

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

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	NOSSO PLANO						
	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		
S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART		
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\$ 200,54	R\$ 268,63	R\$ 402,31	R\$ 128,47	R\$ 135,82	R\$ 279,14	
19 a 23 anos	R\$ 224,60	R\$ 300,87	R\$ 450,59	R\$ 143,89	R\$ 152,11	R\$ 312,64	
24 a 28 anos	R\$ 251,55	R\$ 336,97	R\$ 504,66	R\$ 161,16	R\$ 170,37	R\$ 350,16	
29 a 33 anos	R\$ 289,28	R\$ 387,52	R\$ 580,36	R\$ 185,33	R\$ 195,92	R\$ 402,68	
34 a 38 anos	R\$ 332,67	R\$ 445,65	R\$ 667,41	R\$ 213,13	R\$ 225,31	R\$ 463,08	
39 a 43 anos	R\$ 395,88	R\$ 530,32	R\$ 794,22	R\$ 253,62	R\$ 268,12	R\$ 551,07	
44 a 48 anos	R\$ 494,85	R\$ 662,90	R\$ 992,78	R\$ 317,03	R\$ 335,15	R\$ 688,84	
49 a 53 anos	R\$ 618,56	R\$ 828,63	R\$ 1.240,98	R\$ 396,29	R\$ 418,94	R\$ 861,05	
54 a 58 anos	R\$ 1.051,55	R\$ 1.408,67	R\$ 2.109,67	R\$ 673,69	R\$ 712,20	R\$ 1.463,79	
59 anos ou mais	R\$ 1.177,74	R\$ 1.577,71	R\$ 2.362,83	R\$ 754,53	R\$ 797,66	R\$ 1.639,44	

**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\$ 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. ADESÃO*	R\$ 15,00

\*Por usuário

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	NOSSO PLANO						
	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		
S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART		
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%	

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	( ) COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	( ) COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
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 convenionam 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