



15%
DE DESCONTO

nas 3 primeiras mensalidades
Válido para as vigências no
mês de **abril/2026**

TABELA DE PREÇOS

LONDRINA - PR

Recebimento de propostas

20 dias antecedente a vigência
20 dias antecedente a vigência
20 dias antecedente a vigência

Vigência

Dia 01°
Dia 10
Dia 20

Vencimento fatura CORPe Saúde

Dia 01°
Dia 10
Dia 20

Atenção! Os prazos para a entrega de propostas serão previamente informados.

Coparticipação Total
Coparticipação Parcial

PLANOS	Ambulatorial	Ambulatorial	
	NOSSO PLANO CA A GM CC CNP	NOSSO PLANO CA A GM CC CNP	
Registro ANS	495.843/23-8	495.843/23-8	
Acomodação	Indisponível	Indisponível	
Assistência	Médica ¹	Médica ¹	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	
Fator Moderador	Coparticipação	Coparticipação	
	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 113,03	R\$ 140,47
	19-23	R\$ 148,48	R\$ 184,79
	24-28	R\$ 169,10	R\$ 210,56
	29-33	R\$ 188,50	R\$ 234,82
	34-38	R\$ 198,31	R\$ 247,09
	39-43	R\$ 222,50	R\$ 277,33
	44-48	R\$ 271,83	R\$ 338,99
	49-53	R\$ 376,57	R\$ 469,93
	54-58	R\$ 507,22	R\$ 633,26
	59/ +	R\$ 658,41	R\$ 822,26

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Coparticipação Total

PLANOS	Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia				
	NOSSO PLANO CA AHO GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AHO GM CC APT CNP	PLENO CA AHO GM CC ENF CNP	PLENO CA AHO GM CC APT CNP	
Registro ANS	495.882/23-9	495.883/23-7	495.881/23-1	495.877/23-2	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	
Assistência	Médica ¹	Médica ¹	Médica ¹	Médica ¹	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Grupo de municípios	
Fator Moderador	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	
	Com Odonto	Com Odonto	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 177,56	R\$ 255,96	R\$ 359,63	R\$ 529,07
	19-23	R\$ 227,73	R\$ 331,23	R\$ 468,06	R\$ 691,73
	24-28	R\$ 258,77	R\$ 377,81	R\$ 535,16	R\$ 792,37
	29-33	R\$ 287,33	R\$ 420,66	R\$ 596,89	R\$ 884,97
	34-38	R\$ 300,64	R\$ 440,64	R\$ 625,71	R\$ 928,17
	39-43	R\$ 337,03	R\$ 495,23	R\$ 704,34	R\$ 1.046,13
	44-48	R\$ 406,61	R\$ 599,61	R\$ 854,73	R\$ 1.271,72
	49-53	R\$ 553,21	R\$ 819,57	R\$ 1.171,64	R\$ 1.747,08
	54-58	R\$ 739,55	R\$ 1.099,15	R\$ 1.574,44	R\$ 2.351,30
	59/ +	R\$ 955,19	R\$ 1.422,67	R\$ 2.040,55	R\$ 3.050,47

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Coparticipação Parcial

Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia					
PLANOS	NOSSO PLANO CA AHO GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AHO GM CC APT CNP	PLENO CA AHO GM CC ENF CNP	PLENO CA AHO GM CC APT CNP	
Registro ANS	495.882/23-9	495.883/23-7	495.881/23-1	495.877/23-2	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	
Assistência	Médica ¹	Médica ¹	Médica ¹	Médica ¹	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Grupo de municípios	Grupo de municípios	
Fator Moderador	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	Coparticipação	
	Com Odonto	Com Odonto	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 216,76	R\$ 314,76	R\$ 444,36	R\$ 656,15
	19-23	R\$ 279,48	R\$ 408,84	R\$ 579,92	R\$ 859,47
	24-28	R\$ 318,29	R\$ 467,05	R\$ 663,79	R\$ 985,29
	29-33	R\$ 354,00	R\$ 520,61	R\$ 740,95	R\$ 1101,03
	34-38	R\$ 370,66	R\$ 545,60	R\$ 776,96	R\$ 1155,04
	39-43	R\$ 416,14	R\$ 613,84	R\$ 875,27	R\$ 1.302,50
	44-48	R\$ 503,12	R\$ 744,31	R\$ 1.063,26	R\$ 1.584,48
	49-53	R\$ 686,42	R\$ 1.019,26	R\$ 1.459,42	R\$ 2.178,69
	54-58	R\$ 919,41	R\$ 1.368,74	R\$ 1.962,95	R\$ 2.933,96
59/ +	R\$ 1.189,00	R\$ 1.773,13	R\$ 2.545,60	R\$ 3.807,92	

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: junho/2026

Coparticipação Total

Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia			
PLANOS	NOSSO PLANO CA AH GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AH GM CC APT CNP	
Registro ANS	495.874/23-8	495.878/23-1	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	
Assistência	Médica ¹	Médica ¹	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	
Fator Moderador	Coparticipação	Coparticipação	
	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 165,01	R\$ 237,14
	19-23	R\$ 211,18	R\$ 306,38
	24-28	R\$ 239,74	R\$ 349,23
	29-33	R\$ 266,01	R\$ 388,65
	34-38	R\$ 278,28	R\$ 407,04
	39-43	R\$ 311,76	R\$ 457,26
	44-48	R\$ 375,78	R\$ 553,29
	49-53	R\$ 510,69	R\$ 755,65
	54-58	R\$ 682,17	R\$ 1.012,86
59/ +	R\$ 880,59	R\$ 1.310,50	

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: junho/2026

Coparticipação Parcial

Ambulatorial + Hospitalar Sem Obstetrícia

PLANOS	NOSSO PLANO CA AH GM CC ENF CNP	NOSSO PLANO CA AH GM CC APT CNP	
Registro ANS	495.874/23-8	495.878/23-1	
Acomodação	Enfermaria	Apartamento	
Assistência	Médica ¹	Médica ¹	
Abrangência	Grupo de municípios	Grupo de municípios	
Fator Moderador	Coparticipação	Coparticipação	
	Com Odonto	Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 201,08	R\$ 291,23
	19-23	R\$ 258,77	R\$ 377,78
	24-28	R\$ 294,48	R\$ 431,34
	29-33	R\$ 327,32	R\$ 480,61
	34-38	R\$ 342,65	R\$ 503,60
	39-43	R\$ 384,50	R\$ 566,37
	44-48	R\$ 464,52	R\$ 686,41
	49-53	R\$ 633,15	R\$ 939,35
	54-58	R\$ 847,49	R\$ 1.260,86
59/ +	R\$ 1.095,51	R\$ 1.632,89	

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Reajuste: Junho/2026

Planos Odontológicos

PLANOS	HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA	HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CA OD
Registro ANS	496.200/23-1	496.201/23-0
Abrangência	Nacional	Nacional
Valor	R\$ 3,26	R\$ 20,76
Acomodação	HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - Rede básica: Somente Urgência e Emergência.	HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CA OD - Rede completa: conforme Rol de procedimentos da ANS. Médica

Titular | Documentos necessários

Cópias: RG + CPF + Comprovante de endereço.

Responsável Financeiro

Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos: Pai ou mãe, comprovado documentalmente. **Documentos:** Cópias: RG + CPF

Dependentes / Quem pode aderir?	Documentos necessários
O (a) Cônjuge ou Companheiro (a);	Cópias: RG + CPF + Certidão de Casamento + Declaração de União Estável Reconhecida em Cartório.
Filho(a) e enteado(a) até até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias);	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento. Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório. Netos(as) Bisnetos(as), Sobrinhos(as): RG + CPF + Documento de identificação do beneficiário e do titular, que comprove o parentesco com o titular.
Pai; mãe; avô(ó); neto(a);	Cópias: RG + CPF + Documento que comprove vínculo com o titular.
Irmão(ã); tio(a); e sobrinho(a).	Cópias: RG + CPF + Documento que comprove vínculo com o titular.

Regras de Dependentes Exclusivo para Entidades Estudantis

Dependentes categoria estudantil para menores de 17 anos 11 meses e 29 dias.

Pai, Mãe e Irmãos.

Documentos necessários

Cópias: RG + CPF | Em caso de ambos aderirem o plano: Certidão de Casamento ou Declaração de União estável reconhecida no cartório. Tutor: Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial | Documentação provisória deve estar dentro da validade.

Titulares a partir de 18 anos para categoria estudantil seguirão a regra de dependentes a seguir

Dependentes / Quem pode aderir?	Documentos necessários
O(a) Cônjuge ou Companheiro (a) do mesmo sexo ou do sexo oposto;	Cópias: RG + CPF + Certidão de Casamento + Declaração de União Estável Reconhecida em Cartório.
Enteados(as), os filhos(as) naturais ou adotivos (as) solteiros (as) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias), ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento. Enteado: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório.
Filhos inválidos de qualquer idade;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação atestando a invalidez emitido pelo INSS.
Tutelados (as) / curatelados (as), menor sob guarda com o respectivo termo de tutela e curatela ou guarda nos limites etários até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA.	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial Documentação provisória deve estar dentro da validade.

Área de Comercialização

Planos	Área de Comercialização
NOSSO PLANO CA A GM CC CNP NOSSO PLANO CA AHO GM CC ENF CNP NOSSO PLANO CA AHO GM CC APT CNP NOSSO PLANO CA AH GM CC ENF CNP NOSSO PLANO CA AH GM CC APT CNP PLENO CA AHO GM CC ENF CNP PLENO CA AHO GM CC APTO CNP	Londrina, Arapongas, Rolândia, Cambé, Jataizinho, Ibiporã e Primeiro de Maio.

Área de Atuação

Planos	Área de Atuação
NOSSO PLANO CA A GM CC CNP NOSSO PLANO CA AHO GM CC ENF CNP NOSSO PLANO CA AHO GM CC APT CNP NOSSO PLANO CA AH GM CC ENF CNP NOSSO PLANO CA AH GM CC APT CNP	Curitiba, Londrina, Pinhais, São José dos Pinhais, Balneário Camboriú (SC) e Itajaí (SC).
PLENO CA AHO GM CC ENF CNP PLENO CA AHO GM CC APTO CNP	Almirante Tamandaré, Araucária, Cambé, Colombo, Curitiba, Ibiporã, Londrina, Pinhais, Rolândia, São José dos Pinhais, Balneário Camboriú (SC) e Itajaí (SC).

Valores Coparticipação - Total

Procedimentos	Nosso Plano (Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetria)	Pleno (Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetria)
Consultas Eletivas	Valor fixo de R\$ 40,39	Valor fixo de R\$ 40,39
Consultas de Urgência	Valor fixo de R\$ 57,24	Valor fixo de R\$ 57,24
Exames Simples	40% Limitado a R\$ 47,70	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	40% Limitado a R\$ 116,60	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo de R\$ 73,03	Valor fixo de R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo de R\$ 39,33	Valor fixo de R\$ 39,33

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Valores Coparticipação - Total

Procedimentos	Nosso Plano (Ambulatorial)
Consultas Eletivas	Valor fixo de R\$ 40,39
Consultas de Urgência	Valor fixo de R\$ 57,24
Exames Simples	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo de R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo de R\$ 39,33

Quadro meramente exemplificativo, valores poderão sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

Valores Coparticipação - Parcial

Procedimentos	Nosso Plano (Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetria)	Pleno (Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetria)
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Especiais	Valor fixo de R\$ 73,03	Valor fixo de R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo de R\$ 39,33	Valor fixo de R\$ 39,33

Valores exemplificativos. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Valores Coparticipação - Parcial

Procedimentos	Nosso Plano (Ambulatorial)
Consultas Eletivas	-
Consultas de Urgência	-
Exames Simples	-
Exames Complexos	-
Terapias Especiais	Valor fixo de R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo de R\$ 39,33

Quadro meramente exemplificativo, valores poderão sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

Documento de elegibilidade para titulares ativos

Entidade	Podem aderir	Taxa associativa	Documentos necessários
 ASSINDICOM	Empregados de empresas do Ramo do Comércio, Serviços ou Sócios. Devidamente associados a entidade do comércio.	R\$ 9,00	Comerciante: Cópia do Contrato Social ou Última Alteração Requerimento de Empresário ou MEI (com no mínimo 6 meses de registro e ativo). Comerciarário: Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado ou Holerite Atual. Necessário o envio do Cartão do CNPJ Ficha Associativa.
ABRALOC	Empresários, Proprietários e Sócios: Auto-escola, Barbeiros, Bares, Cabeleireiros, Cartórios, Casas de saúde, Clínicas, Empresas Gráficas, Escritórios de Advocacia, Fotógrafos, Funerárias, Hospitais, Hotéis, Institutos de beleza, Industriais, Informática, Instituições de Ensino, Instituições Financeiras, Imobiliárias, Laboratórios, Lanchonetes, Locadoras, Lojistas, Propaganda e Marketing, Restaurantes, Turismo Tais como: Agentes de Seguros, Contabilistas, Corretores de Navios, Mercadorias e de Imóveis, Despachantes de Mercadorias, Economistas, Leiloeiros, Representantes do Comércio, Transportadores.	R\$ 3,00	Contrato Social e Cartão de CNPJ. Obs. Serão aceitos MEI com no mínimo 6 meses de abertura da empresa. Ficha Associativa.
	Estudantes a partir de 5 (cinco) anos de idade.	R\$ 8,00	Cópia do Certificado da Escola ou Declaração Escolar Ficha Associativa.
 INDED	Os trabalhadores domésticos com vínculo CLT: Arrumador, Babá, Caseiro, Copeiro, Cuidador de Idoso, Cuidador de Saúde, Empregada Doméstica, Governanta, Jardineiro e Mordomo.	R\$ 5,00	Cópia do Holerite Atual e Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, Nome Completo e Contrato de Trabalho Ficha Associativa
 OBPP	Profissionais da Pedagogia e Psicopedagogia, Empregados em Órgãos Públicos e Privados.	R\$ 8,00	Cópia do Diploma e Carteira de Trabalho (CTPS) das páginas: Foto, CNPJ da Empresa, Nome Completo e Cargo do Empregado Ficha Associativa.

PRAZO DE CARÊNCIAS	
Descrição do Grupo	Prazos
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas no anexo I, em conformidade com a CONSU Nº 13/98. Para a cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS).	24 horas
Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	30 dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): <ul style="list-style-type: none"> Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea. 	90 dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: <ul style="list-style-type: none"> Cirurgias ambulatoriais; Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica; Internações em leitos de alta complexidade; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardíaco), Radioterapia e Quimioterapia; Consultas/Sessões e Terapias Simples, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras – (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, e terapia ocupacional); Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. 	180 dias
Partos a termo	300 dias

Carência do Plano Odontológico

Procedimentos	Prazo de carência
Urgência e Emergência;	24 horas
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações);	60 dias
Demais casos.	180 dias

Termo de Concordância - Redução de Carência de Contratos Coletivos

Pelo presente Termo de Concordância acerca de redução de carências, do(a) **BENEFICIÁRIO(A)** vinculado à **CONTRATANTE** e ao Contrato acima indicados e a **CONTRATADA** vêm pactuar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

1.1. O(A) **BENEFICIÁRIO(A)** reconhece que, por ser a redução de carência uma liberalidade da **OPERADORA**, o presente termo de concordância acerca da redução de carências somente vigorará após a análise e o aceite da documentação que comprova que ele atende aos requisitos pré- estabelecidos pela **OPERADORA**.

1.2. Caso a documentação não seja aprovada pelo setor competente da **OPERADORA**, prevalecerão os prazos de carência previstos no pacto originalmente firmado com a **CONTRATANTE**, os quais deverão ser cumpridos integralmente pelo(a) **BENEFICIÁRIO(A)**.

1.3. As condições especiais aplicam-se exclusivamente aos beneficiários titulares com direito e aos dependentes, outrora **BENEFICIÁRIOS**, oriundos de outras operadoras de planos de saúde, que estejam adimplentes no plano de origem, levando-se em consideração o critério de pré-pagamento.

CLÁUSULA SEGUNDA:

2.1. A partir da assinatura do presente Termo de Concordância acerca da redução de carências, o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** que comprovadamente atender às condições pré-estabelecidas, **terá os prazos de carência reduzidos**, de acordo com os itens abaixo elencados:

a) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, há mais de 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido **em 100% (cem por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes**, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE**;

b) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, entre 180 (cento e oitenta) dias e 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido **em 50% (cinquenta por cento) do número de dias de adimplência junto à referida Operadora, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes**, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE**;

c) Nos casos onde o(a) **BENEFICIÁRIO(A)** seja vinculado, **entre 30 (trinta) dias e 179 (cento e setenta e nove) dias, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 30 (trinta) dias, devendo o(a) beneficiário(a) cumprir o prazo de carência restante de acordo com os prazos estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a CONTRATANTE**, exceto para partos, Sessões e Terapias Simples, Especiais e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), bem como Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças e lesões pré-existentes, cujos prazos estão estabelecidos no instrumento contratual originalmente firmado com a **CONTRATANTE** e serão integralmente cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO**.

2.2. Cada beneficiário, titular com direito ou dependente, será considerado individualmente para fins de redução dos prazos de carência, objeto do presente instrumento de aditamento contratual.

2.3. O(s) plano(s) de saúde, outrora firmado(s) com operadora(s) de planos de saúde diversa(s) da **CLINIPAM**, deverá(ão), obrigatoriamente, ter as seguintes características em relação à contratação aqui aditada:

- a)** Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- b)** Acomodação equivalente ou inferior.

CLÁUSULA TERCEIRA:

3.1. A comprovação da condição de beneficiário na Operadora de origem será procedida pela apresentação da seguinte documentação, em cópia simples: Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da Operadora ou Administradora do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:

1. Nome completo do beneficiário;
2. Data de Nascimento;
3. CPF do beneficiário;
4. Nº de Registro da Operadora/Administradora;
5. Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
6. Segmentação do Produto e Acomodação;
7. Data de adesão do beneficiário;
8. Prazo de permanência ou data de cancelamento;
9. Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
10. Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão);

Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

- Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS

Na ausência de informações sobre adimplência:

Resumo de Rede de Atendimento

ATENDIMENTO
100% Digital



☎ 11 94478 3838

☎ 11 4349 4200 (Opção 5) / 0800 940 0453 (Opção 5)

✉ apoioaocorretor@corpesaude.com.br

🌐 www.corpesaude.com.br

Baixe o nosso app



IOS



ANDROID

