


Simulador Personalizado - Envio de Cotação - Saúde Individual

| Quantidade de Beneficiários por Faixa Etária |         |         |         |         |         |         |         |         |            |       |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|-------|
| 0 a 18                                       | 19 a 23 | 24 a 28 | 29 a 33 | 34 a 38 | 39 a 43 | 44 a 48 | 49 a 53 | 54 a 58 | 59 ou mais | Total |
|  |         |         |         |         |         |         |         |         | 1          | 1     |



SAÚDE



SAÚDE


HapVida Saúde

Taxa de Inscrição:  
15,00 por contrato

| Faixa Etária    | Nosso Plano QC   Copart.   S/Obstetrícia | Nosso Plano QP   Copart.   S/Obstetrícia |
|-----------------|--|--|
| Acomodação:     | Enf.                                     | Apto.                                    |
| Abrangência:    | Regional                                 | Regional                                 |
| Coparticipação: | Sim                                      | Sim                                      |
| 59 ou mais      | R\$ 601,15                               | R\$ 1.009,19                             |
| Total:          | R\$ 601,15                               | R\$ 1.009,19                             |



SAÚDE



SAÚDE

HapVida Saúde

Taxa de Inscrição:  
15,00 por contrato

| Faixa Etária    | Nosso Plano QC   S/Obstetrícia | Nosso Plano QP   S/Obstetrícia |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Acomodação:     | Enf.                           | Apto.                          |
| Abrangência:    | Regional                       | Regional                       |
| Coparticipação: | Não                            | Não                            |
| 59 ou mais      | R\$ 750,13                     | R\$ 1.116,01                   |
| Total:          | R\$ 750,13                     | R\$ 1.116,01                   |

REDE CREDENCIADA

Rede Referenciada

HOSPITAIS

**NATAL**  
**Natal**

- Hosp. Antônio Prudente De Natal - H

**São Gonçalo do Amarante**

- Hapvida - Pronto Atendimento Zona Norte - PA

**DEMAIS REGIÕES**  
**Mossoró**

- Hosp. Rodolfo Fernandes - H

LABORATÓRIOS

**NATAL**

- Clin. Felipe Camarão - Lab. Cto. - Hapvida
- Hapvida Diag. Alecrim

**NATAL**

- Lab. Zona Sul - Hapvida

**São Gonçalo do Amarante**

- Lab. Zona Norte - Hapvida



SAÚDE

## Lista de Procedimentos

| Procedimentos   | Carências Contratuais |
|---|-----------------------|
| Urgência e Emergências (Saúde e Odontologia)  | 24 horas              |
| Consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e Pac), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).  | 30 dias               |
| Odontologia - Consultas de diagnostico, prevenção e radiologia)   | 60 dias               |
| Exames cardiológicos (Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma convencional, oftalmológicos pedancimetrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA), Exceto os considerados de Alta Complexidade (PAC)  | 90 dias               |
| Internações hospitalares (clínicas ou cirúrgicas), cirurgias ambulatoriais, os seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados a patologia para qual o beneficiário cumpre CTP - Cobertura Parcial Temporária (Saúde e Odontologia) | 180 dias              |
| Partos a termo (apenas nos planos com segmentação Hospitalar com Obstetrícia).  | 300 dias              |
| Doenças e Lesões Preexistentes  | 720 dias              |

## Critério de redução de carência

**Idade limite para redução 58 anos 11 meses e 29 dias**

Mínimo de 06 meses de permanência no plano anterior;

Para ter redução de carência não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou do cancelamento do plano.

Permite junção de planos anteriores com comprovação de documentos desde que não tenha intervalo entre os planos.

Reduz carência de qualquer operadora que tenha registro na ANS.

**Ex - beneficiário Hapvida:** poderá ser feito através do corretor somente após 180 dias do cancelamento que se dará aos 90 dias de inadimplência.

**Documentos para ex- beneficiários de planos empresariais:** apresentar carta original ou cópia da operadora contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.

**Documentos para ex- beneficiários de planos individuais:** apresentar os 03 últimos boletos quitados e cópia da carteirinha com início de vigência e acomodação (enfermaria/apartamento), na falta da carteirinha apresentar carta original ou cópia da operadora contendo tipo da acomodação, data da inclusão e exclusão no plano, nomes dos dependentes com suas respectivas datas de inclusão e exclusão no plano, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e cópia da carteirinha.



SAÚDE

## Documentação

## Documentação

**Titular maior:** Cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde e comprovante de endereço (não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão).

**Titular menor:** Cópia do RG ou Certidão de Nascimento (obrigatório para os nascidos a partir de 01/2010), CPF e CNS-Cartão Nacional de Saúde. Para beneficiários até 01 ano de idade acrescentar cópia da alta hospitalar do bebê e carteira de maternidade documento que consta peso, altura, Apgar e carimbo do CRM do pediatra.

**Cônjuge/companheira:** Cópia do RG, CPF, CNS-Cartão Nacional de Saúde e certidão de casamento ou declaração de união estável com assinatura de ambos.

**Responsável Legal:** Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço (não podendo ultrapassar os 90 dias da emissão).

**Estrangeiros:** É obrigatória a apresentação do RNE, CPF e comprovante de endereço em nome próprio ou dos pais com comprovação de vínculo familiar.

**ATENÇÃO!** Aos valores apresentados não estão sendo somadas as taxas (exceto quando informado). As informações referentes a Preços, Redes, Carências, Documentações, Reembolsos e outros deverão ser verificadas e conferidas junto a respectiva operadora/seguradora no ATO da CONTRATAÇÃO. Esta Tabela/Ferramenta tem como objetivo facilitar o trabalho de pesquisa, porém não nos responsabilizamos por possíveis alterações que sejam feitas por parte das operadoras/seguradoras sem prévio aviso. Para maiores informações sobre a rede credenciada, consulte o Orientador Médico ou o site oficial da operadora para verificar as especialidades cobertas por cada prestador. Quaisquer outras dúvidas, como regras de comercialização ou outras dúvidas sobre o produto/plano, consulte a operadora/seguradora.