

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

INTEGRADO				
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	482.991/19-3		482.991/19-3	
CÓD. INTERNO	21432		13087	
00 a 18 anos	R\$	318,19	R\$	174,98
19 a 23 anos	R\$	330,92	R\$	181,98
24 a 28 anos	R\$	330,92	R\$	181,98
29 a 33 anos	R\$	380,56	R\$	209,28
34 a 38 anos	R\$	437,64	R\$	240,67
39 a 43 anos	R\$	508,36	R\$	279,56
44 a 48 anos	R\$	782,87	R\$	430,52
49 a 53 anos	R\$	1.197,79	R\$	658,70
54 a 58 anos	R\$	1.347,15	R\$	740,84
59 anos ou mais	R\$	1.907,56	R\$	1.049,03

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

INTEGRADO				
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM	
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	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO					
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST					
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART				
REGISTRO ANS	482.995/19-6	482.990/19-5	482.995/19-6	482.990/19-5				
CÓD. INTERNO	21433	21431	10707	10708				
00 a 18 anos	R\$	408,59	R\$	530,65	R\$	227,24	R\$	291,91
19 a 23 anos	R\$	424,93	R\$	551,88	R\$	236,33	R\$	303,59
24 a 28 anos	R\$	424,93	R\$	551,88	R\$	236,33	R\$	303,59
29 a 33 anos	R\$	488,67	R\$	634,66	R\$	271,78	R\$	349,13
34 a 38 anos	R\$	561,97	R\$	729,86	R\$	312,55	R\$	401,50
39 a 43 anos	R\$	652,78	R\$	847,81	R\$	363,06	R\$	466,38
44 a 48 anos	R\$	1.005,28	R\$	1.305,63	R\$	559,11	R\$	718,23
49 a 53 anos	R\$	1.538,08	R\$	1.997,61	R\$	856,44	R\$	1.098,89
54 a 58 anos	R\$	1.729,88	R\$	2.246,71	R\$	962,11	R\$	1.235,92
59 anos ou mais	R\$	2.449,51	R\$	3.181,34	R\$	1.362,35	R\$	1.750,06

PLENO								
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO					
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST					
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART				
REGISTRO ANS	482.995/19-6	482.990/19-5	482.995/19-6	482.990/19-5				
CÓD. INTERNO	21433	21431	10707	10708				
De "00 a 18" a "19 a 23"		4,00%		4,00%		4,00%		4,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"		15,00%		15,00%		15,00%		15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"		15,00%		15,00%		15,00%		15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"		16,16%		16,16%		16,16%		16,16%
De "39 a 43" a "44 a 48"		54,00%		54,00%		54,00%		54,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"		53,00%		53,00%		53,00%		53,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"		12,47%		12,47%		12,47%		12,47%
De "54 a 58" a "59 ou mais"		41,60%		41,60%		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; evidênciação 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 a 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. ADESAO*	R\$ 15,00	R\$ 15,00

*Por usuário

Local _____ / _____ / _____
Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 37,10
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 53,00
Exames Simples	-	-	Valor fixo R\$ 15,00
Exames Complexos	-	-	Valor fixo R\$ 106,00
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10

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 DOURADOS - MS, 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