

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

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						
REGISTRO ANS	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
00 a 18 anos	R\$ 188,90	R\$ 253,04	R\$ 378,90	R\$ 121,05	R\$ 175,73	R\$ 262,92
19 a 23 anos	R\$ 211,57	R\$ 283,40	R\$ 424,37	R\$ 135,58	R\$ 196,82	R\$ 294,47
24 a 28 anos	R\$ 236,96	R\$ 317,41	R\$ 475,29	R\$ 151,85	R\$ 220,44	R\$ 329,81
29 a 33 anos	R\$ 272,50	R\$ 365,02	R\$ 546,58	R\$ 174,63	R\$ 253,51	R\$ 379,28
34 a 38 anos	R\$ 313,38	R\$ 419,77	R\$ 628,57	R\$ 200,82	R\$ 291,54	R\$ 436,17
39 a 43 anos	R\$ 372,92	R\$ 499,53	R\$ 748,00	R\$ 238,98	R\$ 346,93	R\$ 519,04
44 a 48 anos	R\$ 466,15	R\$ 624,41	R\$ 935,00	R\$ 298,73	R\$ 433,66	R\$ 648,80
49 a 53 anos	R\$ 582,69	R\$ 780,51	R\$ 1.168,75	R\$ 373,41	R\$ 542,08	R\$ 811,00
54 a 58 anos	R\$ 990,57	R\$ 1.326,87	R\$ 1.986,88	R\$ 634,80	R\$ 921,54	R\$ 1.378,70
59 anos ou mais	R\$ 1.109,44	R\$ 1.486,09	R\$ 2.225,31	R\$ 710,98	R\$ 1.032,12	R\$ 1.544,14

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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						
REGISTRO ANS	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
CÓD. INTERNO	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; evidencição 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\$ 65,47	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. ADESÃO*	R\$ 15,00

*Por usuário

Local _____ Data _____

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	- Valor fixo R\$ 20,00
Consultas de Urgência	-	- Valor fixo R\$ 35,00
Exames Simples	-	- Valor fixo R\$ 10,00
Exames Complexos	-	- Valor fixo R\$ 75,00
Terapias Neurológicas Especiais	-	- Valor fixo R\$ 65,00
Demais Terapias	-	- Valor fixo R\$ 20,00

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 FEIRA DE SANTANA - 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