

PORTE I (de 2 a 15 vidas) e PORTE II (de 16 a 29 vidas)

NOSSO MÉDICO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB+HOSP+OBST			AMB+HOSP+OBST		
SEGMENTAÇÃO	ENFERM		APART	ENFERM		APART
ACOMODAÇÃO	504.770/25-6		504.769/25-2	504.770/25-6		504.769/25-2
REGISTRO ANS	38730		38742	38729		38741
CÓD. INTERNO	38730		38742	38729		38741
00 a 18 anos	R\$	223,40	R\$ 334,36	R\$	177,63	R\$ 265,75
19 a 23 anos	R\$	250,21	R\$ 374,48	R\$	198,95	R\$ 297,64
24 a 28 anos	R\$	280,24	R\$ 419,42	R\$	222,82	R\$ 333,36
29 a 33 anos	R\$	322,28	R\$ 482,33	R\$	256,24	R\$ 383,36
34 a 38 anos	R\$	370,62	R\$ 554,68	R\$	294,68	R\$ 440,86
39 a 43 anos	R\$	441,04	R\$ 660,07	R\$	350,67	R\$ 524,62
44 a 48 anos	R\$	551,30	R\$ 825,09	R\$	438,34	R\$ 655,78
49 a 53 anos	R\$	689,13	R\$ 1.031,36	R\$	547,93	R\$ 819,73
54 a 58 anos	R\$	1.171,52	R\$ 1.753,31	R\$	931,48	R\$ 1.393,54
59 anos ou mais	R\$	1.312,10	R\$ 1.963,71	R\$	1.043,26	R\$ 1.560,76

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO MÉDICO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB+HOSP+OBST			AMB+HOSP+OBST		
SEGMENTAÇÃO	ENFERM		APART	ENFERM		APART
ACOMODAÇÃO	504.770/25-6		504.769/25-2	504.770/25-6		504.769/25-2
REGISTRO ANS	38730		38742	38729		38741
CÓD. INTERNO	38730		38742	38729		38741
De "00 a 18" a "19 a 23"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"		15,00%	15,00%		15,00%	15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"		15,00%	15,00%		15,00%	15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"		19,00%	19,00%		19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"		25,00%	25,00%		25,00%	25,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"		25,00%	25,00%		25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"		70,00%	70,00%		70,00%	70,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
SEGMENTAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
ACOMODAÇÃO	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
REGISTRO ANS	21217	21218	21219	11789	11791	11790
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
00 a 18 anos	R\$ 217,03	R\$ 248,06	R\$ 371,35	R\$ 139,00	R\$ 197,20	R\$ 295,11
19 a 23 anos	R\$ 243,07	R\$ 277,83	R\$ 415,91	R\$ 155,68	R\$ 220,86	R\$ 330,52
24 a 28 anos	R\$ 272,24	R\$ 311,17	R\$ 465,82	R\$ 174,36	R\$ 247,36	R\$ 370,18
29 a 33 anos	R\$ 313,08	R\$ 357,85	R\$ 535,69	R\$ 200,51	R\$ 284,46	R\$ 425,71
34 a 38 anos	R\$ 360,04	R\$ 411,53	R\$ 616,04	R\$ 230,59	R\$ 327,13	R\$ 489,57
39 a 43 anos	R\$ 428,45	R\$ 489,72	R\$ 733,09	R\$ 274,40	R\$ 389,28	R\$ 582,59
44 a 48 anos	R\$ 535,56	R\$ 612,15	R\$ 916,36	R\$ 343,00	R\$ 486,60	R\$ 728,24
49 a 53 anos	R\$ 669,45	R\$ 765,19	R\$ 1.145,45	R\$ 428,75	R\$ 608,25	R\$ 910,30
54 a 58 anos	R\$ 1.138,07	R\$ 1.300,82	R\$ 1.947,27	R\$ 728,88	R\$ 1.034,03	R\$ 1.547,51
59 anos ou mais	R\$ 1.274,64	R\$ 1.456,92	R\$ 2.180,94	R\$ 816,35	R\$ 1.158,11	R\$ 1.733,21

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
SEGMENTAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
ACOMODAÇÃO	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
REGISTRO ANS	21217	21218	21219	11789	11791	11790
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
De "00 a 18" a "19 a 23"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"		15,00%	15,00%		15,00%	15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"		15,00%	15,00%		15,00%	15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"		19,00%	19,00%		19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"		25,00%	25,00%		25,00%	25,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"		25,00%	25,00%		25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"		70,00%	70,00%		70,00%	70,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 471.906.14-9), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no contrato (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidênciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.

() Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 78,87	R\$ 23,25
ODONTO PROTEÇÃO	471.906/14-9	8764	-	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA.

OBS: - A odontologia deverá ser adquirida em contrato separado do médico.

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

PLANO	NOSSO PLANO	NOSSO MÉDICO
TX. ADESÃO*	R\$ 20,00	R\$ 20,00

*Por usuário

_____/_____/_____
Local Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	- Valor fixo R\$ 25,42
Consultas de Urgência	-	- Valor fixo R\$ 43,63
Exames Simples	-	40,00% limitado a R\$ 45,79
Exames Complexos	-	40,00% limitado a R\$ 114,48
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 78,87
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 24,27

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Observação: As partes convençionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas aos colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em RECIFE - PE, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal