

MAR/2024

**ClubePRO**  
Salvador/BA

Entidades

Dependentes

Coberturas

Carências

Redução de  
Carências

Copart

Pagamento

Preços

Área

Rede

Infos



Estas são as entidades para as quais o **Clube de Saúde** oferece, em condições especiais, o plano de saúde coletivo por adesão **Hapvida**. Os profissionais devidamente registrados em sua respectiva entidade podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.



## Entidades | Públicos



### ABEVD | Associação Brasileira de Empresas de Vendas Diretas Profissional da ABEVD

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais revendedores de produtos e/ou serviços de uma das empresas de venda direta associadas a Associação Brasileira de Empresas de Vendas Diretas (ABEVD).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia de 3 (três) Notas Fiscais do revendedor de uma das empresas de venda direta associadas à ABEVD referentes ao período de 12 meses, que antecedem ao início de vigência do plano de saúde e comprovante de associação (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade). Obs.: A nota fiscal não poderá ter data superior a 90 dias da data de início de vigência do plano de saúde.</li> </ul>



### ABRABDIR | Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito Advogado e Bacharel em Direito

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os advogados e bacharéis em direito associados à ABRABDIR – Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Advogado:</b> cópia legível da carteira definitiva da OAB-UF ou cópia da certidão de inscrição expedida pela OAB-UF e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).</li> <li>• <b>Bacharel:</b> cópia do diploma ou cópia da certidão de graduação em direito, obtido em instituição de ensino oficialmente autorizada e credenciada e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).</li> </ul>



### ABRACEM | Associação Brasileira de Consultores Empresariais e Profissionais Liberais Profissional Liberal

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os Administradores; Advogados; Arquitetos; Arquivistas; Assistentes Sociais; Astrólogos; Atores; Atuários; Autores Teatrais; Bibliotecários; Biólogos; Biomédicos; Cenógrafos; Compositores Musicais; Contabilistas; Corretores de Imóveis; Economistas; Enfermeiros; Engenheiros; Escritores; Estatísticos; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Fotógrafos; Geógrafos; Geólogos; Jornalistas; Leiloeiros; Médicos; Médicos Veterinários; Músicos; Notários; Nutricionistas; Odontologistas; Professores; Protéticos Dentários; Psicólogos; Publicitários; Químicos; Relações Públicas; Sociólogos; Técnicos de Contabilidade; Técnicos Agrícolas; Técnicos Industriais; Tecnologia da Informação; Tecnólogos; Tradutores; Zoólogos; Zootecnistas e Microempresários Individuais devidamente associados à ABRACEM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Profissional Liberal:</b> cópia do diploma ou cópia do certificado de conclusão de curso em ensino superior ou cópia da carteira do conselho regional e o comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).</li> <li>• <b>Microempresário Individual:</b> cópia do Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI que evidencie a atividade empresarial pelo período mínimo de 6 meses e comprovante de associação à ABRACEM (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).</li> </ul>



### ACRESP | Associação Cultural e Recreativa dos Servidores Públicos Servidor Público Federal

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os servidores públicos ativos municipais, estaduais e federais devidamente associados à Associação Cultural e Recreativa dos Servidores Públicos (ACRESP).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do holerite e declaração original de associado emitida pela entidade.</li> </ul>



### AFB | Associação de Fisioterapeutas do Brasil Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais associados à Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB) e devidamente registrados em um dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da carteira do CREFITO e declaração original de associado emitida pela entidade e cópia do comprovante de pagamento à entidade.</li> </ul>

Titular	Documentação necessária do Titular
<p>Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os servidores públicos ativos vinculados a Presidência da República, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Cidadania (MC), Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), Ministério da Defesa (MD), Ministério da Economia (ME), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Infraestrutura (MI), Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Relações Exteriores (MRE/Itamaraty), Ministério das Minas e Energias (MME), Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR), Ministério do Meio Ambiente (MMA), Ministério do Turismo (MTur), Outros Órgãos vinculados ao Poder Executivo e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e órgãos que vierem a suceder-los e demais servidores públicos promovendo atividades sociais, culturais e educacionais, devidamente associados à Associação Nacional dos Servidores Públicos, da Previdência e da Seguridade Social - ANASPS.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do holerite com a indicação do desconto mensal devido à ANASPS ou cópia do holerite e declaração original de associado emitida pela entidade.</li></ul>



## Documentação dos Dependentes

<b>Cônjuge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG e do CPF;</li> <li>• Cópia da Certidão de Casamento.</li> </ul>
<b>Companheiro(a)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular, do(a) companheiro(a) e das testemunhas;</li> <li>• Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a).</li> </ul>
<b>Filho(a) de até 21 anos, ou até 24 anos, se for universitário(a), devidamente comprovado(a):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento e os maiores de 21 anos deverão apresentar Declaração da faculdade ou cópia do comprovante de matrícula;</li> <li>• Cópia CPF.</li> </ul>
<b>Pai/mãe*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH;</li> <li>• Cópia CPF.</li> </ul>
<b>Avô(ó)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Casamento ou RG ou CNH;</li> <li>• Cópia CPF;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento do titular ou do cônjuge do titular.</li> </ul>
<b>Neto(a)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH;</li> <li>• Cópia CPF;</li> <li>• Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.</li> </ul>
<b>Irmão(ã)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de nascimento ou RG ou CNH;</li> <li>• Cópia CPF.</li> </ul>
<b>Tio(a)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do RG ou CNH;</li> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;</li> <li>• Cópia CPF;</li> <li>• Certidão de Casamento dos pais do titular ou dos pais do cônjuge do titular.</li> </ul>
<b>Sobrinho(a)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou RG ou CNH;</li> <li>• Cópia CPF;</li> <li>• Cópia do RG ou CNH do pai/mãe.</li> </ul>

\*Esses mesmos Dependentes serão aceitos também para o Cônjuge do titular.

**ATENÇÃO:** Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 (dezoito) anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas no benefício.



### **Para todos os planos de saúde**

Para todos os planos de saúde relacionados neste material de vendas são contempladas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento.

### **Para o plano Proteção Odontológica CA - ANS 485.365/20-2**

O benefício de plano de assistência odontológica (quando contratado) cobrirá os seguintes procedimentos do "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", da ANS:

- a)** Consulta inicial;
- b)** Curativo em caso de hemorragia bucal;
- c)** Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- d)** Imobilização dentária temporária;
- e)** Recimentação de peça protética;
- f)** Tratamento de alveolite;
- g)** Colagem de fragmentos;
- h)** Incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i)** Incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j)** Reimplante de dente avulsionado;
- k)** Orientação de higiene bucal;
- l)** Evidenciação de placa bacteriana; e
- m)** Aplicação tópica de flúor.

Os procedimentos que não foram citados anteriormente, estão excluídos da cobertura deste produto odontológico.



## Carências Contratuais

### Planos com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Coberturas	Prazos de carências contratuais <sup>1</sup>
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir do início de vigência do beneficiário no contrato coletivo, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão em conformidade com a Resolução do CONSU nº 13/1998 e detalhadas no Manual do Beneficiário.	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC*), na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	0 (zero) dias
Cobertura dos seguintes exames e procedimentos: Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional (exceto PAC*); Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina (exceto PAC*); Exames Otorrinolaringológicos simples como: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA), (exceto PAC*); Exames de Raio-X Contrastado (exceto PAC*); Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos ou PAC*); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 (noventa) dias
Cobertura dos seguintes exames e procedimentos: 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); Internação Hospitalar clínica ou cirúrgica (exceto as relacionadas à patologias de CPT**); Internações em leitos de alta complexidade (exceto as relacionadas à patologias de CPT**); Cirurgias ambulatoriais (exceto as relacionadas à patologias de CPT**); Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia, exceto as que forem relacionadas à cobertura parcial temporária, e todos os exames não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo.	300 (trezentos) dias

<sup>1</sup> Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

\* Procedimentos de Alta Complexidade.

\*\* Cobertura Parcial Temporária.

### Planos com segmentação Ambulatorial

Coberturas	Prazos de carências contratuais <sup>1</sup>
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir do início de vigência do beneficiário no contrato coletivo, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão em conformidade com a Resolução do CONSU nº 13/1998 e detalhadas no Manual do Beneficiário.	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC*), na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG)	0 (zero) dias
Cobertura dos seguintes exames e procedimentos, exceto PAC*: Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; Exames Otorrinolaringológicos simples como: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 (noventa) dias
Cobertura dos seguintes exames e procedimentos, exceto as relacionadas à patologias de CPT**: 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); Cirurgias ambulatoriais; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia, e para todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias

<sup>1</sup> Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

\* Procedimentos de Alta Complexidade.

\*\* Cobertura Parcial Temporária.

### Cobertura Parcial Temporária (CPT) - 24(vinte e quatro) 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.



## Carências Contratuais | Plano Odonto

### Prazos de carência para os planos de assistência odontológica (quando contratado)

Item	Coberturas	Prazos de carências contratuais <sup>1</sup>
A	Atendimentos decorrentes de urgência/emergência.	24 (vinte e quatro) horas
B	Procedimentos odontológicos das especialidades de Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (restaurações).	60 (sessenta) dias
C	Demais procedimentos odontológicos, não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias

<sup>1</sup> Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.





## Redução de Carências

### Regras de redução de carências

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

a) Nos casos onde o beneficiário seja vinculado, há mais de 1 (um) ano, ao contrato firmado com a operadora de origem, o prazo de carência será reduzido em 100% (cem 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 na Proposta.

b) Nos casos onde o beneficiário 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 na Proposta.

c) Nos casos onde o beneficiário 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 na Proposta, 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 na Proposta e serão integralmente cumpridos pelo Beneficiário.

Cada beneficiário, titular com direito ou dependente, será considerado individualmente para fins de redução dos prazos de carência, de acordo com as regras da Operadora.

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 atual do beneficiário:

- a) Segmentação assistencial equivalente ou inferior;
- b) Acomodação equivalente ou inferior.

### **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. Nº de Registro da Operadora/Administradora;
  5. Nº 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. Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.

## Redução de Carências

### Documentação Obrigatória

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora:

#### Proponentes oriundos da Hapvida:

- Cópia da Carteirinha do plano de origem ou COMPROVA da ANS constando número do registro do produto perante ANS;
- Cópia dos 2 (dois) últimos boletos quitados do plano de saúde e da coparticipação (se o plano de origem for coparticipado).

#### Proponentes oriundos de outras Operadoras congêneres:

- Cópia da Carteirinha do plano de origem ou COMPROVA da ANS constando número do registro do produto perante ANS;
- 2 (dois) últimos boletos quitados ou Declaração da Operadora de origem apresentando adimplência.
- Pelo menos um dos itens abaixo (a ou b):
  - a. declaração da Operadora de Origem impressa do site ou fornecida pela operadora com carimbo, constando:
    - nome dos beneficiários titulares e dependentes;
    - data de adesão ao plano para cada beneficiário;
    - data de cancelamento ou data do último vencimento pago.
  - b. cópia dos documentos abaixo da Operadora de Origem:
    - cópia do Contrato da Operadora;
    - cópia da Ficha de Adesão da Operadora.
    - declaração de saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário da ANS devidamente assinados.

### Relação de Operadoras Congêneres

• Amil	• Seguros Unimed	• SulAmérica	• Unimed
• Bradesco	• Smile	• Unimed Nacional (CNU)	

### Aproveitamento de carências entre planos da Hapvida, conforme regras abaixo (3501):

Será concedido, exclusivamente aos beneficiários oriundos da própria Hapvida o aproveitamento dos prazos de carências de acordo com o tempo de permanência no plano anterior, desde que o proponente esteja:

- Cancelado a no máximo 30 (trinta) dias contados do início de vigência do novo benefício decorrente da Proposta; e
- Adimplente junto a Operadora, considerando o mês de competência da última fatura paga.

**NÃO** serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Proponentes cuja data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício decorrente da Proposta.
- Proponentes oriundos de planos não regulamentados.
- Caso o plano anteriormente contratado, não seja equivalente ao benefício decorrente da Proposta, o proponente deverá cumprir os prazos de carências integrais para os novos benefícios integrantes do plano contrato nesta Proposta.



## Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de determinados procedimentos, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS, conforme o quadro de procedimentos e valores indicados a seguir:

### TOTAL | Para todos os Planos

Procedimentos	Coparticipação*	Valor de coparticipação por procedimento*
Consultas Eletivas	-	Valor fixo de R\$ 21,22
Consultas de urgência/emergência	-	Valor fixo de R\$ 37,13
Exames Simples	30%	Limitado a R\$ 10,61
Exames Complexos	30%	Limitado a R\$ 53,04
Terapias	50%	Limitado a R\$ 64,92

\*Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados.

### PARCIAL | Para todos os Planos

Procedimentos	Coparticipação*	Valor de coparticipação por procedimento*
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de urgência/emergência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias	50%	R\$ 64,92

\*Os valores de coparticipação e limitador poderão ser reajustados.



## Valor mensal do Benefício

- O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta-corrente de acordo com a tabela a seguir:

Forma de Pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de Pagamento
Boleto bancário	01 10 20	01 10 20	Em qualquer banco, até o vencimento.
Débito automático em conta-corrente	01 10 20	01 10 20	033 - Santander

## Reajustes

- Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo de plano de saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:
  - reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
  - reajuste por mudança de faixa etária;
  - reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.
- Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

## PLANOS

### COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

### COPARTICIPAÇÃO TOTAL

## PLANOS | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

Data base de reajuste: **Fevereiro**

Data de validade das tabelas: **Fevereiro/2024 até Janeiro/2025**



### Planos SEM ODONTO

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Parcial		
Segmentação	Ambulatorial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	181,58	228,88	341,27
De 19 a 23 anos	240,23	302,12	450,48
De 24 a 28 anos	274,34	347,44	518,06
De 29 a 33 anos	306,43	389,14	580,22
De 34 a 38 anos	322,68	408,59	609,23
De 39 a 43 anos	362,69	461,71	688,43
De 44 a 48 anos	444,29	563,29	839,89
De 49 a 53 anos	617,57	777,34	1.159,05
De 54 a 58 anos	833,71	1.049,41	1.564,72
A partir de 59 anos	1.083,83	1.364,23	2.034,14

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.



### Planos COM ODONTO\*

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Parcial		
Segmentação	Ambulatorial <sup>1</sup>	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia <sup>2</sup>	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	180,70	228,00	340,39
De 19 a 23 anos	238,03	299,93	448,29
De 24 a 28 anos	271,37	344,44	515,05
De 29 a 33 anos	302,74	385,39	576,48
De 34 a 38 anos	318,62	404,49	605,14
De 39 a 43 anos	357,73	456,66	683,39
De 44 a 48 anos	437,49	556,41	833,02
De 49 a 53 anos	606,86	766,63	1.148,35
De 54 a 58 anos	818,14	1.033,82	1.549,16
A partir de 59 anos	1.062,62	1.343,01	2.012,95

\* A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado no boleto.

<sup>1</sup> Para os planos de segmentação assistencial "Ambulatorial", o produto odontológico ofertado como opcional é o **Proteção Odontológica CA - Registro ANS (485.365/20-2)**.

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

## PLANOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL

Data base de reajuste: **Fevereiro**

Data de validade das tabelas: **Fevereiro/2024 até Janeiro/2025**



### Planos SEM ODONTO

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Total		
Segmentação	Ambulatorial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	116,81	188,26	280,34
De 19 a 23 anos	154,54	248,50	370,05
De 24 a 28 anos	176,49	285,78	425,56
De 29 a 33 anos	197,14	320,07	476,63
De 34 a 38 anos	207,59	336,08	500,46
De 39 a 43 anos	233,33	379,77	565,51
De 44 a 48 anos	285,83	463,32	689,93
De 49 a 53 anos	397,31	639,38	952,10
De 54 a 58 anos	536,37	863,17	1.285,34
A partir de 59 anos	697,28	1.122,11	1.670,94

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.



### Planos COM ODONTO\*

	Nosso Plano A CA GM CC QC 233	Nosso Plano AHO CA GM Enf CC QC 218	Nosso Plano AHO CA GM Apt CC QC 224
	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Coparticipação	Total		
Segmentação	Ambulatorial <sup>1</sup>	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia <sup>2</sup>	
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de Municípios		
Padrão de acomodação em internação	-	Coletiva	Individual
Até 18 anos	115,93	187,38	279,46
De 19 a 23 anos	152,33	246,31	367,86
De 24 a 28 anos	173,51	282,78	422,56
De 29 a 33 anos	193,43	316,32	472,87
De 34 a 38 anos	203,52	331,98	496,36
De 39 a 43 anos	228,35	374,72	560,47
De 44 a 48 anos	279,00	456,45	683,07
De 49 a 53 anos	386,56	628,69	941,42
De 54 a 58 anos	520,74	847,61	1.269,79
A partir de 59 anos	676,00	1.100,92	1.649,77

\* A tabela de preços, contempla o valor do benefício opcional odontológico, cujo valor mensal estará discriminado no boleto.

<sup>1</sup> Para os planos de segmentação assistencial "Ambulatorial", o produto odontológico ofertado como opcional é o **Proteção Odontológica CA - Registro ANS (485.365/20-2)**.

Valores mensais expressos em Reais (R\$), per capita.

## **SALVADOR**

- Os planos mencionados neste material de vendas podem ser comercializados nos municípios de: Antônio Cardoso, Camaçari, Candeias, Conceição do Jacuaípe, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador, São Gonçalo dos Campos, Simões Filho e Vera Cruz.

## **Rede Médica e Laboratorial**

- Para acessar a rede Médica e Laboratorial dos produtos, acesse o site da Operadora

<https://www.hapvida.com.br>





- Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.
- A **Hapvida** disponibiliza para contratação o plano Referência. Para mais informações, contate seu supervisor.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta.
- Proposta sujeita à análise técnica.
- Consulte também o site da **Hapvida**:  
[www.hapvida.com.br](http://www.hapvida.com.br)

Clube de Saúde Adm. de Benefícios:  
**ANS nº 419290**

GNDI:  
**ANS nº 35901-7**

Hapvida:  
**ANS nº 368253**

**SAC Clube de Saúde**  
Para capitais e região metropolitana:  
**4003-9881**  
Demais regiões:  
**0800-887-8777**

