

**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 ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
00 a 18 anos	R\$ 183,44	R\$ 245,71	R\$ 367,90	R\$ 117,56	R\$ 170,65	R\$ 255,30
19 a 23 anos	R\$ 205,45	R\$ 275,20	R\$ 412,05	R\$ 131,67	R\$ 191,13	R\$ 285,94
24 a 28 anos	R\$ 230,10	R\$ 308,22	R\$ 461,50	R\$ 147,47	R\$ 214,07	R\$ 320,25
29 a 33 anos	R\$ 264,62	R\$ 354,45	R\$ 530,73	R\$ 169,59	R\$ 246,18	R\$ 368,29
34 a 38 anos	R\$ 304,31	R\$ 407,62	R\$ 610,34	R\$ 195,03	R\$ 283,11	R\$ 423,53
39 a 43 anos	R\$ 362,13	R\$ 485,07	R\$ 726,30	R\$ 232,09	R\$ 336,90	R\$ 504,00
44 a 48 anos	R\$ 452,66	R\$ 606,34	R\$ 907,88	R\$ 290,11	R\$ 421,13	R\$ 630,00
49 a 53 anos	R\$ 565,83	R\$ 757,93	R\$ 1.134,85	R\$ 362,64	R\$ 526,41	R\$ 787,50
54 a 58 anos	R\$ 961,91	R\$ 1.288,48	R\$ 1.929,25	R\$ 616,49	R\$ 894,90	R\$ 1.338,75
59 anos ou mais	R\$ 1.077,34	R\$ 1.443,10	R\$ 2.160,76	R\$ 690,47	R\$ 1.002,29	R\$ 1.499,40

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1	484.248/19-1	484.252/19-9	484.251/19-1
CÓD. INTERNO	21217	21218	21219	11789	11791	11790
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%

**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	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 63,56	R\$ 20,70
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
TX. ADESÃO*	R\$ 15,00

\*Por usuário

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	( ) COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	( ) COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 26,00
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 41,60
Exames Simples	-	30,00%	Limitado a R\$ 31,20
Exames Complexos	-	30,00%	Limitado a R\$ 93,60
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 63,65	50,00% Limitado a R\$ 63,65

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 SALVADOR - BA, 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