385,39	R\$ 576,48
34 a 38 anos	R\$ 318,62	R\$ 404,49	R\$ 605,14
39 a 43 anos	R\$ 357,73	R\$ 456,66	R\$ 683,39
44 a 48 anos	R\$ 437,49	R\$ 556,41	R\$ 833,02
49 a 53 anos	R\$ 606,86	R\$ 766,63	R\$ 1.148,35
54 a 58 anos	R\$ 818,14	R\$ 1.033,82	R\$ 1.549,16
59 ou + anos	R\$ 1.062,62	R\$ 1.343,01	R\$ 2.012,95

ENTIDADES E PROFISSÕES
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
AEB: ESTUDANTE (CRECHE), ESTUDANTE CURSO TÉCNICO/ PRÉ-VESTIBULAR, ESTUDANTE FUNDAMENTAL/ MÉDIO, ESTUDANTE INFANTIL, ESTUDANTE REGULAR / SUPLETIVO, ESTUDANTE SUPERIOR; AFECOM DO BRASIL: FUNCIONARIOS DO COMÉRCIO DE BENS E SERVIÇOS; UNASFEM: SERVIDOR PÚBLICO - ESTADUAL, SERVIDOR PÚBLICO - FEDERAL, SERVIDOR PÚBLICO - MUNICIPAL; ANCEP: PROFISSIONAIS LIBERAIS;

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
Esta simulação poderá variar de acordo com o perfil do cliente, a critério da operadora. Preços, condições e regras de aceitação, estão sujeitas a confirmação da operadora no processo de implantação do contrato.
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
MÊS DE REAJUSTE - Fevereiro DATA DE ADESÃO VIGÊNCIAS VENDIMENTO De 01 a 10 do mês Dia 01 do mês subsequente Todo dia 01 de cada mês De 11 a 20 do mês Dia 10 do mês subsequente Todo dia 10 de cada mês De 21 a 30 do mês Dia 20 do mês subsequente Todo dia 20 de cada mês COPARTICIPAÇÃO TOTAL (30%) Procedimento Valor máximo por procedimento* Consulta Eletiva 21,22 Consulta de urgência/emergência 37,13 Exames simples 10,61 Exames complexos 53,04 Terapias (50%)..... 64,92 COPARTICIPAÇÃO PARCIAL (50%) Procedimento Valor máximo por procedimento* Terapias 64,92 * Os valores informados poderão ser reajustados.

REDE REFERENCIADA (Resumo) - Para rede completa clique aqui .
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
• NOSSO PLANO - Direito a atendimento na rede própria e hapclínicas + Hosp. Teresa de Lisieux, PA Cajazeiras (Otorrino das 07:00 às 19:00), PA Costa Azul, PA Uruguai; • LAURO DE FREITAS: PA Lauro de Freitas, Ultra Som Serv. Médicos; • FEIRA DE SANTANA: Hosp. Francisca de Sande; • CAMAÇARI: Hospital Semed.

OPCIONAIS, DIFERENCIAIS E REEMBOLSOS (Resumo)
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
Rede exclusiva e uma completa estrutura à sua disposição; Planos sem reembolso.

ÁREAS DE COMERCIALIZAÇÃO E ATENDIMENTO
Areas de Atendimento GRUPO DE MUNICÍPIOS: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
Areas de Comercialização Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador. Produtos: NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador.

CARÊNCIAS (Resumo)
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
APÓS INÍCIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO 24 HORAS- Urgência/ emergência; 30 DIAS - Consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC1), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG); 90 DIAS - Cobertura para os seguintes procedimentos, desde que não sejam PAC¹: Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; Exames Otorrinolaringológicos simples como: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Sessões multidisciplinares (como psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista e terapia ocupacional); Mamografia e Densitometria Óssea. 180 DIAS - Cirurgias ambulatoriais; Internação Hospitalar, clínica ou cirúrgica; Internações em leitos de alta complexidade; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; e Todos os exames não mencionados nos itens anteriores; 300 DIAS - Parto a termo

DEPENDENTES
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
CÔNJUGE OU COMPANHEIRO: •Cópia do RG; •Cópia do CPF; •Declaração de União Estável ou a Certidão de casamento, sem eventual concorrência com cônjuge salvo por decisão judicial; FILHOS NATURAIS, ADOTIVOS E ENTEADOS, NETOS ATÉ 24 ANOS INCOMPLETOS: •Cópia da Certidão de Nascimento ou RG; •Cópia do CPF; •Maiores de 21 anos comprovante da faculdade; FILHO INVÁLIDO: •Cópia da Certidão de Nascimento ou RG; •Cópia do CPF; •Certidão de Invalidez Emitido pelo INSS; MENOR SOB GUARDA E TUTELADOS ATÉ 24 ANOS INCOMPLETOS: •Cópia da Certidão de Nascimento ou RG; •Cópia do CPF; Cartão do SUS para todos os beneficiários https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/areacadastro.html

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
TITULAR: • Cópia do RG; • CPF; • Cartão Nacional de Saúde; • Comprovante de endereço; • Comprovação do vínculo do beneficiário à Entidade de Classe; OBS: Se o titular for menor de idade, será necessário apresentar cópia do RG e CPF do responsável legal.

FORMAS DE PAGAMENTO
Produtos: NOSSO PLANO AMB (COM ODONTO) • NOSSO PLANO E (COM ODONTO) • NOSSO PLANO A (COM ODONTO) •
TAXA DE ADESÃO: No ato da venda DEMAIS PARCELAS: No Boleto bancário ou Débito em conta - Banco Santander