

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

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7
CÓD. INTERNO	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

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7	490.086/21-3	490.121/21-5	490.120/21-7
CÓD. INTERNO	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 mais"	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.

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 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.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	() COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	() COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 35,00
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 50,00
Exames Simples	-	-	Valor fixo R\$ 15,00
Exames Complexos	-	-	Valor fixo R\$ 100,00
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 65,00	Valor fixo R\$ 65,00
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 35,00	Valor fixo R\$ 35,00

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

Observação: As partes convenionam 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