

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

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST	AMB	AMB+HOSP+OBST	AMB	AMB+HOSP+OBST
S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	
484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	
21217	21218	21219	11789	11791	11790	
00 a 18 anos	R\$ 147,23	R\$ 210,33	R\$ 314,80	R\$ 128,47	R\$ 175,21	R\$ 262,14
19 a 23 anos	R\$ 164,90	R\$ 235,57	R\$ 352,58	R\$ 143,89	R\$ 196,24	R\$ 293,60
24 a 28 anos	R\$ 184,69	R\$ 263,84	R\$ 394,89	R\$ 161,16	R\$ 219,79	R\$ 328,83
29 a 33 anos	R\$ 212,39	R\$ 303,42	R\$ 454,12	R\$ 185,33	R\$ 252,76	R\$ 378,15
34 a 38 anos	R\$ 244,25	R\$ 348,93	R\$ 522,24	R\$ 213,13	R\$ 290,67	R\$ 434,87
39 a 43 anos	R\$ 290,66	R\$ 415,23	R\$ 621,47	R\$ 253,62	R\$ 345,90	R\$ 517,50
44 a 48 anos	R\$ 363,33	R\$ 519,04	R\$ 776,84	R\$ 317,03	R\$ 432,38	R\$ 646,88
49 a 53 anos	R\$ 454,16	R\$ 648,80	R\$ 971,05	R\$ 396,29	R\$ 540,48	R\$ 808,60
54 a 58 anos	R\$ 772,07	R\$ 1.102,96	R\$ 1.650,79	R\$ 673,69	R\$ 918,82	R\$ 1.374,62
59 anos ou mais	R\$ 864,72	R\$ 1.235,32	R\$ 1.848,88	R\$ 754,53	R\$ 1.029,08	R\$ 1.539,57

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 70,90	R\$ 20,90
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
TX. ADESAO*	R\$ 15,00

*Por usuário

_____/_____/_____
Local Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	- Valor fixo R\$ 21,20
Consultas de Urgência	-	- Valor fixo R\$ 37,10
Exames Simples	-	- Valor fixo R\$ 10,60
Exames Complexos	-	- Valor fixo R\$ 79,50
Terapias Neurológicas Especiais	-	- Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	-	- Valor fixo R\$ 21,20

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Observação: As partes convencionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas aos colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em CAMAÇARI - BA, 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