

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

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	SEM AMB	COM FRANQUIA* AMB+HOSP+OBST	SEM AMB	COM FRANQUIA* AMB+HOSP+OBST	SEM AMB	COM FRANQUIA* AMB+HOSP+OBST
ACOMODADAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	492.130/22-5	491.925/22-4	491.917/22-3	492.130/22-5	491.925/22-4	491.917/22-3
CÓD. INTERNO	21298	21299	21300	11615	11022	11034
00 a 18 anos	R\$ 143,10	R\$ 191,65	R\$ 286,90	R\$ 112,89	R\$ 151,10	R\$ 226,06
19 a 23 anos	R\$ 160,27	R\$ 214,65	R\$ 321,33	R\$ 126,44	R\$ 169,23	R\$ 253,19
24 a 28 anos	R\$ 179,50	R\$ 240,41	R\$ 359,89	R\$ 141,61	R\$ 189,54	R\$ 283,57
29 a 33 anos	R\$ 206,43	R\$ 276,47	R\$ 413,87	R\$ 162,85	R\$ 217,97	R\$ 326,11
34 a 38 anos	R\$ 237,39	R\$ 317,94	R\$ 475,95	R\$ 187,28	R\$ 250,67	R\$ 375,03
39 a 43 anos	R\$ 282,49	R\$ 378,35	R\$ 566,38	R\$ 222,86	R\$ 298,30	R\$ 446,29
44 a 48 anos	R\$ 353,11	R\$ 472,94	R\$ 707,98	R\$ 278,58	R\$ 372,88	R\$ 557,86
49 a 53 anos	R\$ 441,39	R\$ 591,18	R\$ 884,98	R\$ 348,23	R\$ 466,10	R\$ 697,33
54 a 58 anos	R\$ 750,36	R\$ 1.005,01	R\$ 1.504,47	R\$ 591,99	R\$ 792,37	R\$ 1.185,46
59 anos ou mais	R\$ 840,40	R\$ 1.125,61	R\$ 1.685,01	R\$ 663,03	R\$ 887,45	R\$ 1.327,72

*Franquia nas interações conforme especificado em contrato e/ou aditivo em todos os planos de segmentação assistencial "AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA"

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; replante 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

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	SEM AMB	COM FRANQUIA* AMB+HOSP+OBST	SEM AMB	COM FRANQUIA* AMB+HOSP+OBST	SEM AMB	COM FRANQUIA* AMB+HOSP+OBST
ACOMODADAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	492.130/22-5	491.925/22-4	491.917/22-3	492.130/22-5	491.925/22-4	491.917/22-3
CÓD. INTERNO	21298	21299	21300	11615	11022	11034
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%

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.

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

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 BRASÍLIA - DF, 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