

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

NOSSO MÉDICO			NOSSO PLANO					
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACODOMAÇÃO	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	496.688/23-1	496.689/23-9	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	24209	24207	21217	21218	21219	11789	11791	11790
00 a 18 anos	R\$ 179,05	R\$ 267,93	R\$ 167,02	R\$ 238,68	R\$ 357,33	R\$ 145,72	R\$ 198,79	R\$ 297,52
19 a 23 anos	R\$ 200,54	R\$ 300,08	R\$ 187,06	R\$ 267,32	R\$ 400,21	R\$ 163,21	R\$ 222,64	R\$ 333,22
24 a 28 anos	R\$ 224,60	R\$ 336,09	R\$ 209,51	R\$ 299,40	R\$ 448,24	R\$ 182,80	R\$ 249,36	R\$ 373,21
29 a 33 anos	R\$ 258,29	R\$ 386,50	R\$ 240,94	R\$ 344,31	R\$ 515,48	R\$ 210,22	R\$ 286,76	R\$ 429,19
34 a 38 anos	R\$ 297,03	R\$ 444,48	R\$ 277,08	R\$ 395,96	R\$ 592,80	R\$ 241,75	R\$ 329,77	R\$ 493,57
39 a 43 anos	R\$ 353,47	R\$ 528,93	R\$ 329,73	R\$ 471,19	R\$ 705,43	R\$ 287,68	R\$ 392,43	R\$ 587,35
44 a 48 anos	R\$ 441,84	R\$ 661,16	R\$ 412,16	R\$ 588,99	R\$ 881,79	R\$ 359,60	R\$ 490,54	R\$ 734,19
49 a 53 anos	R\$ 552,30	R\$ 826,45	R\$ 515,20	R\$ 736,24	R\$ 1.102,24	R\$ 449,50	R\$ 613,18	R\$ 917,74
54 a 58 anos	R\$ 938,91	R\$ 1.404,97	R\$ 875,84	R\$ 1.251,61	R\$ 1.873,81	R\$ 764,15	R\$ 1.042,41	R\$ 1.560,16
59 anos ou mais	R\$ 1.051,58	R\$ 1.573,57	R\$ 980,94	R\$ 1.401,80	R\$ 2.098,67	R\$ 855,85	R\$ 1.167,50	R\$ 1.747,38

**REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

NOSSO MÉDICO			NOSSO PLANO					
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACODOMAÇÃO	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	496.688/23-1	496.689/23-9	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	24209	24207	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%	12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	12,00%	12,00%	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%	15,00%	15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	15,00%	15,00%	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%	19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	25,00%	25,00%	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%	25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	70,00%	70,00%	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%	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; reimplante 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.

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 78,87	R\$ 23,25
ODONTO PROTEÇÃO	471.906/14-9	8764	-	R\$ 0,00

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA.

**OBIS:** - 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 MÉDICO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO*	R\$ 20,00	R\$ 20,00

\*Por usuário

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	( ) COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	( ) COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	- Valor fixo R\$ 25,42
Consultas de Urgência	-	- Valor fixo R\$ 43,63
Exames Simples	-	40,00% Limitado a R\$ 45,79
Exames Complexos	-	40,00% Limitado a R\$ 114,48
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 78,87
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 24,27

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.

Local

Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal