

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

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	NOSSO PLANO					
	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7
	21301	21302	21303	13174	13166	13158
00 a 18 anos	R\$ 123,85	R\$ 154,47	R\$ 200,40	R\$ 82,79	R\$ 103,14	R\$ 133,68
19 a 23 anos	R\$ 138,71	R\$ 173,01	R\$ 224,45	R\$ 92,72	R\$ 115,52	R\$ 149,72
24 a 28 anos	R\$ 155,36	R\$ 193,77	R\$ 251,38	R\$ 103,85	R\$ 129,38	R\$ 167,69
29 a 33 anos	R\$ 178,66	R\$ 222,84	R\$ 289,09	R\$ 119,43	R\$ 148,79	R\$ 192,84
34 a 38 anos	R\$ 205,46	R\$ 256,27	R\$ 332,45	R\$ 137,34	R\$ 171,11	R\$ 221,77
39 a 43 anos	R\$ 244,50	R\$ 304,96	R\$ 395,62	R\$ 163,43	R\$ 203,62	R\$ 263,91
44 a 48 anos	R\$ 305,63	R\$ 381,20	R\$ 494,53	R\$ 204,29	R\$ 254,53	R\$ 329,89
49 a 53 anos	R\$ 382,04	R\$ 476,50	R\$ 618,16	R\$ 255,36	R\$ 318,16	R\$ 412,36
54 a 58 anos	R\$ 649,47	R\$ 810,05	R\$ 1.050,87	R\$ 434,11	R\$ 540,87	R\$ 701,01
59 anos ou mais	R\$ 727,41	R\$ 907,26	R\$ 1.176,97	R\$ 486,20	R\$ 605,77	R\$ 785,13

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	NOSSO PLANO					
	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	ENFERM	APART
	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7
	21301	21302	21303	13174	13166	13158
De "00 a 18" a "19 a 23"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	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%
De "29 a 33" a "34 a 38"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%
De "54 a 58" a "59 ou mai	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 58,01	R\$ 20,03
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.

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO	() COPARTICIPAÇÃO	() COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 33,95
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 47,74
Exames Simples	-	-	40,00%	Limitado a R\$ 16,97
Exames Complexos	-	-	40,00%	Limitado a R\$ 63,65
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 64,92	50,00%	Limitado a R\$ 64,92

Obs.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO	R\$ 15,00

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.

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 BELO HORIZONTE - 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

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Local

Data