

Tabela de Vendas

PME - BOLETADO



Recife/PE

15%
DE DESCONTO

nas 3 primeiras mensalidades
Válido para as vigências no
mês de **dezembro/2025**

CORPe Saúde

ANS - nº 418960

Hapvida

ANS - nº 368253

v.novembro.2025

Recebimento de	Vigência	Vencimento fatura CORPe Saúde
20 dias antecedentes a vigência	Dia 1º	Dia 1º

Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente

		Ambulatorial	
Coparticipação		Coparticipação Total	Coparticipação Parcial
Plano		NOSSO PLANO A CE GM JN 090	NOSSO PLANO A CE GM JN 090
Registro ANS		484.248/19-1	484.248/19-1
Acomodação		Indisponível	Indisponível
Abrangência		Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Faixa Etária	00-18	R\$ 138,99	R\$ 216,98
	19-23	R\$ 155,66	R\$ 243,02
	24-28	R\$ 174,34	R\$ 272,18
	29-33	R\$ 200,50	R\$ 313,01
	34-38	R\$ 230,57	R\$ 359,96
	39-43	R\$ 274,38	R\$ 428,36
	44-48	R\$ 342,97	R\$ 535,45
	49-53	R\$ 428,72	R\$ 669,31
	54-58	R\$ 728,82	R\$ 1.137,83
	59/ +	R\$ 816,27	R\$ 1.274,37

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: junho/2026

		Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	
Coparticipação		Coparticipação Total	
Plano		NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Registro ANS		484.252/19-9	484.251/19-1
Acomodação		Enfermaria	Apartamento
Abrangência		Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
Faixa Etária	00-18	R\$ 197,17	R\$ 295,02
	19-23	R\$ 220,83	R\$ 330,42
	24-28	R\$ 247,33	R\$ 370,07
	29-33	R\$ 284,42	R\$ 425,59
	34-38	R\$ 327,09	R\$ 489,43
	39-43	R\$ 389,24	R\$ 582,41
	44-48	R\$ 486,55	R\$ 728,02
	49-53	R\$ 608,19	R\$ 910,02
	54-58	R\$ 1.033,92	R\$ 1.547,04
	59/ +	R\$ 1.157,99	R\$ 1.732,68

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: junho/2026

Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Coparticipação		Coparticipação Parcial	
Plano	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094	
Registro ANS	484.252/19-9	484.251/19-1	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
Faixa Etária	00-18	R\$ 247,98	R\$ 371,21
	19-23	R\$ 277,74	R\$ 415,75
	24-28	R\$ 311,06	R\$ 465,63
	29-33	R\$ 357,72	R\$ 535,48
	34-38	R\$ 411,38	R\$ 615,80
	39-43	R\$ 489,54	R\$ 732,81
	44-48	R\$ 611,93	R\$ 916,01
	49-53	R\$ 764,91	R\$ 1.145,01
	54-58	R\$ 1.300,35	R\$ 1.946,52
59/ +	R\$ 1.456,39	R\$ 2.180,10	

Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: junho/2026

NOTAS:

Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano" abrange exclusivamente a cobertura de assistência médica.

Planos Odontológicos

Plano	+ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Registro ANS	471.904/14-2
Assistência	Rede Completa
Abrangência	Nacional
Valor	R\$ 22,61
+ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP - Rede completa: conforme Rol de procedimentos da ANS.	

São considerados beneficiários titulares:

- Os sócios da pessoa jurídica contratante;
- Os administradores da pessoa jurídica contratante;
- Os trabalhadores temporários;
- Os estagiários e menores aprendizes.

Documentos necessários dos titulares:

- Cópias: RG + CPF + Comprovante de endereço;
- Contrato Social (ou a última alteração, se houver) ou, Requerimento de Empresário; Cartão de CNPJ (a partir de 6 meses);
- Documento de Comprovação de Endereço do Estabelecimento;
- Extrato completo do FGTS (para inclusão de funcionários).

Dependentes / Quem pode Aderir?	Documentos Necessários
Cônjuge ou Companheiro(a);	Cópias: RG + CPF + Certidão de casamento ou Declaração de união estável reconhecida em cartório.
Filhos naturais, adotivos e enteado solteiros, netos, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;	Cópias: RG + CPF + Certidão de nascimento Enteados: sendo o Titular. Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório. Netos: Documento que comprove vínculo com o Titular.
Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo Beneficiário Ativo Titular adotante, nos termos do art. 12, VII, da Lei nº 9.656/98, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial Documentação provisória deve estar dentro da validade.
Filhos inválidos de qualquer idade;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação atestando a invalidez emitido pelo INSS.
Os tutelados(as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos de idade incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial Documentação provisória deve estar dentro da validade.
Os curatelados(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, mediante comprovação legal pertinente.	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial Documentação provisória deve estar dentro da validade.

Planos	Área de Comercialização
NOSSO PLANO A CE GM JN 090 NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093 NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094	Recife, Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata.

Valores Coparticipação		
Procedimentos	Coparticipação Total	Coparticipação Parcial
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 23,53	-
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 40,39	-
Exames Simples	40% Limitado a R\$ 42,40	-
Exames Complexos	40% Limitado a R\$ 106,00	-
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 22,47	Valor fixo de R\$ 22,47

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Prazos de Carências

Grupos	Cobertura	Carências Contratuais
A	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	Vinte e quatro (24) horas
B	Cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG);	Trinta (30) dias
C	Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	Noventa (90) dias
D	Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o Beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: Cirurgias ambulatoriais; Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica; 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; Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional); Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	Cento e oitenta (180) dias
E	Parto a termo.	Trezentos (300) dias

Prazos de Carência (ODONTO)

Procedimentos	Prazos
Urgência e Emergência	24 horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações)	60 dias
Demais casos	180 dias

Cobertura Parcial Temporária

Cobertura	Carências Contratuais
CPT	24 meses

Havendo, na 'Declaração de Saúde', a informação de Doença(s) ou Lesão(ões) Preexistente(s) - DLP, ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba que possui no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, conforme o Art. 11 da Lei nº 9.656/98 e o Art. 4º, IX da Lei nº 9.961/00, ou sendo essas condições detectadas por meio de perícia médica, será aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT). Isso implica a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), por um período contínuo de 24 meses, contados a partir da data da vigência do benefício.

Termo de Concordância - Redução de Carência de Contratos Coletivos

Pelo presente Termo de Concordância acerca de redução de carências, do(a) **BENEFICIÁRIO(A)** vinculado à **CONTRATANTE** e ao Contrato acima indicados e a **CONTRATADA** vêm pactuar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

1.1. O(A) **BENEFICIÁRIO(A)** reconhece que, por ser a redução de carência uma liberalidade da **OPERADORA**, o presente termo de concordância acerca da redução de carências somente vigorará após a análise e o aceite da documentação que comprova que ele atende aos requisitos pré-estabelecidos pela **OPERADORA**.

1.2. Caso a documentação não seja aprovada pelo setor competente da **OPERADORA**, prevalecerão os prazos de carência previstos no pacto originalmente firmado com a **CONTRATANTE**, os quais deverão ser cumpridos integralmente pelo(a) **BENEFICIÁRIO(A)**.

1.3. As condições especiais aplicam-se exclusivamente aos beneficiários titulares com direito e aos dependentes, outora **BENEFICIÁRIOS**, oriundos de outras operadoras de planos de saúde, que estejam adimplentes no plano de origem, levando-se em consideração o critério de pré-pagamento.

CLÁUSULA SEGUNDA:

2.1. A partir da assinatura do presente Termo de Concordância acerca da redução de carências, o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** que comprovadamente atender às condições pré-estabelecidas, terá os prazos de carência reduzidos, de acordo com os itens abaixo elencados:

a) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, há mais de 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em **100% (cem por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE;**

b) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, entre 180 (cento e oitenta) dias e 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em **50% (cinquenta por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE;**

c) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, entre 30 (trinta) dias e 179 (cento e setenta e nove) dias, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em **30 (trinta) dias, devendo o(a) beneficiário(a) cumprir o prazo de carência restante de acordo com os prazos estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE e serão integralmente cumpridos pelo BENEFICIÁRIO.**

2.2. Cada beneficiário, titular com direito ou dependente, será considerado individualmente para fins de redução dos prazos de carência ou CPT, objeto do presente instrumento de aditamento contratual.

2.3. O(s) plano(s) de saúde, outora firmado(s) com operadora(s) de planos de saúde diversa(s) da **HAPVIDA**, deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação aqui aditada:

- a) Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- b) Acomodação equivalente ou inferior.

CLÁUSULA TERCEIRA:

3.1. A comprovação da condição de beneficiário na Operadora de origem será procedida pela apresentação da seguinte documentação, em cópia simples: Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da Operadora ou Administradora do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:

1. Nome completo do beneficiário;
2. Data de Nascimento;
3. CPF do beneficiário;
4. Nº de Registro da Operadora/Administradora;
5. Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
6. Segmentação do Produto e Acomodação;
7. Data de adesão do beneficiário;
8. Prazo de permanência ou data de cancelamento;
9. Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
10. Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão);

Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

- Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS

Na ausência de informações sobre adimplência:

- Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.

Operadoras Congenerês

Sulamerica (e Paraná Clínicas), Bradesco, Seguros Unimed, CNU, Amil, Unimed, Smile, Cassi e Geap.

A Rede Credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS.
Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site: <https://www.hapvida.com.br/site/rede-exclusiva>

ATENDIMENTO
100% Digital



 11 94478 3838

 11 4349 4200 (Opção 5) / 0800 940 0453 (Opção 5)

 apoioaocorretor@corpesaude.com.br

 www.corpesaude.com.br

Baixe o nosso app



IOS



ANDROID

R4 PRÊMIO
2024



**EMPRESA
CAMPEÃ**