

# Tabela de Vendas



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
20 dias antecedentes a vigência	Dia 10	Dia 10
20 dias antecedentes a vigência	Dia 20	Dia 20

Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente

Ambulatorial			
Coparticipação	Coparticipação Total	Coparticipação Parcial	
Plano	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 237	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 237	
Registro ANS	485.724/20-1	485.724/20-1	
Acomodação	Indisponível	Indisponível	
Assistência	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>1</sup>	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 97,06	R\$ 152,82
	19-23	R\$ 128,40	R\$ 202,18
	24-28	R\$ 146,63	R\$ 230,89
	29-33	R\$ 163,79	R\$ 257,90
	34-38	R\$ 172,47	R\$ 271,57
	39-43	R\$ 193,86	R\$ 305,25
	44-48	R\$ 237,48	R\$ 373,93
	49-53	R\$ 330,10	R\$ 519,76
	54-58	R\$ 445,63	R\$ 701,68
	59/ +	R\$ 579,32	R\$ 912,18

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

Reajuste: junho/2026

Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia			
Coparticipação	Coparticipação Total		
Plano	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 220	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 226	
Registro ANS	485.706/20-2	485.717/20-8	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	
Assistência	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>1</sup>	
Abrangência	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios	
	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 172,44	R\$ 258,66
	19-23	R\$ 227,63	R\$ 341,43
	24-28	R\$ 261,77	R\$ 392,65
	29-33	R\$ 293,19	R\$ 439,76
	34-38	R\$ 307,85	R\$ 461,75
	39-43	R\$ 347,87	R\$ 521,78
	44-48	R\$ 424,41	R\$ 636,57
	49-53	R\$ 585,68	R\$ 878,46
	54-58	R\$ 790,67	R\$ 1.185,92
	59/ +	R\$ 1.027,88	R\$ 1.541,70

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

Reajuste: junho/2026

		Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	
Coparticipação		Coparticipação Parcial	
Plano		NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 220	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 226
Registro ANS		485.706/20-2	485.717/20-8
Acomodação		Enfermaria	Apartamento
Assistência		Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>1</sup>
Abrangência		Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
		Com Odonto	Com Odonto
Faixa Etária	00-18	R\$ 245,05	R\$ 367,61
	19-23	R\$ 323,47	R\$ 485,25
	24-28	R\$ 371,99	R\$ 558,03
	29-33	R\$ 416,64	R\$ 625,00
	34-38	R\$ 437,47	R\$ 656,25
	39-43	R\$ 494,34	R\$ 741,57
	44-48	R\$ 603,10	R\$ 904,71
	49-53	R\$ 832,28	R\$ 1.248,50
	54-58	R\$ 1.123,58	R\$ 1.685,47
	59/ +	R\$ 1.460,65	R\$ 2.191,11

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

Reajuste: junho/2026

#### NOTAS:

Assistência Médica <sup>1</sup>: 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	PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA	+ODONTO PREMIUM ADESÃO
Registro ANS	485.365/20-2	476.835/16-3
Assistência	Rede Básica	Rede Completa
Abrangência	Nacional	Nacional
Valor	R\$ 3,26	R\$ 20,76
	Proteção Odontológica CA - Rede básica: Somente Urgência e Emergência.	+Odonto Premium Adesão - Rede completa: conforme Rol de procedimentos da ANS.

\*Médica <sup>1</sup>

### Titular | Documentos Necessários

Cópias: RG + CPF + Comprovante de endereço.

### Responsável Financeiro

Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos: Pai, mãe, tutor ou guardião, comprovado documentalente. **Documentos:** Cópias: RG + CPF.

Dependentes / Quem pode Aderir?	Documentos Necessários
Cônjuge ou Companheiro(a);	Cópias: RG + CPF + Certidão de casamento   Declaração de união estável.
Filho(a) e enteado(a) até até 24 anos incompletos ( 23 anos, 11 meses e 29 dias);	Cópias: RG + CPF + Certidão de nascimento   Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório.
Pai; mãe; avô(ó); neto(a);	Cópias: RG + CPF + Documento oficial comprobatório do vínculo de parentesco.
Irmão(ã); tio(a); e sobrinho(a).	Cópias: RG + CPF + Documento oficial comprobatório do vínculo de parentesco.

Titulares a partir de 18 anos para categoria estudantil seguirão a regra de dependentes a seguir:

Dependentes / Quem pode Aderir?	Documentos Necessários
O(a) Cônjuge ou Companheiro (a) do mesmo sexo ou do sexo oposto;	Cópias: RG + CPF + Certidão de Casamento + Declaração de União estável reconhecida no cartório.
Enteados(as), os filhos(as) naturais ou adotivos (as) solteiros (as) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias), ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento. Para filhos (as) adotivos: Documentação da adoção   Documentação provisória deve estar dentro da validade. Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório + Documentação que comprove o vínculo.
Filhos inválidos de qualquer idade;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação atestando a invalidez emitido pelo INSS.
Tutelados (as)/ curatelados (as), menor sob guarda com o respectivo termo de tutela e curatela ou guarda nos limites etários até 21 (vinte e um) anos 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.

Menores de 17 anos 11 meses e 29 dias, ficará facultada a inclusão como seus dependentes: Pai, Mãe e Irmãos.

Planos	Área de Atuação
NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 220	Cabo de Santo Agostinho e Recife.
NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 226	Cabo de Santo Agostinho e Recife.
NOSSO PLANO A CA GM CC QC 237	Cabo de Santo Agostinho, Goiana, Olinda, Paulista e Recife.

Área de Comercialização
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 Parcial	Coparticipação Total
Consultas Eletivas	Isento	Valor fixo R\$ 23,53
Consultas de Urgência	Isento	Valor fixo R\$ 40,39
Exames Simples	Isento	40% Limitado a R\$ 42,40
Exames Complexos	Isento	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 R\$ 22,47

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

## Documento de Elegibilidade para Titulares

Entidade	Podem aderir	Taxa associativa	Documentos necessários
	Servidores Público.	R\$ 5,00	Cópia do Holerite Atual ou Nomeação de cargo   Ficha Associativa.
	Profissionais Liberais: Administrador, Arquivista, Artistas e Atores, Cenógrafos, Compositores, Corretores, Enólogos, Leiloeiros, Parteiras, Publicitários, Músicos, Relações Publicas, Agrônomo, Médico, Zoológicos, Zootecnistas, Florestal, Médico Veterinário, Profissionais de Tecnologia da Informação, Arqueólogo, Geólogo, Geógrafo, Arquiteto e Urbanista, Assistente Social, Bibliotecário, Biólogo, Biomédico, Botânico, Ecólogo, Bioquímico, Químico, Contador, Auditor, Atuário, Economista, Enfermeiro, Engenheiro (todas as modalidades), Estatístico e Matemático, Farmacêutico, Físico, Geofísico, Astrônomo e Meteorologista, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, Historiador e Museólogo, Jornalista, Comunicólogo, Relações Publicas, Repórter, Médicos, Nutricionista, Dentista, Professor Particular (Primário, línguas, Universitário, de Pós Graduação). Pesquisadores em Geral, Psicólogo, Sociólogo, Antropólogo, Cientista Político, Etnógrafo e Demógrafo, Tradutor e Interprete, Profissionais com formação e comunicação Social com Ênfase em: (Rádio, TV e Internet), Radialismo, Comunicação organizacional, Cinema e Audiovisual, Mídias Digitais, Produção Editorial).	R\$ 8,00	Cópia do Diploma ou Registro em Conselho de Classe ou em Sindicato da Categoria   Ficha Associativa
	Empregados profissionais lojistas e comerciantes do Brasil.	R\$ 5,00	Cópia do Holerite Atual ou Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado   Ficha Associativa.
	Empregados de empresas do Ramo do Comércio, Serviços ou Sócios. Devidamente associados a entidade do comércio.	R\$ 9,00	<b>Comerciante:</b> Cópia do Contrato Social ou Última Alteração   Requerimento de Empresário ou MEI (com no mínimo 6 meses de registro e ativo). <b>Comerciário:</b> Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado ou Holerite Atual. Necessário o envio de Cartão do CNPJ   Ficha Associativa.
	Estudantes (a partir de 05 anos).	R\$ 8,00	Cópia do Certificado da Escola ou Declaração Escolar   Ficha Associativa.
	Profissionais da Pedagogia e Psicopedagogia, Empregados em Órgãos Públicos e Privados.	R\$ 8,00	Cópia do Diploma e Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado   Ficha Associativa.

## Prazos de Carências

Carências contratuais para os planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Item	Cobertura	Carências Contratuais
1	Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas no anexo I, em conformidade com a CONSU N° 13/98. Para a 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).	Vinte e quatro (24) horas
2	Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG). (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	Trinta (30) dias
3	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): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional;</li> <li>• Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina;</li> <li>• Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA);</li> <li>• Exames de Raio-X Contrastado;</li> <li>• Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos);</li> <li>• Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.</li> </ul>	Noventa (90) dias
4	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirurgias ambulatoriais;</li> <li>• Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica;</li> <li>• Internações em leitos de alta complexidade;</li> <li>• Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia;</li> <li>• 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);</li> <li>• Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.</li> </ul>	Cento e oitenta (180) dias
5	Cobertura de partos a termo.	Trezentos (300) dias

## Cobertura Parcial Temporária

Cobertura	Carências Contratuais
CPT	24 meses

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.

## 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, outrossim **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, outrossim 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, 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.corpessaude.com.br](http://www.corpessaude.com.br)

**Baixe o nosso app**



**IOS**



**ANDROID**

