

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

**REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM		S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	700.367/99-6	700.370/99-6		461.832/10-7	461.569/10-7	461.566/10-2
CÓD. INTERNO	5259	5252		5459	5452	5453
0 A 18 ANOS	R\$ 130,53	R\$ 175,18		R\$ 112,25	R\$ 155,90	R\$ 233,87
19 A 23 ANOS	R\$ 146,18	R\$ 196,19		R\$ 125,71	R\$ 174,60	R\$ 261,93
24 A 28 ANOS	R\$ 163,73	R\$ 219,72		R\$ 140,77	R\$ 195,54	R\$ 293,36
29 A 33 ANOS	R\$ 188,29	R\$ 252,68		R\$ 161,89	R\$ 224,88	R\$ 337,35
34 A 38 ANOS	R\$ 216,52	R\$ 290,56		R\$ 186,17	R\$ 258,59	R\$ 387,94
39 A 43 ANOS	R\$ 257,65	R\$ 345,78		R\$ 221,53	R\$ 307,71	R\$ 461,65
44 A 48 ANOS	R\$ 322,06	R\$ 432,20		R\$ 276,91	R\$ 384,64	R\$ 577,06
49 A 53 ANOS	R\$ 402,56	R\$ 540,25		R\$ 346,12	R\$ 480,80	R\$ 721,33
54 A 58 ANOS	R\$ 684,36	R\$ 918,39		R\$ 588,39	R\$ 817,34	R\$ 1.226,24
59 ANOS OU MAIS	R\$ 766,48	R\$ 1.028,60		R\$ 658,99	R\$ 915,42	R\$ 1.373,38

MIX						
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM		S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS		458.980/08-7			461.571/10-9	461.564/10-6
CÓD. INTERNO		5123			5440	5442
0 A 18 ANOS		R\$ 220,49			R\$ 196,23	R\$ 294,34
19 A 23 ANOS		R\$ 246,93			R\$ 219,78	R\$ 329,65
24 A 28 ANOS		R\$ 276,56			R\$ 246,14	R\$ 369,21
29 A 33 ANOS		R\$ 318,03			R\$ 283,06	R\$ 424,59
34 A 38 ANOS		R\$ 365,73			R\$ 325,50	R\$ 488,27
39 A 43 ANOS		R\$ 435,21			R\$ 387,35	R\$ 581,04
44 A 48 ANOS		R\$ 544,03			R\$ 484,19	R\$ 726,29
49 A 53 ANOS		R\$ 680,01			R\$ 605,21	R\$ 907,86
54 A 58 ANOS		R\$ 1.156,02			R\$ 1.028,86	R\$ 1.543,35
59 ANOS OU MAIS		R\$ 1.294,73			R\$ 1.152,32	R\$ 1.728,55

NOSSO PLANO						
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	700.367/99-6	700.370/99-6	-/-	461.832/10-7	461.569/10-7	461.566/10-2
CÓD. INTERNO	5259	5252	5410	5459	5452	5453
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 ma	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%

MIX						
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
SEGMENTAÇÃO	AMB	AMB+HOSP+OBST		AMB	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/ ACOM	ENFERM	APART	S/ ACOM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS		458.980/08-7	-/-		461.571/10-9	461.564/10-6
CÓD. INTERNO		5123	5406		5440	5442
De "00 a 18" a "19 a 23"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"		15,00%	15,00%		15,00%	15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"		15,00%	15,00%		15,00%	15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"		19,00%	19,00%		19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"		25,00%	25,00%		25,00%	25,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"		25,00%	25,00%		25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"		70,00%	70,00%		70,00%	70,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"		12,00%	12,00%		12,00%	12,00%

ODONTOLOGIA*	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PREMIUM MAIS	463.005/10-0	2738	R\$ 41,13	R\$ 14,20

\* Valor Promocional quando beneficiário já possui no ato da contratação de um plano médico-hospitalar HAPVIDA.  
**OBS:** Valores de Plano Odontológico válidos somente se adquirido plano médico HAPVIDA.  
 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.  
**TAXA DE ADESÃO:** R\$ 10,00 (dez reais) por usuário

VALOR MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR		
PROCEDIMENTO	NOSSO PLANO	MIX
Consultas Eletivas	R\$ 9,58	R\$ 19,15
Consultas de Urgência	R\$ 15,85	R\$ 23,83
Exames Simples	R\$ 7,87	R\$ 7,87
Exames Complexos	R\$ 47,77	R\$ 47,77

\* Coparticipação de 20% sobre consultas e exames, limitados aos valores acima.

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 CAMAÇARI - 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