

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

NOSSO PLANO							NOSSO MÉDICO					
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO			
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO		
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	502.315/25-7	502.314/25-9	502.315/25-7	502.314/25-9		
CÓD. INTERNO	21301	21302	21303	13174	13166	13158	36212	36211	36206	36200		
00 a 18 anos	R\$ 117,45	R\$ 172,09	R\$ 223,32	R\$ 72,81	R\$ 114,85	R\$ 148,90	R\$ 154,88	R\$ 200,99	R\$ 103,37	R\$ 134,01		
19 a 23 anos	R\$ 131,54	R\$ 192,74	R\$ 250,12	R\$ 81,55	R\$ 128,63	R\$ 166,77	R\$ 173,47	R\$ 225,11	R\$ 115,77	R\$ 150,09		
24 a 28 anos	R\$ 147,32	R\$ 215,87	R\$ 280,13	R\$ 91,34	R\$ 144,07	R\$ 186,78	R\$ 194,28	R\$ 252,12	R\$ 129,66	R\$ 168,10		
29 a 33 anos	R\$ 169,42	R\$ 248,25	R\$ 322,15	R\$ 105,04	R\$ 165,68	R\$ 214,80	R\$ 223,43	R\$ 289,94	R\$ 149,11	R\$ 193,32		
34 a 38 anos	R\$ 194,83	R\$ 285,49	R\$ 370,47	R\$ 120,80	R\$ 190,53	R\$ 247,02	R\$ 256,94	R\$ 333,42	R\$ 171,48	R\$ 222,32		
39 a 43 anos	R\$ 231,85	R\$ 339,73	R\$ 440,86	R\$ 143,75	R\$ 226,73	R\$ 293,95	R\$ 305,76	R\$ 396,77	R\$ 204,06	R\$ 264,56		
44 a 48 anos	R\$ 289,81	R\$ 424,66	R\$ 551,08	R\$ 179,69	R\$ 283,41	R\$ 367,44	R\$ 382,19	R\$ 495,97	R\$ 255,07	R\$ 330,70		
49 a 53 anos	R\$ 362,26	R\$ 530,83	R\$ 688,85	R\$ 224,61	R\$ 354,26	R\$ 459,30	R\$ 477,75	R\$ 619,97	R\$ 318,83	R\$ 413,37		
54 a 58 anos	R\$ 615,84	R\$ 902,41	R\$ 1.171,05	R\$ 381,84	R\$ 602,24	R\$ 780,81	R\$ 812,17	R\$ 1.053,95	R\$ 542,02	R\$ 702,73		
59 anos ou mais	R\$ 689,74	R\$ 1.010,70	R\$ 1.311,58	R\$ 427,66	R\$ 674,51	R\$ 874,51	R\$ 909,63	R\$ 1.180,42	R\$ 607,06	R\$ 787,06		

**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; evidenciação 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.

**REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

NOSSO PLANO							NOSSO MÉDICO					
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO			
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO		
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	502.315/25-7	502.314/25-9	502.315/25-7	502.314/25-9		
CÓD. INTERNO	21301	21302	21303	13174	13166	13158	36206	36200	36206	36200		
De "00 a 18" a "19 a 23"	12,00%	12,00%	12,00%	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%	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%	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%	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%	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%	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%	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%	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%	12,00%	12,00%	12,00%	

**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:

  1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
  2. O desconto não será progressivo.
  3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
  4. 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 recotagem.
  5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
  6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
  7. 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.

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

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM NACIONAL	471.904/14-2	9732	R\$ 73,03	R\$ 21,53
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	NOSSO MÉDICO
TX. ADESÃO	R\$ 15,00	R\$ 15,00

\*Por usuário

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	( ) COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	( ) COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	- Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	- Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40,00% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40,00% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 39,33

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 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