



HAPVIDA (VALLOR) — ADESÃO						
Produto	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – COM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO – FSA
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\$ 196,79	R\$ 197,67
19 à 23	R\$ 161,54	R\$ 163,72	R\$ 252,54	R\$ 254,72	R\$ 258,75	R\$ 260,92
24 à 28	R\$ 184,04	R\$ 186,97	R\$ 287,95	R\$ 290,89	R\$ 297,08	R\$ 300,06
29 à 33	R\$ 205,20	R\$ 208,85	R\$ 321,26	R\$ 324,93	R\$ 332,35	R\$ 336,07
34 à 38	R\$ 215,91	R\$ 219,92	R\$ 338,12	R\$ 342,15	R\$ 348,81	R\$ 352,88
39 à 43	R\$ 242,29	R\$ 247,19	R\$ 379,66	R\$ 384,58	R\$ 393,74	R\$ 398,75
44 à 48	R\$ 296,10	R\$ 302,81	R\$ 464,37	R\$ 471,11	R\$ 479,66	R\$ 486,48
49 à 53	R\$ 410,34	R\$ 420,90	R\$ 644,24	R\$ 654,84	R\$ 660,73	R\$ 671,34
54 à 58	R\$ 552,84	R\$ 568,22	R\$ 868,61	R\$ 884,04	R\$ 890,88	R\$ 906,31
59 à 64	R\$ 717,75	R\$ 738,69	R\$ 1.128,25	R\$ 1.149,25	R\$ 1.157,19	R\$ 1.178,21
65 +	R\$ 717,75	R\$ 738,69	R\$ 1.128,25	R\$ 1.149,25	R\$ 1.157,19	R\$ 1.178,21

HAPVIDA (VALLOR) — ADESÃO						
Produto	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO – FSA	NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO – FSA
Cobertura	Amb + Hosp + Obst com Odontológico	Amb + Hosp com Obstetrícia	Amb + Hosp com Obstetrícia	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\$ 242,54	R\$ 248,42	R\$ 296,54	R\$ 297,42	R\$ 361,26	R\$ 368,11
19 à 23	R\$ 319,14	R\$ 327,92	R\$ 390,42	R\$ 392,59	R\$ 475,84	R\$ 485,89
24 à 28	R\$ 366,53	R\$ 377,11	R\$ 448,51	R\$ 451,48	R\$ 546,75	R\$ 558,78
29 à 33	R\$ 410,14	R\$ 422,35	R\$ 501,95	R\$ 505,67	R\$ 611,97	R\$ 625,84
34 à 38	R\$ 430,47	R\$ 443,47	R\$ 526,89	R\$ 530,95	R\$ 642,41	R\$ 657,13
39 à 43	R\$ 486,02	R\$ 501,12	R\$ 594,98	R\$ 599,98	R\$ 725,51	R\$ 742,55
44 à 48	R\$ 592,26	R\$ 611,36	R\$ 725,17	R\$ 731,97	R\$ 884,42	R\$ 905,92
49 à 53	R\$ 816,09	R\$ 843,68	R\$ 999,53	R\$ 1.010,12	R\$ 1.219,29	R\$ 1.250,16
54 à 58	R\$ 1.100,61	R\$ 1.138,98	R\$ 1.348,26	R\$ 1.363,66	R\$ 1.644,94	R\$ 1.687,72
59 à 64	R\$ 1.429,83	R\$ 1.480,67	R\$ 1.751,78	R\$ 1.772,75	R\$ 2.137,48	R\$ 2.194,04
65 +	R\$ 1.429,86	R\$ 1.480,67	R\$ 1.751,78	R\$ 1.772,75	R\$ 2.137,48	R\$ 2.194,04

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

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, Unimeds, Bradesco, Unimed Nacional (CNU).

REDE DE ATENDIMENTO (RESUMO)

Produtos:

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

- **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 – FSA | NOSSO PLANO – AMBULATORIAL – SEM ODONTO – FSA | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – COM ODONTO – FSA | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO – FSA | NOSSO PLANO – ENFERMARIA – SEM ODONTO – FSA | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – COM ODONTO – FSA | NOSSO PLANO – APARTAMENTO – SEM ODONTO – FSA

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

COPARTICIPAÇÃO TOTAL

Procedimento Valor máximo por procedimento*

Consulta Eletiva R\$21,20

Consulta de urgência/emergência R\$37,10

Exames simplesLimitado R\$10,60

Exames complexosLimitado R\$79,50

Terapias NeurológicasLimitado R\$68,90

Demais TerapiasLimitado R\$21,20

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Procedimento Valor máximo por procedimento*

Terapias Neurológicas EspeciaisLimitado R\$68,90

Demais TerapiasLimitado R\$21,20

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

* Os valores informados poderão ser reajustados.

DEPENDENTES

Produtos:

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

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

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

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

Planos sem reembolso.

ÁREAS DE COMERCIALIZAÇÃO

Produtos:

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

Feira de Santana –

FORMAS DE PAGAMENTOS

Produtos:

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

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