

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

NOSSO PLANO						NOSSO MÉDICO					
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	485.918/20-9	493.820/22-8	485.924/20-3	485.918/20-9	493.820/22-8	485.924/20-3	502.309/25-2	502.310/25-6	502.309/25-2	502.310/25-6	
COD. INTERNO	21304	21305	21306	15100	15127	15104	36170	36168	36169	36167	
00 a 18 anos	R\$ 178,19	R\$ 222,45	R\$ 299,86	R\$ 116,50	R\$ 151,72	R\$ 204,36	R\$ 200,21	R\$ 269,87	R\$ 136,55	R\$ 183,92	
19 a 23 anos	R\$ 204,92	R\$ 255,82	R\$ 344,84	R\$ 133,98	R\$ 174,48	R\$ 235,01	R\$ 230,24	R\$ 310,36	R\$ 157,03	R\$ 211,51	
24 a 28 anos	R\$ 235,66	R\$ 294,19	R\$ 396,57	R\$ 154,08	R\$ 200,65	R\$ 270,26	R\$ 264,77	R\$ 356,91	R\$ 180,59	R\$ 243,23	
29 a 33 anos	R\$ 271,01	R\$ 338,32	R\$ 456,06	R\$ 177,19	R\$ 230,75	R\$ 310,80	R\$ 304,49	R\$ 410,45	R\$ 207,68	R\$ 279,72	
34 a 38 anos	R\$ 311,66	R\$ 389,07	R\$ 524,47	R\$ 203,77	R\$ 265,36	R\$ 357,42	R\$ 350,16	R\$ 472,02	R\$ 238,82	R\$ 321,68	
39 a 43 anos	R\$ 358,41	R\$ 447,43	R\$ 603,14	R\$ 234,34	R\$ 305,16	R\$ 411,03	R\$ 402,69	R\$ 542,83	R\$ 274,64	R\$ 369,93	
44 a 48 anos	R\$ 437,26	R\$ 545,86	R\$ 735,83	R\$ 285,89	R\$ 372,30	R\$ 501,46	R\$ 491,27	R\$ 662,25	R\$ 335,07	R\$ 451,31	
49 a 53 anos	R\$ 568,44	R\$ 709,62	R\$ 956,58	R\$ 371,66	R\$ 483,99	R\$ 651,90	R\$ 638,66	R\$ 860,92	R\$ 435,59	R\$ 586,71	
54 a 58 anos	R\$ 738,97	R\$ 922,51	R\$ 1.243,55	R\$ 483,16	R\$ 629,19	R\$ 847,47	R\$ 830,26	R\$ 1.119,20	R\$ 566,27	R\$ 762,72	
59 anos ou mais	R\$ 1.068,92	R\$ 1.334,41	R\$ 1.798,80	R\$ 698,89	R\$ 910,12	R\$ 1.225,87	R\$ 1.200,97	R\$ 1.618,92	R\$ 819,11	R\$ 1.103,28	

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 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.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETARIA

NOSSO PLANO						NOSSO MÉDICO					
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	485.918/20-9	493.820/22-8	485.924/20-3	485.918/20-9	493.820/22-8	485.924/20-3	502.309/25-2	502.310/25-6	502.309/25-2	502.310/25-6	
De "00 a 18" a "19 a 23"	21304	21305	21306	15100	15127	15104	36169	36167	36169	36167	
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	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%	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%	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%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,65%	44,65%	44,65%	44,65%	44,65%	44,65%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	

ODONTOLOGIA	REGISTRO	COD. INTERNO	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 21,53
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	NOSSO MÉDICO
TX. ADESÃO*	R\$ 15,00	R\$ 15,00

*Por usuário

Local

Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	40,00% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	40,00% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33

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

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

NOSSO PLANO						NOSSO MÉDICO					
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	485.918/20-9	493.818/22-6	487.730/20-6	485.918/20-9	493.818/22-6	487.730/20-6	502.309/25-2	502.310/25-6	502.309/25-2	502.310/25-6	
CÓD. INTERNO	21304	21307	21308	15100	14893	14814	36170	36168	36169	36167	
00 a 18 anos	R\$ 183,28	R\$ 219,99	R\$ 296,54	R\$ 119,80	R\$ 148,49	R\$ 200,01	R\$ 197,99	R\$ 266,89	R\$ 133,64	R\$ 180,01	
19 a 23 anos	R\$ 210,77	R\$ 246,39	R\$ 332,12	R\$ 137,77	R\$ 166,31	R\$ 224,01	R\$ 221,75	R\$ 298,91	R\$ 149,68	R\$ 201,61	
24 a 28 anos	R\$ 242,39	R\$ 275,96	R\$ 371,97	R\$ 158,44	R\$ 186,27	R\$ 250,89	R\$ 248,36	R\$ 334,77	R\$ 167,64	R\$ 225,80	
29 a 33 anos	R\$ 278,75	R\$ 317,35	R\$ 427,77	R\$ 182,21	R\$ 214,21	R\$ 288,52	R\$ 285,62	R\$ 384,99	R\$ 192,79	R\$ 259,67	
34 a 38 anos	R\$ 320,56	R\$ 364,95	R\$ 491,94	R\$ 209,54	R\$ 246,34	R\$ 331,80	R\$ 328,46	R\$ 442,75	R\$ 221,71	R\$ 298,62	
39 a 43 anos	R\$ 368,64	R\$ 434,29	R\$ 585,41	R\$ 240,97	R\$ 293,14	R\$ 394,84	R\$ 390,86	R\$ 526,87	R\$ 263,83	R\$ 355,36	
44 a 48 anos	R\$ 449,74	R\$ 542,86	R\$ 731,76	R\$ 293,98	R\$ 366,43	R\$ 493,55	R\$ 488,57	R\$ 658,58	R\$ 329,79	R\$ 444,20	
49 a 53 anos	R\$ 584,66	R\$ 678,58	R\$ 914,70	R\$ 382,17	R\$ 458,04	R\$ 616,94	R\$ 610,72	R\$ 823,23	R\$ 412,24	R\$ 555,25	
54 a 58 anos	R\$ 760,06	R\$ 1.153,59	R\$ 1.554,99	R\$ 496,82	R\$ 778,67	R\$ 1.048,80	R\$ 1.038,23	R\$ 1.399,49	R\$ 700,80	R\$ 943,92	
59 anos ou mais	R\$ 1.099,43	R\$ 1.292,02	R\$ 1.741,59	R\$ 718,65	R\$ 872,11	R\$ 1.174,66	R\$ 1.162,82	R\$ 1.567,43	R\$ 784,90	R\$ 1.057,19	

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO PLANO						NOSSO MÉDICO					
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	485.918/20-9	493.818/22-6	487.730/20-6	485.918/20-9	493.818/22-6	487.730/20-6	502.309/25-2	502.310/25-6	502.309/25-2	502.310/25-6	
De "00 a 18" a "19 a 23"	21304	21307	21308	15100	14893	14814	36169	36167	36169	36167	
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	12,00%	12,00%	15,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	15,00%	12,00%	12,00%	15,00%	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%	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%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	15,00%	19,00%	19,00%	15,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	25,00%	25,00%	22,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	25,00%	25,00%	30,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	70,00%	70,00%	30,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,65%	12,00%	12,00%	44,65%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	

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 PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 21,53
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	NOSSO MÉDICO
TX. ADESÃO*	R\$ 15,00	R\$ 15,00

*Por usuário

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgênc	-	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40,00%	Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40,00%	Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33

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 UBERLÂNDIA - MG, 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

Local _____ / ____ / ____
Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO