

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

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

INTEGRADO				
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL AMB+HOSP+OBST		COM COPARTICIPAÇÃO AMB+HOSP+OBST	
	ENFERM		ENFERM	
ACOMODAÇÃO				
REGISTRO ANS	482.991/19-3		482.991/19-3	
CÓD. INTERNO	21432		13087	
00 a 18 anos	R\$	228,45	R\$	125,65
19 a 23 anos	R\$	237,59	R\$	130,68
24 a 28 anos	R\$	237,59	R\$	130,68
29 a 33 anos	R\$	273,23	R\$	150,28
34 a 38 anos	R\$	314,21	R\$	172,82
39 a 43 anos	R\$	364,99	R\$	200,75
44 a 48 anos	R\$	562,08	R\$	309,16
49 a 53 anos	R\$	859,98	R\$	473,01
54 a 58 anos	R\$	967,22	R\$	531,99
59 anos ou mais	R\$	1.369,58	R\$	753,30

INTEGRADO				
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL AMB+HOSP+OBST		COM COPARTICIPAÇÃO AMB+HOSP+OBST	
	ENFERM		ENFERM	
ACOMODAÇÃO				
REGISTRO ANS	482.991/19-3		482.991/19-3	
CÓD. INTERNO	21432		13087	
De "00 a 18" a "19 a 23"		4,00%		4,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"		0,00%		0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"		15,00%		15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"		15,00%		15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"		16,16%		16,16%
De "39 a 43" a "44 a 48"		54,00%		54,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"		53,00%		53,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"		12,47%		12,47%
De "54 a 58" a "59 ou mais"		41,60%		41,60%

PLENO				
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL AMB+HOSP+OBST		COM COPARTICIPAÇÃO AMB+HOSP+OBST	
	ENFERM	APART	ENFERM	APART
ACOMODAÇÃO				
REGISTRO ANS	482.995/19-6		482.990/19-5	
CÓD. INTERNO	21433		10707	
00 a 18 anos	R\$	296,39	R\$	384,84
19 a 23 anos	R\$	308,25	R\$	400,23
24 a 28 anos	R\$	308,25	R\$	400,23
29 a 33 anos	R\$	354,49	R\$	460,26
34 a 38 anos	R\$	407,66	R\$	529,30
39 a 43 anos	R\$	473,54	R\$	614,83
44 a 48 anos	R\$	729,25	R\$	946,84
49 a 53 anos	R\$	1.115,75	R\$	1.448,67
54 a 58 anos	R\$	1.254,88	R\$	1.629,32
59 anos ou mais	R\$	1.776,91	R\$	2.307,12

PLENO				
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL AMB+HOSP+OBST		COM COPARTICIPAÇÃO AMB+HOSP+OBST	
	ENFERM	APART	ENFERM	APART
ACOMODAÇÃO				
REGISTRO ANS	482.995/19-6		482.990/19-5	
CÓD. INTERNO	21433		10707	
De "00 a 18" a "19 a 23"		4,00%		4,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"		0,00%		0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"		15,00%		15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"		15,00%		15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"		16,16%		16,16%
De "39 a 43" a "44 a 48"		54,00%		54,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"		53,00%		53,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"		12,47%		12,47%
De "54 a 58" a "59 ou mais"		41,60%		41,60%

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.

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	INTEGRADO	PLENO
TX. ADESÃO*	R\$ 15,00	R\$ 15,00

*Por usuário

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\$ 37,10

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 CAMPO GRANDE - MS, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Local

Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal