

Seguem as simulações dos planos para análise. As condições apresentadas como preços, regras contratuais e comerciais, possuem validade e estão sujeitas à confirmação pelas operadoras/seguradoras no processo de fechamento dos contratos. Obrigado pela oportunidade.



HAPVIDA (VALLOR) — ADESÃO						
Produto	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO
Cobertura	Ambulatorial + Odontológico	Ambulatorial	Ambulatorial + Odontológico	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst com Odontológico	Amb + Hosp com Obstetrícia
Acomodação	Ambulatorial	Ambulatorial	Ambulatorial	Ambulatorial	Enfermaria	Enfermaria
Coparticipação	Total de 25%	Total de 25%	Parcial de 25%	Parcial de 25%	Total de 25%	Total de 25%
0 à 18	R\$ 122,88	R\$ 123,75	R\$ 191,66	R\$ 192,54	R\$ 198,76	R\$ 199,64
19 à 23	R\$ 161,54	R\$ 163,72	R\$ 252,54	R\$ 254,72	R\$ 261,34	R\$ 263,52
24 à 28	R\$ 184,04	R\$ 186,97	R\$ 287,95	R\$ 290,89	R\$ 300,07	R\$ 303,05
29 à 33	R\$ 205,20	R\$ 208,85	R\$ 321,26	R\$ 324,93	R\$ 335,70	R\$ 339,42
34 à 38	R\$ 215,91	R\$ 219,92	R\$ 338,12	R\$ 342,15	R\$ 352,33	R\$ 356,40
39 à 43	R\$ 242,29	R\$ 247,19	R\$ 379,66	R\$ 384,58	R\$ 397,72	R\$ 402,73
44 à 48	R\$ 296,10	R\$ 302,81	R\$ 464,37	R\$ 471,11	R\$ 484,52	R\$ 491,33
49 à 53	R\$ 410,34	R\$ 420,90	R\$ 644,24	R\$ 654,84	R\$ 667,44	R\$ 678,04
54 à 58	R\$ 552,84	R\$ 568,22	R\$ 868,61	R\$ 884,04	R\$ 899,93	R\$ 915,36
59 à 64	R\$ 717,75	R\$ 738,69	R\$ 1.128,25	R\$ 1.149,25	R\$ 1.168,97	R\$ 1.189,96
65 +	R\$ 717,75	R\$ 738,69	R\$ 1.128,25	R\$ 1.149,25	R\$ 1.168,97	R\$ 1.189,96

HAPVIDA (VALLOR) — ADESÃO						
Produto	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO
Cobertura	Amb + Hosp + Obst com Odontológico	Amb + Hosp com Obstetrícia	Amb + Hosp + Obst com Odontológico	Amb + Hosp com Obstetrícia	Amb + Hosp + Obst com Odontológico	Amb + Hosp com Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento	Apartamento
Coparticipação	Parcial de 25%	Parcial de 25%	Total de 25%	Total de 25%	Parcial de 25%	Parcial de 25%
0 à 18	R\$ 241,90	R\$ 242,77	R\$ 296,54	R\$ 297,42	R\$ 361,26	R\$ 362,14
19 à 23	R\$ 318,29	R\$ 320,46	R\$ 390,42	R\$ 392,59	R\$ 475,84	R\$ 478,02
24 à 28	R\$ 365,55	R\$ 368,53	R\$ 448,51	R\$ 451,48	R\$ 546,75	R\$ 549,73
29 à 33	R\$ 409,04	R\$ 412,75	R\$ 501,95	R\$ 505,67	R\$ 611,97	R\$ 615,69
34 à 38	R\$ 429,34	R\$ 433,38	R\$ 526,89	R\$ 530,95	R\$ 642,41	R\$ 646,47
39 à 43	R\$ 484,74	R\$ 489,72	R\$ 594,98	R\$ 599,98	R\$ 725,51	R\$ 730,51
44 à 48	R\$ 590,68	R\$ 597,46	R\$ 725,17	R\$ 731,97	R\$ 884,42	R\$ 891,23
49 à 53	R\$ 813,94	R\$ 824,49	R\$ 999,53	R\$ 1.010,12	R\$ 1.219,29	R\$ 1.229,90
54 à 58	R\$ 1.097,71	R\$ 1.113,06	R\$ 1.348,26	R\$ 1.363,66	R\$ 1.644,94	R\$ 1.660,36
59 à 64	R\$ 1.426,08	R\$ 1.446,98	R\$ 1.751,78	R\$ 1.772,75	R\$ 2.137,47	R\$ 2.158,46
65 +	R\$ 1.426,08	R\$ 1.446,98	R\$ 1.751,78	R\$ 1.772,75	R\$ 2.137,48	R\$ 2.158,46

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

"Esta simulação poderá variar de acordo com o perfil do cliente e a critério da operadora.
Preços, condições e critérios de aceitação da proposta estão sujeitos a análise e confirmação no momento da implantação do contrato."

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

MÊS DE REAJUSTE – Fevereiro

VIGÊNCIAS – 01, 10 e 20 de cada mês.

CRITÉRIOS

- Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- Acomodação equivalente ou inferior;
- Advindo de operadora congêneres.

RELAÇÃO DE CONGÊNERES: Amil, Seguros Unimed, SulAmerica, Unimed, Bradesco, Unimed Nacional (CNU).

REDE DE ATENDIMENTO (RESUMO)

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

- NOSSO PLANO – Direito a atendimento na rede própria e hapclínicas + Hosp. Teresa de Lisieux, PA Cajazeiras, PA Costa Azul, PA Uruguai;

Ou acesse a rede credenciada on-line: <https://webhap.hapvida.com.br/pls/webhap/webnewrwdecredenciada.selecionarede>

CARÊNCIAS

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

24 HORAS – Urgência ou Emergência;

24 DIAS – Consultas e Exames laboratoriais simples (exceto imunológicos, hormonais e PAC), Raio-X simples (radiografia sem contraste) e Eletrocardiograma;

90 DIAS – Exames Cardiológicos simples, Otorrinolaringológicos simples, Oftalmológicos simples, Raio-X com contraste, Ultrassonografia (exceto endoscópicas), Sessões multidisciplinares, Mamografia Convencional e Densitometria Óssea, exceto os considerados de Alta Complexidade;

180 DIAS – Internação hospitalares (clínica ou cirúrgica) e Cirurgias ambulatoriais exceto as relacionadas a patologias de CPT- Cobertura Parcial Temporária: Procedimentos Cirúrgicos, Internação em leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), como por exemplo, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), procedimentos que necessitam de Hemodinâmica, Radioterapia, Quimioterapia e para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores;

180 DIAS – Terapias.

300 DIAS – Parto.

24 MESES – Pré-existências.

COPARTICIPAÇÃO

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

COPARTICIPAÇÃO TOTAL

Procedimento Valor máximo por procedimento*

Consulta Eletiva R\$21,20

Consulta de urgência/emergência R\$37,10

Exames simples Limitado R\$10,60

Exames complexos Limitado R\$79,50

Terapias Neurológicas Limitado R\$68,90

Demais Terapias Limitado R\$21,20

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Procedimento Valor máximo por procedimento*

Terapias Neurológicas Especiais Limitado R\$68,90

Demais Terapias Limitado R\$21,20

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

* Os valores informados poderão ser reajustados.

DEPENDENTES

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

Pai/mãe: Certidão de casamento ou RG, CNH do pai/mãe do titular ou cônjuge do titular.

Avô/avó: Certidão de nascimento do titular / ou do cônjuge do titular.

Bisavô/bisavó: Certidão de nascimento do bisneto(a) e RG ou CNH do bisavô(ó) do titular.

Neto(a): Certidão de nascimento ou RG do neto(a) e do(a) filho(a) do titular, ou do filho do cônjuge do titular.

Irmão(a): Certidão de nascimento ou RG, CNH do irmão(a) do titular ou do cônjuge do titular.

Tio(a): Certidão de nascimento do titular ou cônjuge do titular.

Sobrinho(a): Certidão de nascimento ou RG, CNH do irmão(a) e do sobrinho(a) do titular ou do cônjuge do titular.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

TITULAR – Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência e de elegibilidade definido pela entidade de classe profissional, Cartão Nacional Saúde e Contra-cheque.

ENTIDADES E PROFISSÕES

Produtos: NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

Entidade: ANASERV (VALLOR)

Profissões: ADMINISTRADOR (COM CRA) | PROFISSIONAIS LIBERAIS

Entidade: ABRAEST

Profissões: ESTUDANTE FUNDAMENTAL/MÉDIO

Entidade: ABRAUNI

Profissões: ESTUDANTE CURSO TÉCNICO/ PRÉ VESTIBULAR | ESTUDANTE SUPERIOR

DIFERENCIAIS E REEMBOLSOS

Produtos:

NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO

Planos sem reembolso.

ÁREAS DE COMERCIALIZAÇÃO

Produtos:

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL - COM ODONTO | NOSSO PLANO - AMBULATORIAL - SEM ODONTO | NOSSO PLANO - ENFERMARIA - COM ODONTO | NOSSO PLANO - ENFERMARIA - SEM ODONTO | NOSSO PLANO - ENFERMARIA - SEM ODONTO | NOSSO PLANO - APARTAMENTO - COM ODONTO | NOSSO PLANO - APARTAMENTO - SEM ODONTO

Camaçari -

FORMAS DE PAGAMENTOS

Produtos:

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL - COM ODONTO | NOSSO PLANO - AMBULATORIAL - SEM ODONTO | NOSSO PLANO - ENFERMARIA - COM ODONTO | NOSSO PLANO - ENFERMARIA - SEM ODONTO | NOSSO PLANO - ENFERMARIA - SEM ODONTO | NOSSO PLANO - APARTAMENTO - COM ODONTO | NOSSO PLANO - APARTAMENTO - SEM ODONTO

TAXA DE ADESÃO no ato da venda / DEMAIS PARCELAS no Boleto bancário