

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\$	229,50	R\$ 126,18
19 a 23 anos	R\$	238,68	R\$ 131,23
24 a 28 anos	R\$	238,68	R\$ 131,23
29 a 33 anos	R\$	274,48	R\$ 150,91
34 a 38 anos	R\$	315,65	R\$ 173,55
39 a 43 anos	R\$	366,66	R\$ 201,60
44 a 48 anos	R\$	564,66	R\$ 310,46
49 a 53 anos	R\$	863,93	R\$ 475,00
54 a 58 anos	R\$	971,66	R\$ 534,23
59 anos ou mais	R\$	1.375,87	R\$ 756,47

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\$	297,77	R\$ 386,63	R\$ 163,73	R\$ 212,65
19 a 23 anos	R\$	309,68	R\$ 402,10	R\$ 170,28	R\$ 221,16
24 a 28 anos	R\$	309,68	R\$ 402,10	R\$ 170,28	R\$ 221,16
29 a 33 anos	R\$	356,13	R\$ 462,42	R\$ 195,82	R\$ 254,33
34 a 38 anos	R\$	409,55	R\$ 531,78	R\$ 225,19	R\$ 292,48
39 a 43 anos	R\$	475,73	R\$ 617,72	R\$ 261,58	R\$ 339,74
44 a 48 anos	R\$	732,62	R\$ 951,29	R\$ 402,83	R\$ 523,20
49 a 53 anos	R\$	1.120,91	R\$ 1.455,47	R\$ 616,33	R\$ 800,50
54 a 58 anos	R\$	1.260,69	R\$ 1.636,97	R\$ 693,19	R\$ 900,32
59 anos ou mais	R\$	1.785,14	R\$ 2.317,95	R\$ 981,56	R\$ 1.274,85

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.

() Cliente 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; reimplante 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 odontológica, 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. ADESAO*	R\$ 15,00	R\$ 15,00

*Por usuário

Local Data

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 convençionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas aos colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em TRÊS LAGOAS - 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

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO