



# TABELA DE PREÇOS

**RECIFE**

CORPe Saúde

ANS - nº 418960

GNDI

ANS - nº 359017

Hapvida

ANS - nº 368253

## TABELA RECIFE - PE

Coparticipação Segmentação Acomodação Assistência	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO TOTAL	
	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL	
	INDISPONÍVEL		INDISPONÍVEL	
	Médica 1		Médica 1	
<b>PLANO</b>	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	
Abrangência	Grupo de Municípios Com Odonto		Grupo de Municípios Com Odonto	
<b>Faixa Etária</b>	00-18	R\$ <b>147,48</b>	R\$ <b>94,87</b>	
	19-23	R\$ <b>194,05</b>	R\$ <b>124,45</b>	
	24-28	R\$ <b>221,14</b>	R\$ <b>141,65</b>	
	29-33	R\$ <b>246,62</b>	R\$ <b>157,84</b>	
	34-38	R\$ <b>259,51</b>	R\$ <b>166,03</b>	
	39-43	R\$ <b>291,28</b>	R\$ <b>186,21</b>	
	44-48	R\$ <b>356,08</b>	R\$ <b>227,36</b>	
	49-53	R\$ <b>493,65</b>	R\$ <b>314,73</b>	
	54-58	R\$ <b>665,27</b>	R\$ <b>423,73</b>	
	59/ +	R\$ <b>863,86</b>	R\$ <b>549,86</b>	

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

Coparticipação Segmentação Acomodação Assistência	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
	Médica 1	Médica 1	
<b>PLANO</b>	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 220	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 226	
Registro ANS	485.706/20-2		
Abrangência	Grupo de Municípios Com Odonto	Grupo de Municípios Com Odonto	
<b>Faixa Etária</b>	00-18	R\$ <b>252,79</b>	R\$ <b>368,41</b>
	19-23	R\$ <b>326,78</b>	R\$ <b>479,39</b>
	24-28	R\$ <b>372,55</b>	R\$ <b>548,05</b>
	29-33	R\$ <b>414,67</b>	R\$ <b>611,23</b>
	34-38	R\$ <b>434,32</b>	R\$ <b>640,71</b>
	39-43	R\$ <b>487,97</b>	R\$ <b>721,19</b>
	44-48	R\$ <b>590,57</b>	R\$ <b>875,10</b>
	49-53	R\$ <b>806,78</b>	R\$ <b>1.199,43</b>
	54-58	R\$ <b>1.081,59</b>	R\$ <b>1.611,66</b>
	59/ +	R\$ <b>1.399,58</b>	R\$ <b>2.088,68</b>

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

Coparticipação Segmentação Acomodação Assistência	COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
	Médica 1	Médica 1	
<b>PLANO</b>	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 220	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 226	
Registro ANS	485.706/20-2		
Abrangência	Grupo de Municípios Com Odonto	Grupo de Municípios Com Odonto	
<b>Faixa Etária</b>	00-18	R\$ <b>184,30</b>	R\$ <b>265,63</b>
	19-23	R\$ <b>236,36</b>	R\$ <b>343,71</b>
	24-28	R\$ <b>268,56</b>	R\$ <b>392,02</b>
	29-33	R\$ <b>298,20</b>	R\$ <b>436,47</b>
	34-38	R\$ <b>312,04</b>	R\$ <b>457,21</b>
	39-43	R\$ <b>349,79</b>	R\$ <b>513,84</b>
	44-48	R\$ <b>421,98</b>	R\$ <b>622,13</b>
	49-53	R\$ <b>574,13</b>	R\$ <b>850,33</b>
	54-58	R\$ <b>767,51</b>	R\$ <b>1.140,39</b>
	59/ +	R\$ <b>991,27</b>	R\$ <b>1.476,02</b>

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

Reajuste: dezembro/2024

Reajuste: dezembro/2024

Reajuste: dezembro/2024

**NOTAS:**

Assistência Médica 1: 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 Odontológico	
AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL
<b>+ODONTO PREMIUM ADESÃO</b>	<b>PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA</b>
Rede Completa	Rede Básica
476.835/16-3	485.365/20-2
Nacional	Nacional
R\$ 21,61	R\$ 3,31
<b>+Odonto Premium Adesão - Rede completa: conforme Rol de procedimentos da ANS.</b>	<b>Proteção Odontológica CA - Rede básica: Somente Urgência e Emergência.</b>

\*Medica 1

### 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 documentalmente. **Documentos:** Cópias: RG + CPF

Dependentes / Quem pode aderir?	Documentos Necessários
a) O(a) Cônjuge ou Companheiro (a) do mesmo sexo ou do sexo oposto, desde que comprove esta condição;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Certidão de casamento   Declaração de união estável.
b) Enteado(as), os filhos(as) naturais, netos (as), bisnetos (as), sobrinhos (as), até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias);	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Certidão de nascimento   Documentação que comprove vínculo com o titular   Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório.
c) Os filhos (as) adotivos (as) menores de 12 (doze) anos de idade incompletos, ou sob guarda ou tutela, com aproveitamento de carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial (Documentação provisória deve estar dentro da validade).
d) Os pais (mãe e pai), avós (avó e avô), bisavós (bisavó e bisavô), irmãos (ãs) e tios (as) do BENEFICIÁRIO TITULAR;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + 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.
Os filhos naturais, adotivos e enteados, e netos, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos ( 23 anos, 11 meses e 29 dias), até a data da vigência da proposta de adesão do beneficiário;	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.
Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular adotante, nos termos do art. 12, VII, da lei n 9.656/98, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; e	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial.
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

Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, São Lourenço da Mata e Recife.

\*Rede de atendimento: Recife

### Valores Coparticipação

PROCEDIMENTOS	COPART PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 21,00
Consultas de Urgência	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 31,50
Exames Simples	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 18,90
Exames Complexos	-	-	25,00%	Limitado a R\$ 73,50
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ R\$ 64,26	50,00%	Limitado a R\$ 64,26

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

### Documento de Elegibilidade para Titulares Ativos

Entidade	Podem aderir	Taxa Associativa	Documentos necessários
	Servidores Público.	<b>R\$ 5,00</b>	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 Públicas, Advogado, Agrônomo, Médico, Zoólogos, 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 Públicas, 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 Interpretador, Profissionais com formação e comunicação Social com Ênfase em: (Rádio, TV e Internet), Radialismo, Comunicação Organizacional, Cinema e Audiovisual, Mídias Digitais, Produção Editorial).	<b>R\$ 5,00</b>	Cópia do Holerite Atual ou Nomeação de cargo   Ficha Associativa.
	Empregados de empresas do Ramo do Comércio, Serviços ou Sócios. Devidamente associados a entidade do comércio.	<b>R\$ 5,00</b>	Comerciante: Cópia do Contrato Social ou Última Alteração   Requerimento de Empresário ou MEI (com no mínimo 6 meses de registro e ativo). Comerciarário: Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado ou Holerite Atual. Necessário o envio do Cartão do CNPJ   Ficha Associativa.
	Estudantes (a partir de 05 anos).	<b>R\$ 4,00</b>	Cópia do Certificado da Escola ou Declaração Escolar   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.** OPERADORA e CONTRATANTE acordam que o presente aditivo de redução de carências somente vigorará após a análise e o aceite da documentação que comprova que o(a) CONTRATANTE atende aos requisitos estabelecidos na CCE 2024.

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

**1.3.** A CCE 2024 aplica-se exclusivamente aos beneficiários, titulares com direito e dependentes, outrora contratantes de plano de saúde, adimplentes no plano de origem, levando-se em consideração o critério de pré-pagamento.

#### CLÁUSULA SEGUNDA:

**2.1.** A partir da assinatura do presente aditivo de redução de carências, o BENEFICIÁRIO, titular ou dependente, que comprovadamente atender aos critérios estabelecidos na CCE 2024, terá seus prazos de carências contratuais, bem como de Cobertura Parcial - CPT, reduzidos de acordo com o tempo de permanência em contrato anterior de plano de saúde, ou seja, os prazos de carências e CPT já cumpridos em plano anterior serão aproveitados. EXCETO: para sessões e terapias simples, especiais e multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional),

**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 beneficiário que atender as condições da CCE 2024, mas que esteja vinculado ao plano de anterior há menos de 300 (trezentos) dias, estará sujeito, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

**2.4.** O beneficiário que que atender as condições da CCE 2024, porém esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de anterior estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

**2.5.** O(s) plano(s) de saúde, outrora firmado(s) deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação aqui aditada:

- a) Segmentação assistencial equivalente ou superior;
- b) Rede de prestadores equivalente ou superior;
- c) Acomodação equivalente ou superior;
- d) Cobertura de Procedimentos e Serviços similares ou de maior complexidade.

#### CLÁUSULA TERCEIRA:

**3.1.** A comprovação da condição de beneficiário em contrato anterior será procedida pela apresentação da seguinte documentação, em cópia simples:

- a) Contrato;
- b) Ficha de adesão;
- c) Carteira(s);
- d) Comprovantes de pagamentos das 03 (três) últimas mensalidades do plano de saúde;
- e) Comprovante de Dados Cadastrais do Consumidor (COMPROVA), emitido no site [www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/comprovacomprovantedados-cadastrais-do-consumidor/emitir-comprovante-de-dados-cadastraisdo-consumidor](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/comprovacomprovantedados-cadastrais-do-consumidor/emitir-comprovante-de-dados-cadastraisdo-consumidor).

**Parágrafo único.** Em casos excepcionais, a documentação listada nos itens de "A" a "D" poderá ser substituída por original de DECLARAÇÃO da operadora anterior, devidamente assinada por responsável, com indicação dos dados a seguir listados, acompanhada do item "E" (COMPROVA DO SITE ANS):

- 1. Data de início do plano;
- 2. Cobertura, segmentação e acomodação operadoras;
- 3. Número de registro do produto e sua condição perante ANS; IV - Data de cancelamento, quando pertinente;
- 4. Comprovação de adimplência total do beneficiário.

#### CLÁUSULA QUARTA:

**4.1.** O presente aditivo terá vigência exclusiva para as novas contratações, com documentações aprovadas por setor competente da OPERADORA, ocorridas de **01/02/2024 a 30/06/2024**.

#### Operadoras contempladas:

- You Saúde (ANS: 42238-0) – Recife.
- Smile- Praças De Maceió, Natal, João Pessoa, Campina Grande, Recife e Brasília .
- Unimed todo Brasil
- Cassi Ans: 34665-9: Recife
- Nordeste Saúde

#### Operadoras Congenerês

Sulamerica • Bradesco • Seguros Unimed • CNU • Amil • Unimeds • Smile • Cassi • GEAP

### Redução de Carência - CCE 2024

**1.1. OPERADORA e CONTRATANTE** acordam que o presente aditivo de redução de carências somente vigorará após a análise e o aceite da documentação que comprova que o(a) **CONTRATANTE** atende aos requisitos estabelecidos na **CCE 2024**.

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

**1.3.** A **CCE 2024** aplica-se exclusivamente aos beneficiários, titulares com direito e dependentes, outrora contratantes de plano de saúde, adimplentes no plano de origem, levando-se em consideração o critério de pré-pagamento.

**2.1.** A partir da assinatura do presente aditivo de redução de carências, o **BENEFICIÁRIO**, titular ou dependente, que comprovadamente atender aos critérios estabelecidos na **CCE 2024**, terá seus prazos de carências contratuais, bem como de Cobertura Parcial - CPT, reduzidos de acordo com o tempo de permanência em contrato anterior de plano de saúde, ou seja, os prazos de carências e CPT já cumpridos em plano anterior serão aproveitados. **EXCETO:** para sessões e terapias simples, especiais e multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional),

**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 beneficiário que atender as condições da **CCE 2024**, mas que esteja vinculado ao plano de anterior há menos de 300 (trezentos) dias, estará sujeito, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

**2.4.** O beneficiário que que atender as condições da **CCE 2024**, porém esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de anterior estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

**2.5.** O(s) plano(s) de saúde, outrora firmado(s) deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação aqui aditada:

- Segmentação assistencial equivalente ou superior;
- Rede de prestadores equivalente ou superior;
- Acomodação equivalente ou superior;
- Cobertura de Procedimentos e Serviços similares ou de maior complexidade.

**3.1.** A comprovação da condição de beneficiário em contrato anterior será procedida pela apresentação da seguinte documentação, em cópia simples:

- Contrato;
- Ficha de adesão;
- Carteirinha(s);
- Comprovantes de pagamentos das 03 (três) últimas mensalidades do plano de saúde;
- Comprovante de Dados Cadastrais do Consumidor (COMPROVA), emitido no site [www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/comprova-comprovantede-dados-cadastrais-do-consumidor/emitir-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/comprova-comprovantede-dados-cadastrais-do-consumidor/emitir-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor).

**Parágrafo único.** Em casos excepcionais, a documentação listada nos itens de “A” a “D” poderá ser substituída por original de DECLARAÇÃO da operadora anterior, devidamente assinada por responsável, com indicação dos dados a seguir listados, acompanhada do item “E” (COMPROVA DO SITE ANS):

- Data de início do plano;
- Cobertura, segmentação e acomodação operadoras;
- Número de registro do produto e sua condição perante ANS; IV - Data de cancelamento, quando pertinente;
- Comprovação de adimplência total do beneficiário.

**4.1.** O presente aditivo terá vigência exclusiva para as novas contratações, com documentações aprovadas por setor competente da **OPERADORA**, ocorridas de **11/04/2024** a **30/06/2024**.

#### Operadoras contempladas:

- Amil – Todo Brasil.







**CORPe**  
SAÚDE

@ PLANOS DE  
SAÚDE ON-LINE

ATENDIMENTO  
**100% Digital**



-  11 99632 0453
-  11 4349 4200 (op. 4)
-  0800 940 0453 (op. 4)
-  apoioaocorretor@corpesaude.com.br
-  [www.corpesaude.com.br](http://www.corpesaude.com.br)



 **Google**  
★ ★ ★ ★ ★  
**Nos recomende  
e avalie**