



TABELA DE PREÇOS

SALVADOR / CAMAÇARI

CORPe Saúde

ANS - nº 418960

GNDI

ANS - nº 359017

Hapvida

ANS - nº 368253

TABELA SALVADOR / CAMAÇARI - BA

Coparticipação	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO TOTAL	
	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL	
	INDISPONÍVEL		INDISPONÍVEL	
	Médica 1		Médica 1	
PLANO	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233		NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	
Registro ANS	485.721/20-6		485.721/20-6	
Abrangência	Grupo de Municípios Com Odonto		Grupo de Municípios Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 180,70	R\$ 115,93	
	19-23	R\$ 238,03	R\$ 152,33	
	24-28	R\$ 271,37	R\$ 173,51	
	29-33	R\$ 302,74	R\$ 193,43	
	34-38	R\$ 318,62	R\$ 203,52	
	39-43	R\$ 357,73	R\$ 228,35	
	44-48	R\$ 437,49	R\$ 279,00	
	49-53	R\$ 606,86	R\$ 386,56	
	54-58	R\$ 818,14	R\$ 520,74	
	59/ +	R\$ 1.062,62	R\$ 676,00	

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

Coparticipação	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	Médica 1		Médica 1	
PLANO	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218		NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224	
Registro ANS	485.701/20-1		485.739/20-9	
Abrangência	Grupo de Municípios Com Odonto		Grupo de Municípios Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 228,00	R\$ 340,39	
	19-23	R\$ 299,93	R\$ 448,29	
	24-28	R\$ 344,44	R\$ 515,05	
	29-33	R\$ 385,39	R\$ 576,48	
	34-38	R\$ 404,49	R\$ 605,14	
	39-43	R\$ 456,66	R\$ 683,39	
	44-48	R\$ 556,41	R\$ 833,02	
	49-53	R\$ 766,63	R\$ 1.148,35	
	54-58	R\$ 1.033,82	R\$ 1.549,16	
	59/ +	R\$ 1.343,01	R\$ 2.012,95	

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

Coparticipação	COPARTICIPAÇÃO TOTAL			
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
	Médica 1		Médica 1	
PLANO	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218		NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224	
Registro ANS	485.701/20-1		485.739/20-9	
Abrangência	Grupo de Municípios Com Odonto		Grupo de Municípios Com Odonto	
Faixa Etária	00-18	R\$ 187,38	R\$ 279,46	
	19-23	R\$ 246,31	R\$ 367,86	
	24-28	R\$ 282,78	R\$ 422,56	
	29-33	R\$ 316,32	R\$ 472,87	
	34-38	R\$ 331,98	R\$ 496,36	
	39-43	R\$ 392,35	R\$ 560,47	
	44-48	R\$ 456,45	R\$ 683,07	
	49-53	R\$ 628,69	R\$ 941,42	
	54-58	R\$ 847,61	R\$ 1.269,79	
	59/ +	R\$ 1.100,92	R\$ 1.649,77	

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

Reajuste: dezembro/2024

Reajuste: dezembro/2024

Reajuste: dezembro/2024

NOTAS:

Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano" abrange exclusivamente a cobertura de assistência médica.

Planos Odontológico	
PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA	
	Rede Básica
	485.365/20-2
	Nacional
	R\$ 3,21
Proteção Odontológica CA - Rede básica: Somente Urgência e Emergência.	

*Medica 1

Titular | Documentos Necessários

Cópias: RG + CPF + Comprovante de endereço

Responsável Financeiro

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

Dependentes / Quem pode aderir?	Documentos Necessários
a) O(a) Cônjuge ou Companheiro (a) do mesmo sexo ou do sexo oposto, desde que comprove esta condição;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Certidão de casamento Declaração de união estável.
b) Enteados(as), os filhos(as) naturais, netos (as), bisnetos (as), sobrinhos (as), até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias);	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Certidão de nascimento Documentação que comprove vínculo com o titular Enteados: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório.
c) Os filhos (as) adotivos (as) menores de 12 (doze) anos de idade incompletos, ou sob guarda ou tutela, com aproveitamento de carências já cumpridas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR.	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial (Documentação provisória deve estar dentro da validade).
d) Os pais (mãe e pai), avós (avó e avô), bisavós (bisavó e bisavô), irmãos (ãs) e tios (as) do BENEFICIÁRIO TITULAR;	Cópias: RG + CPF + Cartão Nacional de Saúde + Documento oficial comprobatório do vínculo de parentesco.

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 no cartório.
Os filhos naturais, adotivos e enteado, e netos, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias), até a data da vigência da proposta de adesão do beneficiário;	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento. Para filhos (as) adotivos: Documentação da adoção Documentação provisória deve estar dentro da validade. Enteados: sendo o Titular Cônjuge: Certidão de Casamento. Titular Companheiro: Declaração de União Estável Reconhecida no Cartório + Documentação que comprove o vínculo.
Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular adotante, nos termos do art. 12, VII, da lei n 9.656/98, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; e	Cópias: RG + CPF ou Certidão de Nascimento + Documentação da adoção ou Tutela ou Termo de Guarda expedida por órgão oficial.
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.

Menores de 17 anos 11 meses e 29 dias, ficará facultada a inclusão como seus dependentes: Pai, Mãe e Irmãos.

Área de Atuação

Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador

Valores Coparticipação

PROCEDIMENTOS	COPART PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 21,22
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 37,13
Exames Simples	-	-	30,00%	Limitado a R\$ 10,61
Exames Complexos	-	-	30,00%	Limitado a R\$ 53,04
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ R\$ 64,92	50,00%	Limitado a R\$ 64,92

OBS.: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Valores exemplificados. A tabela poderá sofrer reajuste no aniversário do contrato.

Documento de Elegibilidade para Titulares Ativos

Entidade	Podem aderir	Taxa Associativa	Documentos necessários
	Servidores Público.	R\$ 5,00	Cópia do Holerite Atual ou Nomeação de cargo Ficha Associativa.
	Profissionais Liberais: Administrador, Arquivista, Artistas e Atores, Cenógrafos, Compositores, Corretores, Enólogos, Leiloeiros, Parteiras, Publicitários, Músicos, Relações Públicas, Advogado, Agrônomo, Médico, Zoológicos, Zootecnistas, Florestal, Médico Veterinário, Profissionais de Tecnologia da Informação, Arqueólogo, Geólogo, Geógrafo, Arquiteto e Urbanista, Assistente Social, Bibliotecário, Biólogo, Biomédico, Botânico, Ecólogo, Bioquímico, Químico, Contador, Auditor, Atuário, Economista, Enfermeiro, Engenheiro (todas as modalidades), Estatístico e Matemático, Farmacêutico, Físico, Geofísico, Astrônomo e Meteorologista, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, Historiador e Museólogo, Jornalista, Comunicólogo, Relações Públicas, Repórter, Médicos, Nutricionista, Dentista, Professor Particular (Primário, línguas, Universitário, de Pós Graduação). Pesquisadores em Geral, Psicólogo, Sociólogo, Antropólogo, Cientista Político, Etnógrafo e Demógrafo, Tradutor e Interpretador, Profissionais com formação e comunicação Social com Ênfase em: (Rádio, TV e Internet), Radialismo, Comunicação Organizacional, Cinema e Audiovisual, Mídias Digitais, Produção Editorial).	R\$ 5,00	Cópia do Holerite Atual ou Nomeação de cargo Ficha Associativa.
	Empregados de empresas do Ramo do Comércio, Serviços ou Sócios. Devidamente associados a entidade do comércio.	R\$ 5,00	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.
	Estudantes (a partir de 05 anos).	R\$ 4,00	Cópia do Certificado da Escola ou Declaração Escolar Ficha Associativa.

Prazos de Carências

Carências contratuais para os planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Item	Cobertura	Carências Contratuais
1	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 N° 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)).	Vinte e quatro (24) horas
2	Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG). (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	Trinta (30) dias
3	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. 	Noventa (90) dias
4	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 Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; • Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional); • Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores. 	Cento e oitenta (180) dias
5	Cobertura de partos a termo.	Trezentos (300) dias

Cobertura Parcial Temporária

Cobertura	Carências Contratuais
CPT	24 meses

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.

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 prépagamento.

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, 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**;

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 ou CPT, 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 **HAPVIDA**, 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. N° de Registro da Operadora/Administradora;
5. N° 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:

- Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.

Operadoras Congenerês

Sulamerica • Bradesco • Seguros Unimed • CNU • Amil • Unimed • Smile

Rede Hospitalar

A Rede Credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS.
Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site: www.hapvida.com.br



CORPe
SAÚDE

@ PLANOS DE
SAÚDE ON-LINE

ATENDIMENTO
100% Digital



 11 94478 3838
 11 4349 4200 (op. 4)
 0800 940 0453 (op. 4)
 apoioacorretor@corpesaude.com.br
 www.corpesaude.com.br



 **Google**
★ ★ ★ ★ ★
**Nos recomende
e avalie**