São Paulo - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

			C	OM COPARTICIPAÇÃO PA
COPARTICIPAÇÃO	COM	COPARTICIPAÇÃO PAR	RCIAL	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO SP LESTE	NOSSO MÉDICO SP NORTE	NOSSO MÉDICO SP SUL	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.801/24-9	498.802/24-7	498.803/24-5	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	26570	26432	26564	27007
00 a 18 anos	R\$ 118,07	R\$ 118,07	R\$ 118,07	R\$ 916,34
19 a 23 anos	R\$ 159,37	R\$ 159,37	R\$ 159,37	R\$ 1.236,87
24 a 28 anos	R\$ 188,34	R\$ 188,34	R\$ 188,34	R\$ 1.461,74
29 a 33 anos	R\$ 188,34	R\$ 188,34	R\$ 188,34	R\$ 1.527,23
34 a 38 anos	R\$ 188,34	R\$ 188,34	R\$ 188,34	R\$ 1.578,24
39 a 43 anos	R\$ 223,69	R\$ 223,69	R\$ 223,69	R\$ 1.736,06
44 a 48 anos	R\$ 290,80	R\$ 290,80	R\$ 290,80	R\$ 2.256,88
49 a 53 anos	R\$ 378,04	R\$ 378,04	R\$ 378,04	R\$ 2.933,95
54 a 58 anos	R\$ 491,45	R\$ 491,45	R\$ 491,45	R\$ 3.814,13
59 anos ou mais	R\$ 708,33	R\$ 708,33	R\$ 708,33	R\$ 5.497,31

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

																		*	
COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL																	
PRODUTO	SMART A	AMBULATORIAL	SMART 200 SP CAPITAL SMART 200 GRU-MOGI			SMART 200 UP SMART 300				SMART	400			SMA	ART 50	0			
SEGMENTAÇÃO	AMB	ULATORIAL	A	MB+HOSP+OBST	-	MB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST AMB+			AMB+HOSF	OSP+OBST			AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART	E	NFERM		APART	
REGISTRO ANS	49	5.656/23-7		477.817/17-1		496.687/23-2		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	4	474.459/15-4	474.448/15-9		474.445/15-4		
CÓD. INTERNO		31761		31785		31852		31851		31857		31861		31859		31865		31863	
00 a 18 anos	R\$	136,17	R\$	124,81	R\$	152,16	R\$	158,53	R\$	249,99	R\$	283,05	R\$	328,34	R\$	293,57	R\$	334,67	
19 a 23 anos	R\$	147,95	R\$	168,47	R\$	205,39	R\$	213,98	R\$	337,43	R\$	382,07	R\$	443,20	R\$	396,26	R\$	451,74	
24 a 28 anos	R\$	174,85	R\$	199,10	R\$	242,73	R\$	252,88	R\$	398,78	R\$	451,53	R\$	523,77	R\$	468,30	R\$	533,87	
29 a 33 anos	R\$	174,85	R\$	199,10	R\$	242,73	R\$	252,88	R\$	416,65	R\$	471,75	R\$	547,23	R\$	489,28	R\$	557,79	
34 a 38 anos	R\$	174,85	R\$	199,10	R\$	242,73	R\$	252,88	R\$	430,56	R\$	487,51	R\$	565,51	R\$	505,62	R\$	576,42	
39 a 43 anos	R\$	207,66	R\$	236,47	R\$	288,29	R\$	300,35	R\$	473,62	R\$	536,26	R\$	622,06	R\$	556,18	R\$	634,06	
44 a 48 anos	R\$	335,37	R\$	307,41	R\$	374,77	R\$	390,46	R\$	615,70	R\$	697,14	R\$	808,68	R\$	723,04	R\$	824,28	
49 a 53 anos	R\$	355,34	R\$	399,63	R\$	487,20	R\$	507,60	R\$	800,41	R\$	906,28	R\$	1.051,28	R\$	939,95	R\$	1.071,56	
54 a 58 anos	R\$	456,24	R\$	519,52	R\$	633,37	R\$	659,88	R\$	1.040,54	R\$	1.178,17	R\$	1.366,67	R\$	1.221,94	R\$	1.393,03	
59 anos ou mais	R\$	816,92	R\$	748,78	R\$	912,87	R\$	951,09	R\$	1.499,73	R\$	1.698,10	R\$	1.969,79	R\$	1.761,18	R\$	2.007,77	

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										
PRODUTO		ADVAN	CE 600			ADVAN	ICE 70	0		PREMIUM 900		
SEGMENTAÇÃO		AMB+HO	ST		AMB+HO	AMB+HOSP+OBST						
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART	APART			
REGISTRO ANS		474.439/15-0	474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1			
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875		
00 a 18 anos	R\$	304,40	R\$	337,87	R\$	373,48	R\$	414,58	R\$	702,61		
19 a 23 anos	R\$	410,88	R\$	456,06	R\$	504,13	R\$	559,60	R\$	948,38		
24 a 28 anos	R\$	485,58	R\$	538,97	R\$	595,78	R\$	661,33	R\$	1.120,79		
29 a 33 anos	R\$	507,34	R\$	563,11	R\$	622,47	R\$	690,96	R\$	1.171,00		
34 a 38 anos	R\$	524,28	R\$	581,91	R\$	643,26	R\$	714,04	R\$	1.210,11		
39 a 43 anos	R\$	576,70	R\$	640,10	R\$	707,59	R\$	785,45	R\$	1.331,12		
44 a 48 anos	R\$	749,71	R\$	832,13	R\$	919,87	R\$	1.021,08	R\$	1.730,46		
49 a 53 anos	R\$	974,62	R\$	1.081,77	R\$	1.195,83	R\$	1.327,40	R\$	2.249,60		
54 a 58 anos	R\$	1.267,00	R\$	1.406,30	R\$	1.554,58	R\$	1.725,62	R\$	2.924,48		
59 anos ou mais	R\$	1.826,13	R\$	2.026,90	R\$	2.240,62	R\$	2.487,14	R\$	4.215,05		

			COPARTICIPAÇÃO PARCIAL								
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO	SMART 200 / 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900					
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-					
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-					
Exames Simples	-	-	-	-	-	-					
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-					
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48					
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23					
Internações*											

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

 ODONTOLOGIA
 REGISTRO
 CÓD. INTERNO
 VALOR
 VALOR PROMO \*

 ODONTO PROTEÇÃO
 495.626/23-5
 33111
 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.

Local

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO
R\$ 25 00

#### DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

ANS nº 359017

- 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 recontagem.
- 5. 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.
- 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.
- ( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

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 São Paulo - SP, área de atuação desta Operadora
tudo em conformidado com o que estivor registrado na Agência Nacional do Saúdo Suplementor - ANS

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal	

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO



## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL São Paulo - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL COPARTICIPAÇÃO PRODUTO NOSSO MÉDICO SP LESTE | NOSSO MÉDICO SP NORTE | NOSSO MÉDICO SP SUL SEGMENTAÇÃO AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST ACOMODAÇÃO **ENFERM ENFERM** REGISTRO ANS 498.801/24-9 498.802/24-7 498.803/24-5 CÓD. INTERNO 30869 30870 30871 00 a 18 anos 88,56 R\$ R\$ 88,56 R\$ 88,56 R\$ 119,54 R\$ 119,54 R\$ 119,54 19 a 23 anos 141,27 141,27 R\$ 24 a 28 anos R\$ R\$ 141,27 29 a 33 anos R\$ 141,27 R\$ 141,27 R\$ 141,27 34 a 38 anos R\$ 141,27 R\$ 141,27 R\$ 141,27 R\$ 167,79 167,79 R\$ 39 a 43 anos R\$ 167,79 44 a 48 anos R\$ R\$ 218,13 R\$ 218.13 218.13 R\$ R\$ 283,57 R\$ 49 a 53 anos 283,57 283,57 54 a 58 anos R\$ 368,64 R\$ 368,64 R\$ 368,64 R\$ 531,32 R\$ 531,32 R\$ 531,32 59 anos ou mais

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25.00

ANS nº 359017

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL															
PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 SP CAPITAL	SM	ART 200 GRU-MOGI		SMART 200 UP		SMART 300	SMART 400					SMA	ART 50	0
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	1	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST			AMB+HOSP+OBST			BST	
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART	E	NFERM		APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	477.817/17-1		496.687/23-2		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	-	474.459/15-4	474.448/15-9			474.445/15-4
CÓD. INTERNO	31760	31784		31782		31788		31856		31860		31858		31864		31862
00 a 18 anos	R\$ 102,12	? R\$ 93,6	0 R\$	114,13	R\$	118,89	R\$	174,99	R\$	198,16	R\$	237,79	R\$	205,50	R\$	242,49
19 a 23 anos	R\$ 110,95	R\$ 126,3	34 R\$	154,05	R\$	160,48	R\$	236,20	R\$	267,47	R\$	320,96	R\$	277,39	R\$	327,32
24 a 28 anos	R\$ 131,12	R\$ 149,3	1 R\$	182,05	R\$	189,66	R\$	279,14	R\$	316,10	R\$	379,31	R\$	327,82	R\$	386,83
29 a 33 anos	R\$ 131,12	R\$ 149,3	1 R\$	182,05	R\$	189,66	R\$	291,64	R\$	330,26	R\$	396,31	R\$	342,50	R\$	404,15
34 a 38 anos	R\$ 131,12	R\$ 149,3	1 R\$	182,05	R\$	189,66	R\$	301,38	R\$	341,30	R\$	409,55	R\$	353,94	R\$	417,65
39 a 43 anos	R\$ 155,72	R\$ 177,3	34 R\$	216,23	R\$	225,26	R\$	331,52	R\$	375,43	R\$	450,50	R\$	389,34	R\$	459,42
44 a 48 anos	R\$ 251,49	R\$ 230,	64 R\$	281,09	R\$	292,84	R\$	430,98	R\$	488,06	R\$	585,65	R\$	506,14	R\$	597,24
49 a 53 anos	R\$ 266,47	R\$ 299,7	'0 R\$	365,42	R\$	380,69	R\$	560,28	R\$	634,48	R\$	761,35	R\$	657,98	R\$	776,41
54 a 58 anos	R\$ 342,13	R\$ 389,6	1 R\$	475,04	R\$	494,90	R\$	728,36	R\$	824,82	R\$	989,75	R\$	855,37	R\$	1.009,33
59 anos ou mais	R\$ 612,60	R\$ 561,	64 R\$	684,68	R\$	713,30	R\$	1.049,78	R\$	1.188,82	R\$	1.426,53	R\$	1.232,84	R\$	1.454,74

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL											
PRODUTO		ADVAN	<b>CE 600</b>			ADVAN	ICE 70	0		PREMIUM 900			
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST				AMB+HO	SP+OE	ST	AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO		ENFERM APART			ENFERM		APART	APART					
REGISTRO ANS	4	74.439/15-0	474.438/15-1			474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1			
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874	_		
00 a 18 anos	R\$	228,30	R\$	253,41	R\$	280,12	R\$	310,94	R\$	505,12			
19 a 23 anos	R\$	308,16	R\$	342,05	R\$	378,11	R\$	419,71	R\$	681,81			
24 a 28 anos	R\$	364,18	R\$	404,24	R\$	446,85	R\$	496,01	R\$	805,76			
29 a 33 anos	R\$	380,50	R\$	422,35	R\$	466,87	R\$	518,23	R\$	841,86			
34 a 38 anos	R\$	393,21	R\$	436,45	R\$	482,46	R\$	535,54	R\$	869,97			
39 a 43 anos	R\$	432,53	R\$	480,10	R\$	530,71	R\$	589,10	R\$	956,96			
44 a 48 anos	R\$	562,29	R\$	624,13	R\$	689,92	R\$	765,83	R\$	1.244,05			
49 a 53 anos	R\$	730,98	R\$	811,37	R\$	896,89	R\$	995,58	R\$	1.617,27			
54 a 58 anos	R\$	950,27	R\$	1.054,78	R\$	1.165,96	R\$	1.294,25	R\$	2.102,46			
59 anos ou mais	R\$	1.369,62	R\$	1.520,26	R\$	1.680,50	R\$	1.865,40	R\$	3.030,27			

		COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO	SMART 200 / 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900						
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53						
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90						
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00						
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00						
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48						
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23						
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40						
Obs: Cobranca de conarticipação	nor 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 São Paulo - SP, 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

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 préestabelecido, 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.

\* Internação na rede credenciada



## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL São Paulo - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

PRODUTO	NOSSO MÉDICO SP LESTE	NOSSO MÉDICO SP NORTE	NOSSO MÉDICO SP SUL
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.801/24-9	498.802/24-7	498.803/24-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	18,77%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *	TAXA DE I	MPLANTAÇÃO
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00	R\$	25,00

\* 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.

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 São Paulo -SP, 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

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 SP CAPITAL	SMART 200 GRU-MOGI	SMART 200 UP	SMART 300	SMAR	Γ 400	SMA	ART 500
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	477.817/17-1	496.687/23-2	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,77%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,95%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

PRODUTO	ADVAN	CE 600	ADVAN	ICE 700	PREMIUM 900	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART	ENFERM
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1	474.439/15-0
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.



Jundiaí - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## PORTE II (2 a 29 vidas)

## COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

COPARTICIPAÇÃO	COPAI	RTICIPAÇÃO PARCIAL	SEI	M COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSS	O MÉDICO JUNDIAÍ	BASIC REFERÊNCIA		
SEGMENTAÇÃO	А	MB+HOSP+OBST	Į.	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS		498.797/24-7		408.035/99-1	
CÓD. INTERNO		26642		27007	
00 a 18 anos	R\$	126,33	R\$	916,34	
19 a 23 anos	R\$	170,52	R\$	1.236,87	
24 a 28 anos	R\$	201,52	R\$	1.461,74	
29 a 33 anos	R\$	201,52	R\$	1.527,23	
34 a 38 anos	R\$	201,52	R\$	1.578,24	
39 a 43 anos	R\$	239,34	R\$	1.736,06	
44 a 48 anos	R\$	311,15	R\$	2.256,88	
49 a 53 anos	R\$	404,50	R\$	2.933,95	
54 a 58 anos	R\$	525,85	R\$	3.814,13	
59 anos ou mais	R\$	757,91	R\$	5.497,31	

## ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

COPARTICIPAÇÃO						CC	) М С	OPARTICIPAÇÃO	РΑ	RCIAL							
PRODUTO	SMART AME	BULATORIAL	SI	MART 200 JUNDIAÍ	SMART 200 UP			SMART 300 SMART			T 400 SI			SM	MART 500		
SEGMENTAÇÃO	AMBUL	ATORIAL		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	-	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOS	P+OB	ST		AMB+	HOSP+	OBST	
ACOMODAÇÃO	S/AC ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART		ENFERM		APART		
REGISTRO ANS	495.68	56/23-7		474.404/15-7		486.514/20-6		486.577/20-4	474.460/15-8			474.459/15-4		474.448/15-9	474.445/15-4		
CÓD. INTERNO	31	761		31783		31851		31857		31861		31859		31865	31863		
00 a 18 anos	R\$	145,70	R\$	111,67	R\$	149,63	R\$	259,52	R\$	264,87	R\$	307,25	R\$	320,01	R\$	364,81	
19 a 23 anos	R\$	158,30	R\$	150,74	R\$	201,97	R\$	350,30	R\$	357,52	R\$	414,72	R\$	431,94	R\$	492,41	
24 a 28 anos	R\$	187,08	R\$	178,14	R\$	238,69	R\$	413,99	R\$	422,52	R\$	490,12	R\$	510,47	R\$	581,94	
29 a 33 anos	R\$	187,08	R\$	178,14	R\$	238,69	R\$	432,54	R\$	441,45	R\$	512,08	R\$	533,35	R\$	608,02	
34 a 38 anos	R\$	187,08	R\$	178,14	R\$	238,69	R\$	446,98	R\$	456,20	R\$	529,19	R\$	551,16	R\$	628,32	
39 a 43 anos	R\$	222,18	R\$	211,57	R\$	283,49	R\$	491,68	R\$	501,82	R\$	582,11	R\$	606,28	R\$	691,16	
44 a 48 anos	R\$	358,82	R\$	275,04	R\$	368,54	R\$	639,18	R\$	652,36	R\$	756,74	R\$	788,15	R\$	898,50	
49 a 53 anos	R\$	380,19	R\$	357,55	R\$	479,10	R\$	830,93	R\$	848,07	R\$	983,77	R\$	1.024,61	R\$	1.168,07	
54 a 58 anos	R\$	488,15	R\$	464,82	R\$	622,83	R\$	1.080,21	R\$	1.102,49	R\$	1.278,90	R\$	1.331,98	R\$	1.518,48	
59 anos ou mais	nais R\$ 874,06 R\$ 669,94 R\$ 897,68		R\$	1.556,91	R\$	1.589,02	R\$	1.843,27	R\$	1.919,79	R\$	2.188,60					

COPARTICIPAÇÃO											
PRODUTO		ADVANC	E 600			ADVAN	<b>CE 70</b>	0	PREMIUM 900		
SEGMENTAÇÃO	Α	MB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST			AMB+HO:	ST	AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART	
REGISTRO ANS	474.439/15-0			474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7	476.795/16-1		
CÓD. INTERNO		31869	31867			31873		31871	31875		
00 a 18 anos	R\$	R\$ 331,80		368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61	
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38	
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$ 587,48		R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79	
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00	
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11	
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12	
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46	
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60	
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48	
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05	

		СОР	ARTICIPAÇÃO PARCIAL			
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-
Exames Simples	-	-	-	-	-	-
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23
Internação a*						

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25.00

#### DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

ANS no 359017

- · 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
- 5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do
- 6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado
- 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
- ( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto

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 Jundiaí - SP, área de atuação desta Operadora.
tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Sunlementar – ANS

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal



Jundiaí - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## ANS nº 359017

## PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

COPARTICIPAÇÃO				COM COPARTICIE	ΑÇÃ	O TOTAL			ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *	
PRODUTO	SMA	ART AMBULATORIAL	NOS	SO MÉDICO JUNDIAÍ	SN	IART 200 JUNDIAÍ		SMART 200 UP	ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00	
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	1	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST			AMB+HOSP+OBST	* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA.					
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM	ENFERM ENFERM			ENFERM	OBS: - A odontologia deverá ser adquirida em contrato separado do médico.					
REGISTRO ANS	495.656/23-7 498.797/24-7				474.404/15-7 486.514/20-6			486.514/20-6	- 60 dias de carências ape	enas para empresas com até 2	9 vidas. Acima de 30 vidas have	erá isenção de carências.		
CÓD. INTERNO	31760 30875 31853 31788													
00 a 18 anos	R\$	109,27	R\$	94,76	R\$	83,75	R\$	112,23				TAXA DE IMPLANTAÇÃO		
19 a 23 anos	R\$	118,72	R\$	127,91	R\$	113,05	R\$	151,48	Lo	ocal	R\$ 25,00			
24 a 28 anos	R\$	140,30	R\$	151,16	R\$	133,60	R\$	179,02						
29 a 33 anos	R\$	140,30	R\$	151,16	R\$	133,60	R\$	179,02	Observação: As partes conve	encionam que as condições e v	alores estipulados neste instrum	nento se destinam apenas aos colabo	oradores da Contratante e seus	
34 a 38 anos	R\$	140,30	R\$	151,16	R\$	133,60	R\$	179,02	dependentes lotados e domicili	iados em Jundiaí - SP, área de		em conformidade com o que estive	r registrado na Agência Nacional	
39 a 43 anos	R\$	166,62	R\$	179,54	R\$	158,67	R\$	212,62			de Saúde Suplementar – Al	NS.		
44 a 48 anos	R\$	269,09	R\$	233,41	R\$	206,27	R\$	276,41						
49 a 53 anos	R\$	285,12	R\$	303,43	R\$	268,15	R\$	359,33						
54 a 58 anos	R\$	366,08	R\$	394,46	R\$	348,60	R\$	467,13			Assinatura do CONTR	ATANTE ou Responsável Legal		
59 anos ou mais	R\$	655,48	R\$	568,53	R\$	502,43	R\$	673,27						
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL											<del>-</del>	//	
PRODUTO		SMART 300	SMART 400					SMART	500	Assi	natura do REPRESENTANTE A	UTORIZADO	Data	

COPARTICIPAÇÃO				сом со	PAR	TICIPAÇÃO TOT <i>A</i>	\ L					
PRODUTO		SMART 300		SMAR	Г 400		SMART 500					
SEGMENTAÇÃO	OMODAÇÃO ENFERM			AMB+HOS	ST	AMB+HOSP+OBST						
ACOMODAÇÃO				ENFERM		APART		ENFERM	APART			
REGISTRO ANS				474.460/15-8	474.459/15-4			474.448/15-9	474.445/15-4			
CÓD. INTERNO		31856	31860			31858	31864			31862		
00 a 18 anos	R\$	181,66	R\$	185,41	R\$	222,49	R\$	224,00	R\$	264,31		
19 a 23 anos	R\$	245,21	R\$	250,27	R\$	300,32	R\$	302,36	R\$	356,77		
24 a 28 anos	R\$	289,79	R\$	295,77	R\$	354,92	R\$	357,33	R\$	421,63		
29 a 33 anos	R\$	302,77	R\$	309,02	R\$	370,83	R\$	373,33	R\$	440,51		
34 a 38 anos	R\$	312,89	R\$	319,34	R\$	383,22	R\$	385,80	R\$	455,22		
39 a 43 anos	R\$	344,18	R\$	351,28	R\$	421,55	R\$	424,39	R\$	500,75		
44 a 48 anos	R\$	447,44	R\$	456,66	R\$	548,01	R\$	551,70	R\$	650,97		
49 a 53 anos	R\$	R\$ 581,68		R\$ 593,66		R\$ 712,42		R\$ 717,21		846,26		
54 a 58 anos	R\$	756,18	R\$	771,76	R\$	926,14	R\$	932,37	R\$	1.100,13		
50 anns ou mais	R\$	1 089 88	R\$	1 112 33	R\$	1 334 84	R\$	1 343 82	R\$	1 585 61		

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PRODUTO		ADVANC	E 600			ADVAN	0	F	PREMIUM 900			
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSI	P+OBS	P+OBST AMB+H			SP+OB	ST	AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART	APART			
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7	476.795/16-1			
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874		
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12		
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81		
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76		
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86		
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97		
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96		
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05		
49 a 53 anos	R\$	796,77	R\$	884,42	R\$	977,61	R\$	1.085,19	R\$	1.617,27		
54 a 58 anos	R\$	1.035,80	R\$	1.149,74	R\$	1.270,90	R\$	1.410,74	R\$	2.102,46		
59 anos ou mais	R\$	1.492,89	R\$	1.657,13	R\$	1.831,75	R\$	2.033,30	R\$	3.030,27		

~		,
ATENCAO -	PLANO ODONTOL	_OGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 incluidos 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.

		COPARTICIPAÇÃO TOTAL												
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900								
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53								
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90								
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00								
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00								
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48								
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23								
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40								

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada



*	Ha	p	vi	d	a
	NotroDa	me			

De "39 a 43" a "44 a 48"

De "44 a 48" a "49 a 53"

De "49 a 53" a "54 a 58"

De "54 a 58" a "59 ou mais"

PRODUTO	NOSSO MÉDICO JUNDIAÍ	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.797/24-7	408.035/99-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	10,00%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

## **TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL**

Jundiaí - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

ANS no 359017

#### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
* Valor Promocional quando benefic	iário adquire, no ato da contrataçã	ão, um plano médico-hospitalar	HAPVIDA.	
OBS: - A odontologia deverá ser ad	quirida em contrato separado do i	médico.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO

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 Jundiaí - SP, 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

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO Local Data

PRODUTO	ADVANO	CE 600	ADVAN	ICE 700	PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

R\$ 25,00

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 JUNDIAÍ	SMART 200 UP	SMART 300	SMAR	T 400	SMART 500		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART	
REGISTRO ANS	495.656/23-7	474.404/15-7	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4	
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,99%	34,97%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,76%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	



Mogi das Cruzes - SP
Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/202 PORTE II (2 a 29 vidas)

#### COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

	RTICIPAÇÃO PARCIAL	SEM CO	OPARTICIPAÇÃO		
			PEARTICIPAÇÃO		
NC	SSO MÉDICO MOGI	BASIC REFERÊNCIA			
	AMB+HOSP+OBST	AMB	+HOSP+OBST		
	ENFERM		ENFERM		
	498.798/24-5	40	08.035/99-1		
	26495		27007		
R\$	126,33	R\$	916,34		
R\$	170,52	R\$	1.236,87		
R\$	201,52	R\$	1.461,74		
R\$	201,52	R\$	1.527,23		
R\$	201,52	R\$	1.578,24		
R\$	239,34	R\$	1.736,06		
R\$	311,15	R\$	2.256,88		
R\$	404,50	R\$	2.933,95		
R\$	525,85	R\$	3.814,13		
R\$	757,91	R\$	5.497,31		
	R\$ R\$ R\$ R\$ R\$ R\$ R\$ R\$	### ### ### ### #### #################	AMB+HOSP+OBST AMB  ENFERM  498.798/24-5  26495  R\$ 126,33 R\$  R\$ 170,52 R\$  R\$ 201,52 R\$  R\$ 311,15 R\$  R\$ 404,50 R\$  R\$ 525,85 R\$		

COPARTICIPAÇÃO								COM COPARTI	CIPA	ÇÃO PARCIAI	L							
PRODUTO	SMART	AMBULATORIAL	SMA	RT 200 ALTO TIETÊ	SMART 200 GRU MOGI S			SMART 200 UP		SMART 300		SMAR	T 400			SMART :	500	
SEGMENTAÇÃO	AN	MBULATORIAL	Α	MB+HOSP+OBST	Д	AMB+HOSP+OBST	ļ	AMB+HOSP+OBST	AN	B+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST				AMB+HOSP-	+OBST		
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART		ENFERM	APART	
REGISTRO ANS	4	495.656/23-7		483.066/19-1		496.687/23-2		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4		474.448/15-9		474.445/15-4
CÓD. INTERNO		31761		31775		31852		31851		31857		31861		31859		31865		31863
00 a 18 anos	R\$	145,70	R\$	147,73	R\$	152,16	R\$	172,80	R\$	259,52	R\$	293,83	R\$	340,84	R\$	319,99	R\$	364,79
19 a 23 anos	R\$	158,30	R\$	199,41	R\$	205,39	R\$	233,24	R\$	350,30	R\$	396,62	R\$	460,07	R\$	431,92	R\$	492,39
24 a 28 anos	R\$	187,08	R\$	235,66	R\$	242,73	R\$	275,64	R\$	413,99	R\$	468,72	R\$	543,71	R\$	510,44	R\$	581,91
29 a 33 anos	R\$	187,08	R\$	235,66	R\$	242,73	R\$	275,64	R\$	432,54	R\$	489,71	R\$	568,06	R\$	533,31	R\$	607,98
34 a 38 anos	R\$	187,08	R\$	235,66	R\$	242,73	R\$	275,64	R\$	446,98	R\$	506,07	R\$	587,04	R\$	551,12	R\$	628,28
39 a 43 anos	R\$	222,18	R\$	279,89	R\$	288,29	R\$	327,38	R\$	491,68	R\$	556,68	R\$	645,75	R\$	606,23	R\$	691,11
44 a 48 anos	R\$	358,82	R\$	363,86	R\$	374,77	R\$	425,60	R\$	639,18	R\$	723,69	R\$	839,48	R\$	788,11	R\$	898,45
49 a 53 anos	R\$	380,19	R\$	473,02	R\$	487,20	R\$	553,28	R\$	830,93	R\$	940,79	R\$	1.091,32	R\$	1.024,54	R\$	1.167,98
54 a 58 anos	R\$	488,15	R\$	614,93	R\$	633,37	R\$	719,26	R\$	1.080,21	R\$	1.223,03	R\$	1.418,72	R\$	1.331,91	R\$	1.518,38
59 anos ou mais	R\$	874,06	R\$	886,29	R\$	912,87	R\$	1.036,67	R\$	1.556,91	R\$	1.762,76	R\$	2.044,81	R\$	1.919,68	R\$	2.188,44

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL											
PRODUTO		ADVANCE	600			ADVAN	<b>ICE 70</b>	0	PREMIUM 900				
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	AMB+	HOSP+OBST	AMB+	HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART			
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7	476.795/16-1				
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875			
00 a 18 anos	R\$	331,80	R\$	368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61			
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38			
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$	587,48	R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79			
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00			
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11			
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12			
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46			
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60			
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48			
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05			

	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL													
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900								
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-								
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-								
Exames Simples	-	-	-	-	-	-								
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-								
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48								
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23								
Internações*	-	_	-	-	_	-								

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00

<sup>\*</sup> 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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO
R\$ 25.00

Observação: As partes convencionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas ao
colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em Mogi das Cruzes - SP, área de atuação des
Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal	
	1 1
Assinatura do REPRESENTANTE ALITORIZADO	Data

Observação: As partes convencionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas ac

respectiva tabela.

conforme tabela de vendas.

ANS nº 359017

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

3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o

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

5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do

6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado

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

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado,

saúde, considerando as premissas abaixo:

2. O desconto não será progressivo.

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.

produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.

Local

Mogi das Cruzes - SP

#### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TÓTAL

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL									ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PRODUTO	SM	IART AMBULATORIAL	NC	OSSO MÉDICO MOGI	SMA	RT 200 ALTO TIETÊ	SM	SMART 200 GRU MOGI		SMART 200 UP	ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL		AMB+HOSP+OBST		MB+HOSP+OBST	I	AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST *		* Valor Promocional quando be	eneficiário adquire, no ato da co	r HAPVIDA.			
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	OBS: - A odontologia deverá se	er adquirida em contrato separa	ado do médico.		
REGISTRO ANS		495.656/23-7		498.798/24-5		483.066/19-1		496.687/23-2		486.514/20-6	- 60 dias de carências ap	enas para empresas com até 2	9 vidas. Acima de 30 vidas haverá ise	nção de carências.	
CÓD. INTERNO		31760		30008		31774		31782		31788					
00 a 18 anos	R\$	109,27	R\$	94,76	R\$	110,81	R\$	114,13	R\$	129,59				TAXA DE I	IMPLANTAÇÃO
19 a 23 anos	R\$	118,72	R\$	127,91	R\$	149,58	R\$	154,05	R\$	174,92	Lo	ocal		R	\$ 25,00
24 a 28 anos	R\$	140,30	R\$	151,16	R\$	176,77	R\$	182,05	R\$	206,73					
29 a 33 anos	R\$	140,30	R\$	151,16	R\$	176,77	R\$	182,05	R\$	206,73	<b>;</b>				
34 a 38 anos	R\$	140,30	R\$	151,16	R\$	176,77	R\$	182,05	R\$	206,73	Observação: As partes co	nvencionam que as condições	e valores estipulados neste instrumen	to se destinam apenas aos	
39 a 43 anos	R\$	166,62	R\$	179,54	R\$	209,95	R\$	216,23	R\$	245,53			s e domiciliados em Mogi das Cruzes		
44 a 48 anos	R\$	269,09	R\$	233,41	R\$	272,93	R\$	281,09	R\$	319,19	Operadora, tudo em co	ntormidade com o que estiver r	egistrado na Agência Nacional de Saú	ide Supiementar – ANS.	
49 a 53 anos	R\$	285,12	R\$	303,43	R\$	354,81	R\$	365,42	R\$	414,94					
54 a 58 anos	R\$	366,08	R\$	394,46	R\$	461,26	R\$	475,04	R\$	539,43					
59 anos ou mais	R\$	655,48	R\$	568,53	R\$	664,81	R\$	684,68	R\$	777,48					
												Assinatura do CONTRA	ATANTE ou Responsável Legal		
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL														
PRODUTO		SMART 300		SMAF	RT 400			SMART	SMART 500				<del></del>		

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PRODUTO		SMART 300		SMAR	T 400			SMART	500	_		
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST		AMB+HO	SP+OB	ST	AMB+HOSP+OBST					
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM		APART		ENFERM	APART			
REGISTRO ANS		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4		474.448/15-9	474.445/15-4			
CÓD. INTERNO		31856		31860		31858		31864		31862		
00 a 18 anos	R\$	181,66	R\$	205,70	R\$	246,85	R\$	224,00	R\$	264,31		
19 a 23 anos	R\$	245,21	R\$	277,65	R\$	333,19	R\$	302,36	R\$	356,77		
24 a 28 anos	R\$	289,79	R\$	328,13	R\$	393,76	R\$	357,33	R\$	421,63		
29 a 33 anos	R\$	302,77	R\$	342,83	R\$	411,40	R\$	373,33	R\$	440,51		
34 a 38 anos	R\$	312,89	R\$	354,29	R\$	425,15	R\$	385,80	R\$	455,22		
39 a 43 anos	R\$	344,18	R\$	389,71	R\$	467,66	R\$	424,39	R\$	500,75		
44 a 48 anos	R\$	447,44	R\$	506,62	R\$	607,96	R\$	551,70	R\$	650,97		
49 a 53 anos	R\$	581,68	R\$	658,61	R\$	790,35	R\$	717,21	R\$	846,26		
54 a 58 anos	R\$	756,18	R\$	856,19	R\$	1.027,45	R\$	932,37	R\$	1.100,13		
59 anos ou mais	R\$	1.089,88	R\$	1.234,03	R\$	1.480,87	R\$	1.343,82	R\$	1.585,61		

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL											
PRODUTO		ADVANCE	600			ADVAN	CE 70	0	F	PREMIUM 900			
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST				AMB+HOSP+OBST				AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM	APART		APART				
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7	476.795/16-1				
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874			
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12			
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81			
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76			
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86			
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97			
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96			
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05			
49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	R\$ R\$ R\$	796,77 1.035,80 1.492,89	R\$ R\$ R\$	884,42 1.149,74 1.657,13	R\$ R\$ R\$	977,61 1.270,90 1.831,75	R\$ R\$ R\$	1.085,19 1.410,74 2.033,30	R\$ R\$ R\$	1.617,27 2.102,46 3.030,27			

		COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900						
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53						
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90						
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00						
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00						
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48						
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23						
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40						

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

ANS no 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA ČE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 extraoral; 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.

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada



NOSSO MÉDICO MOGI

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

498.798/24-5

34,98%

18,18%

0.00%

0,00%

18,77%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

PRODUTO SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

REGISTRO ANS
De "00 a 18" a "19 a 23"

De "19 a 23" a "24 a 28"

De "24 a 28" a "29 a 33"

De "29 a 33" a "34 a 38"

De "34 a 38" a "39 a 43"

De "39 a 43" a "44 a 48"

De "44 a 48" a "49 a 53"

De "49 a 53" a "54 a 58"

De "54 a 58" a "59 ou mais"

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

## Mogi das Cruzes - SP

Local

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *	TAXA DE IMPLANTAÇÃO
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00	R\$ 25,00

\* 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.

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 Mogi das Cruzes - SP, 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 Data

PRODUTO	ADVANC	E 600	ADVAN	ICE 700	PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

BASIC REFERÊNCIA

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

408.035/99-1

34,98%

18,18%

4 48%

3,34%

10,00%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 ALTO TIETÊ	SMART 200 GRU MOGI	SMART 200 UP	SMART 300	SMART 400		SMART 500	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/C	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	APART	APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	483.066/19-1	496.687/23-2	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,99%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,19%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,78%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

#### ANS nº 359017



Santos - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## PORTE II (2 a 29 vidas)

COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

				com con /utilon /tg/							
COPARTICIPAÇÃO				COM COPARTICIPAÇ.	ÃO PARCIAL						
PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 ABC + BS	SMART 200 UP	SMART 300	SMAR	T 400	SMART 500				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HO	SP+OBST	AMB+I	AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART			
REGISTRO ANS	495.656/23-7	477.841/17-3	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4			
CÓD. INTERNO	31761	31771	31851	31857	31861	31859	31865	31863			
00 a 18 anos	R\$ 145,70	R\$ 162,54	R\$ 172,80	R\$ 221,77	R\$ 226,35	R\$ 262,57	R\$ 320,01	R\$ 364,81			
19 a 23 anos	R\$ 158,30	R\$ 219,40	R\$ 233,24	R\$ 299,34	R\$ 305,53	R\$ 354,42	R\$ 431,94	R\$ 492,41			
24 a 28 anos	R\$ 187,08	R\$ 259,29	R\$ 275,64	R\$ 353,76	R\$ 361,08	R\$ 418,86	R\$ 510,47	R\$ 581,94			
29 a 33 anos	R\$ 187,08	R\$ 259,29	R\$ 275,64	R\$ 369,61	R\$ 377,26	R\$ 437,62	R\$ 533,35	R\$ 608,02			
34 a 38 anos	R\$ 187,08	R\$ 259,29	R\$ 275,64	R\$ 381,96	R\$ 389,86	R\$ 452,24	R\$ 551,16	R\$ 628,32			
39 a 43 anos	R\$ 222,18	R\$ 307,96	R\$ 327,38	R\$ 420,15	R\$ 428,85	R\$ 497,47	R\$ 606,28	R\$ 691,16			
44 a 48 anos	R\$ 358,82	R\$ 400,35	R\$ 425,60	R\$ 546,19	R\$ 557,51	R\$ 646,71	R\$ 788,15	R\$ 898,50			
49 a 53 anos	R\$ 380,19	R\$ 520,45	R\$ 553,28	R\$ 710,04	R\$ 724,77	R\$ 840,73	R\$ 1.024,61	R\$ 1.168,07			
54 a 58 anos	R\$ 488,15	R\$ 676,59	R\$ 719,26	R\$ 923,05	R\$ 942,20	R\$ 1.092,95	R\$ 1.331,98	R\$ 1.518,48			
59 anos ou mais	R\$ 874,06	R\$ 975,17	R\$ 1.036,67	R\$ 1.330,39	R\$ 1.358,00	R\$ 1.575,27	R\$ 1.919,79	R\$ 2.188,60			

COPARTICIPAÇÃO				COM CO		TICIPAÇÃO PAR	CIAI				CEM	COPARTICIPAÇÃO
•		ADVAN	CF coo		JFAR							
PRODUTO	ADVANCE 600				ADVANCE 700					PREMIUM 900	BASIC REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AM	IB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST			HOSP+OBST			Al	MB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM			APART		ENFERM		APART	APART			ENFERM
REGISTRO ANS	474.439/15-0			474.438/15-1		474.341/15-5	474.340/15-7			476.795/16-1	408.035/99-1	
CÓD. INTERNO	31869			31867		31873		31871	31875		27007	
00 a 18 anos	R\$	331,80	R\$	368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61	R\$	916,34
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38	R\$	1.236,87
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$	587,48	R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79	R\$	1.461,74
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00	R\$	1.527,23
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11	R\$	1.578,24
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12	R\$	1.736,06
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46	R\$	2.256,88
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60	R\$	2.933,95
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48	R\$	3.814,13
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05	R\$	5.497,31

			~												
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL														
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900									
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-									
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-									
Exames Simples	-	-	-	-	-	-									
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-									
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48									
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23									
Internações*	-	-	-	-	-	-									

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00

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

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

OBS: - A odontologia deverá ser adquirida em contrato separado do médico.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO

R\$ 25.00

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 Santos - SP, 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
Data	Local

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 préestabelecido 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:
- 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 recontagem.
- 5. 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.
- 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.
- ( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

#### Santos - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

#### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

COPARTICIPAÇÃO COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL PRODUTO SMART AMBULATORIAL SMART 200 ABC + BS SMART 200 UP SMART 300 SMART 400 SMART 500 SEGMENTAÇÃO **AMBULATORIAL** AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBS1 AMB+HOSP+OBS ACOMODAÇÃO S/AC **ENFERM** ENFERM **ENFERM ENFERM** APART **ENFERM** APART REGISTRO ANS 495.656/23-7 477.841/17-3 486.514/20-6 486.577/20-4 474.460/15-8 474.459/15-4 474.448/15-9 474.445/15-4 CÓD. INTERNO 31862 31760 31770 31788 31856 31860 31858 31864 00 a 18 anos R\$ 109,27 R\$ 121,89 R\$ 129,59 R\$ 155,23 R\$ 158,44 R\$ 190,13 R\$ 224,00 R\$ 264,31 R\$ 164,53 174,92 209,53 213,87 256,64 R\$ 302,36 R\$ 356,77 R\$ 118,72 R\$ R\$ R\$ R\$ 19 a 23 anos 24 a 28 anos R\$ 140,30 R\$ 194,45 R\$ 206,73 R\$ 247,63 R\$ 252,75 R\$ 303,30 R\$ 357,33 R\$ 421,63 R\$ 194.45 206,73 R\$ 316,89 140,30 R\$ R\$ R\$ 258 73 264,08 R\$ R\$ 373,33 R\$ 440 51 29 a 33 anos R\$ 140,30 R\$ 194,45 206,73 267,37 R\$ 272,90 327,47 385,80 455,22 34 a 38 anos R\$ R\$ R\$ R\$ R\$ R\$ R\$ 166,62 R\$ 230,95 245,53 R\$ R\$ R\$ 424,39 R\$ 500,75 39 a 43 anos R\$ 294,11 300,19 360,22 44 a 48 anos R\$ 269,09 R\$ 300,23 R\$ 319,19 R\$ 382,35 R\$ 390,25 R\$ 468,29 R\$ 551,70 R\$ 650,97 R\$ 49 a 53 anos 285,12 R\$ 390,30 R\$ 414,94 R\$ 497,05 R\$ 507,33 R\$ 608,78 R\$ 717,21 R\$ 846,26 54 a 58 anos R\$ 366,08 R\$ 507,39 R\$ 539,43 R\$ 646,17 R\$ 659,53 R\$ 791,42 R\$ 932,37 R\$ 1.100,13 59 anos ou mais R\$ 655,48 R\$ 731,30 R\$ 777,48 R\$ 931,32 R\$ 950,58 R\$ 1.140,67 R\$ 1.343,82 R\$ 1.585,61

COPARTICIPAÇÃO				COMC	OPA	RTICIPAÇÃO TO	TAL				
PRODUTO		ADVAN	CE 600			ADVAN	<b>CE 70</b>	0	PREMIUM 900		
SEGMENTAÇÃO		AMB+HO:	SP+OB	ST		AMB+HO	ST	AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		ENFERM	APART		ENFERM		APART		APART		
REGISTRO ANS		474.439/15-0	474.438/15-1		474.341/15-5			474.340/15-7	476.795/16-1		
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874	
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12	
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81	
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76	
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86	
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97	
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96	
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05	
49 a 53 anos	R\$	796,77	R\$	884,42	R\$	977,61	R\$	1.085,19	R\$	1.617,27	
54 a 58 anos	R\$	1.035,80	R\$	1.149,74	R\$	1.270,90	R\$	1.410,74	R\$	2.102,46	
59 anos ou mais	R\$	1.492,89	R\$	1.657,13	R\$	1.831,75	R\$	2.033,30	R\$	3.030,27	

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

		COPARTICIPAÇÃO TOTAL													
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900									
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53									
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90									
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00									
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00									
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48									
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23									
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40									

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

ODONTOLOGIA	REGISTRO	COD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *	Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal	
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00		
* Valor Promocional quando bene	eficiário adquire, no ato da contrataçã	ão, um plano médico-hospitalar HAPV	IDA.			//
OBS: - A odontologia deverá ser	adquirida em contrato separado do r	nédico.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO	Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO	Data

R\$ 25,00

Loc

- 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

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 Santos - SP, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



#### Santos - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

	PRODUTO		ADVAN	NCE 700	PREMIUM 900	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART	ENFERM
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1	408.035/99-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS no 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 préestabelecido, 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 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.

DBO	SMART 500								
	DUTO	SMART 200 ABC + BS	SMART 200 UP	SMART 300		RT 400			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM APART		ENFERM	APART	
REGISTRO ANS	495.656/23-7	477.841/17-3	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4	
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,19%	18,19%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	

ODONTOLOGIA	REGISTRO CÓD. INTERNO VAI		VALOR	VALOR PROMO *	Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal				
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00					
* Valor Promocional quando ben	eficiário adquire, no ato da contrataçã	io, um plano médico-hospitalar HAPV	IDA.			//			
OBS: - A odontologia deverá ser	adquirida em contrato separado do r	nédico.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO	Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO	Data			
- 60 dias de carências aper	nas para empresas com até 29 vidas.	Acima de 30 vidas haverá isenção de	e carências.	R\$ 25,00					

Loca

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 Santos - SP, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



São Bernardo do Campo - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## PORTE II (2 a 29 vidas)

## COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

COPARTICIPAÇÃO	COPARTI	CIPAÇÃO PARCIAL	SEM C	OPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	SMA	ART 150 ABC	BASIC	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB	+HOSP+OBST	AMB	+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM
REGISTRO ANS	48	31.929/18-2	4	08.035/99-1
CÓD. INTERNO		31765		27007
00 a 18 anos	R\$	134,89	R\$	916,34
19 a 23 anos	R\$	182,08	R\$	1.236,87
24 a 28 anos	R\$	215,19	R\$	1.461,74
29 a 33 anos	R\$	215,19	R\$	1.527,23
34 a 38 anos	R\$	215,19	R\$	1.578,24
39 a 43 anos	R\$	255,58	R\$	1.736,06
44 a 48 anos	R\$	332,26	R\$	2.256,88
49 a 53 anos	R\$	431,94	R\$	2.933,95
54 a 58 anos	R\$	561,52	R\$	3.814,13
59 anos ou mais	R\$	809,32	R\$	5.497,31

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL													
PRODUTO	SMART AMBULATORIA	L S	MART 200 ABC + BS	SMART 200 UP SMART 3			SMART 300	SMART 400					SM	ART 5	00
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	IAL AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST AMB+HO		OSP+OBST			AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO	S/AC		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	APART			ENFERM		APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7		477.841/17-3		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4		474.448/15-9		474.445/15-4
CÓD. INTERNO	31761		31771		31851		31857		31861		31859		31865		31863
00 a 18 anos	R\$ 145	70 R\$	162,54	R\$	172,80	R\$	259,52	R\$	293,83	R\$	340,84	R\$	319,99	R\$	364,79
19 a 23 anos	R\$ 158	30 R\$	219,40	R\$	233,24	R\$	350,30	R\$	396,62	R\$	460,07	R\$	431,92	R\$	492,39
24 a 28 anos	R\$ 187	08 R\$	259,29	R\$	275,64	R\$	413,99	R\$	468,72	R\$	543,71	R\$	510,44	R\$	581,91
29 a 33 anos	R\$ 187	08 R\$	259,29	R\$	275,64	R\$	432,54	R\$	489,71	R\$	568,06	R\$	533,31	R\$	607,98
34 a 38 anos	R\$ 187	08 R\$	259,29	R\$	275,64	R\$	446,98	R\$	506,07	R\$	587,04	R\$	551,12	R\$	628,28
39 a 43 anos	R\$ 222	18 R\$	307,96	R\$	327,38	R\$	491,68	R\$	556,68	R\$	645,75	R\$	606,23	R\$	691,11
44 a 48 anos	R\$ 358	82 R\$	400,35	R\$	425,60	R\$	639,18	R\$	723,69	R\$	839,48	R\$	788,11	R\$	898,45
49 a 53 anos	R\$ 380	19 R\$	520,45	R\$	553,28	R\$	830,93	R\$	940,79	R\$	1.091,32	R\$	1.024,54	R\$	1.167,98
54 a 58 anos	R\$ 488	15 R\$	676,59	R\$	719,26	R\$	1.080,21	R\$	1.223,03	R\$	1.418,72	R\$	1.331,91	R\$	1.518,38
59 anos ou mais	R\$ 874	06 R\$	975,17	R\$	1.036,67	R\$	1.556,91	R\$	1.762,76	R\$	2.044,81	R\$	1.919,68	R\$	2.188,44

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL									
PRODUTO	ADVANCE 600					ADVANCE 700				PREMIUM 900	
SEGMENTAÇÃO	AN	MB+HOSP+OBST	1	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART	
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1	
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875	
00 a 18 anos	R\$	331,80	R\$	368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61	
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38	
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$	587,48	R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79	
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00	
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11	
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12	
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46	
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60	
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48	
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05	

	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	SMART150 / SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900					
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-					
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-					
Exames Simples	-	-	-	-	-	-					
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-					
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48					
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23					
Internações*	-	-	-	-	-	-					

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25,00

-	
Valor fixo R\$ 119,48	7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da

saúde, considerando as premissas abaixo:

2. O desconto não será progressivo.

sem recontagem.

conforme tabela de vendas.

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.

produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.

contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da

**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

3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o

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

5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do

6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado

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

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 São Bernardo do Campo - SP, 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

ANS no 359017



## **TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL**

#### São Bernardo do Campo - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

#### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TÓTAL

COPARTICIPAÇÃO				COM COPARTIC	IPAG	CÃO TOTAL			c
PRODUTO	SMART	AMBULATORIAL	5	SMART 150 ABC		IART 200 ABC + BS		SMART 200 UP	Č
SEGMENTAÇÃO	AM	BULATORIAL	Д	MB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	Α	MB+HOSP+OBST	*
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM		ENFERM		ENFERM	C
REGISTRO ANS	4	95.656/23-7		481.929/18-2		477.841/17-3		486.514/20-6	
CÓD. INTERNO		31760		31764		31770		31788	
00 a 18 anos	R\$	109,27	R\$	101,18	R\$	121,89	R\$	129,59	
19 a 23 anos	R\$	118,72	R\$	136,58	R\$	164,53	R\$	174,92	
24 a 28 anos	R\$	140,30	R\$	161,40	R\$	194,45	R\$	206,73	
29 a 33 anos	R\$	140,30	R\$	161,40	R\$	194,45	R\$	206,73	
34 a 38 anos	R\$	140,30	R\$	161,40	R\$	194,45	R\$	206,73	
39 a 43 anos	R\$	166,62	R\$	191,69	R\$	230,95	R\$	245,53	
44 a 48 anos	R\$	269,09	R\$	249,20	R\$	300,23	R\$	319,19	
49 a 53 anos	R\$	285,12	R\$	323,96	R\$	390,30	R\$	414,94	
54 a 58 anos	R\$	366,08	R\$	421,15	R\$	507,39	R\$	539,43	
59 anos ou mais	R\$	655,48	R\$	607,01	R\$	731,30	R\$	777,48	

UDUNTULUGIA	REGISTRU	COD. IN LEKNO	VALUR	VALUR PRUMU					
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	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.

R\$ 25,00

ANS no 359017

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 São Bernardo do Campo - SP, 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

Data

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL									
PRODUTO		SMART 300		SMART 400				SMART 500			
SEGMENTAÇÃO	AM	IB+HOSP+OBST		AMB+HO	SP+OB	ST	AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM		APART		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4		474.448/15-9		474.445/15-4	
CÓD. INTERNO		31856		31860		31858		31864		31862	
00 a 18 anos	R\$	181,66	R\$	205,70	R\$	246,85	R\$	224,00	R\$	264,31	
19 a 23 anos	R\$	245,21	R\$	277,65	R\$	333,19	R\$	302,36	R\$	356,77	
24 a 28 anos	R\$	289,79	R\$	328,13	R\$	393,76	R\$	357,33	R\$	421,63	
29 a 33 anos	R\$	302,77	R\$	342,83	R\$	411,40	R\$	373,33	R\$	440,51	
34 a 38 anos	R\$	312,89	R\$	354,29	R\$	425,15	R\$	385,80	R\$	455,22	
39 a 43 anos	R\$	344,18	R\$	389,71	R\$	467,66	R\$	424,39	R\$	500,75	
44 a 48 anos	R\$	447,44	R\$	506,62	R\$	607,96	R\$	551,70	R\$	650,97	
49 a 53 anos	R\$	581,68	R\$	658,61	R\$	790,35	R\$	717,21	R\$	846,26	
54 a 58 anos	R\$	756,18	R\$	856,19	R\$	1.027,45	R\$	932,37	R\$	1.100,13	
59 anos ou mais	R\$	1.089.88	R\$	1.234.03	R\$	1.480.87	R\$	1.343.82	R\$	1.585.61	

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL								
PRODUTO		ADVAN	0		ADVAN	<b>CE 70</b>	0	PREMIUM 900		
SEGMENTAÇÃO		AMB+HO:	SP+OB	ST		AMB+HO:	SP+OB	ST	All	MB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05
49 a 53 anos	R\$	796,77	R\$	884,42	R\$	977,61	R\$	1.085,19	R\$	1.617,27
54 a 58 anos	R\$	1.035,80	R\$	1.149,74	R\$	1.270,90	R\$	1.410,74	R\$	2.102,46
59 anos ou mais	R\$	1.492,89	R\$	1.657,13	R\$	1.831,75	R\$	2.033,30	R\$	3.030,27

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 extraoral; 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.

		COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	SMART150 / SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900						
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53						
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90						
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00						
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00						
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48						
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23						
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40						

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada



SMART 150 ABC

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

481.929/18-2

31765

34,98%

18,18%

0,00%

0,00%

18,77%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

PRODUTO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

**REGISTRO ANS** 

CÓD. INTERNO

De "00 a 18" a "19 a 23"

De "19 a 23" a "24 a 28"

De "24 a 28" a "29 a 33"

De "29 a 33" a "34 a 38"

De "34 a 38" a "39 a 43"

De "39 a 43" a "44 a 48"

De "44 a 48" a "49 a 53"

De "49 a 53" a "54 a 58"

De "54 a 58" a "59 ou mais"

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

#### São Bernardo do Campo - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

#### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *					
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00					
* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA.									
OBS: - A odontologia deverá ser ado		TAXA DE IMPLANTAÇÃO							
- 60 dias de carências apenas ¡	R\$ 25,00								

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 São Bernardo do Campo - SP, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Local

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO Data

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

PRODUTO	ADVAN	ICE 600	ADVAN	PREMIUM 900	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

BASIC REFERÊNCIA

ENFERM

408.035/99-1

27007

34,98%

18,18%

4,48%

3,34%

10,00%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 ABC + BS	SMART 200 UP	SMART 300	SMAR	RT 400	SMA	ART 500
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HO:	SP+OBST	AMB+H	OSP+OBST
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	477.841/17-3	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,19%	18,19%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

#### ANS nº 359017



COPARTICIPAÇÃO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

REGISTRO ANS

CÓD. INTERNO

00 a 18 anos

19 a 23 anos

24 a 28 anos

29 a 33 anos

34 a 38 anos

39 a 43 anos

44 a 48 anos

49 a 53 anos

54 a 58 anos

59 anos ou mais

PRODUTO

#### TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Americana - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025
PORTE II (2 a 29 vidas)
COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

r ara com
CON

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										
PRODUTO	SMART AMBULATORIAL SMART		SMART 200 AMERICANA SMART 200 UP		SMART 300		SMART 500					
SEGMENTAÇÃO	AME	AMBULATORIAL AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST				
ACOMODAÇÃO		S/AC	ENFERM			ENFERM	ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	49	95.656/23-7		486.524/20-3	486.514/20-6 486.		486.577/20-4	86.577/20-4 474.448/15-9		474.445/15-4		
CÓD. INTERNO		31761		31777		31851		31857		31865		31863
00 a 18 anos	R\$	145,70	R\$	155,12	R\$	172,80	R\$	259,52	R\$	319,99	R\$	364,79
19 a 23 anos	R\$	158,30	R\$	209,38	R\$	233,24	R\$	350,30	R\$	431,92	R\$	492,39
24 a 28 anos	R\$	187,08	R\$	247,44	R\$	275,64	R\$	413,99	R\$	510,44	R\$	581,91
29 a 33 anos	R\$	187,08	R\$	247,44	R\$	275,64	R\$	432,54	R\$	533,31	R\$	607,98
34 a 38 anos	R\$	187,08	R\$	247,44	R\$	275,64	R\$	446,98	R\$	551,12	R\$	628,28
39 a 43 anos	R\$	222,18	R\$	293,89	R\$	327,38	R\$	491,68	R\$	606,23	R\$	691,11
44 a 48 anos	R\$	358,82	R\$	382,06	R\$	425,60	R\$	639,18	R\$	788,11	R\$	898,45
49 a 53 anos	R\$	380,19	R\$	496,68	R\$	553,28	R\$	830,93	R\$	1.024,54	R\$	1.167,98
54 a 58 anos	R\$	488,15	R\$	645,68	R\$	719,26	R\$	1.080,21	R\$	1.331,91	R\$	1.518,38
59 anos ou mais	R\$	874,06	R\$	930,61	R\$	1.036,67	R\$	1.556,91	R\$	1.919,68	R\$	2.188,44

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL									
PRODUTO		ADVANCE 600		0		ADVAN	NCE 700			PREMIUM 900	
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL		AMB+HOSP+OBST	1	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	Al	MB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART	
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1	
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875	
00 a 18 anos	R\$	331,80	R\$	368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61	
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38	
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$	587,48	R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79	
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00	
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11	
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12	
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46	
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60	
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48	
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05	

		COF	PARTICIPAÇÃO PARCIAL			
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-
Exames Simples	-	-	-	-	-	-
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23
Internações*	-	-	-	-	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00

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

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO

132,65 R\$

179,05

211,60

211,60

211,60

251,32

326,71

424,72

552,14

795,80

BASIC REFERÊNCIA

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

408.035/99-1

27007

916,34

1.236.87

1.461,74

1.527,23

1.578,24

1.736,06

2.256,88

2.933,95

3.814,13

5.497,31

NOSSO MÉDICO AMERICANA

AMB+HOSP+OBST

ENFERM

498.808/24-6

30877

R\$

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25,00

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

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

Observação: As partes convencionam que as condições e valores estipulados neste instrumento se destinam apenas ac	วร
colaboradores da Contratante e seus dependentes lotados e domiciliados em Americana - SP, 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	

Local

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Data

**OBS:** - A odontologia deverá ser adquirida em contrato separado do médico.

<sup>- 60</sup> dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

#### Americana - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

#### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

COPARTICIPAÇÃO				COM COPARTIC	IPAÇ	ÃO TOTAL		
PRODUTO	SMART	AMBULATORIAL	NOSSO	MÉDICO AMERICANA	SMA	RT 200 AMERICANA		SMART 200 UP
SEGMENTAÇÃO	AM	BULATORIAL	A	MB+HOSP+OBST	Į.	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM		ENFERM		ENFERM
REGISTRO ANS	4	95.656/23-7		498.808/24-6		486.524/20-3		486.514/20-6
CÓD. INTERNO		31760		30139		31776		31788
00 a 18 anos	R\$	109,27	R\$	99,50	R\$	116,35	R\$	129,59
19 a 23 anos	R\$	118,72	R\$	134,31	R\$	157,05	R\$	174,92
24 a 28 anos	R\$	140,30	R\$	158,73	R\$	185,60	R\$	206,73
29 a 33 anos	R\$	140,30	R\$	158,73	R\$	185,60	R\$	206,73
34 a 38 anos	R\$	140,30	R\$	158,73	R\$	185,60	R\$	206,73
39 a 43 anos	R\$	166,62	R\$	188,52	R\$	220,44	R\$	245,53
44 a 48 anos	R\$	269,09	R\$	245,07	R\$	286,58	R\$	319,19
49 a 53 anos	R\$	285,12	R\$	318,59	R\$	372,56	R\$	414,94
54 a 58 anos	R\$	366,08	R\$	414,16	R\$	484,32	R\$	539,43
59 anos ou mais	R\$	655,48	R\$	596,93	R\$	698,06	R\$	777,48

COPARTICIPAÇÃO		COM	COP	ARTICIPAÇÃO T	OTAL	
PRODUTO	5	SMART 300 SMART 500				
SEGMENTAÇÃO	AME	B+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST				ST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM		APART
REGISTRO ANS	4	86.577/20-4		474.448/15-9		474.445/15-4
CÓD. INTERNO		31856		31864		31862
00 a 18 anos	R\$	181,66	R\$	224,00	R\$	264,31
19 a 23 anos	R\$	245,21	R\$	302,36	R\$	356,77
24 a 28 anos	R\$	289,79	R\$	357,33	R\$	421,63
29 a 33 anos	R\$	302,77	R\$	373,33	R\$	440,51
34 a 38 anos	R\$	312,89	R\$	385,80	R\$	455,22
39 a 43 anos	R\$	344,18	R\$	424,39	R\$	500,75
44 a 48 anos	R\$	447,44	R\$	551,70	R\$	650,97
49 a 53 anos	R\$	581,68	R\$	717,21	R\$	846,26
54 a 58 anos	R\$	756,18	R\$	932,37	R\$	1.100,13
59 anos ou mais	R\$	1.089,88	R\$	1.343,82	R\$	1.585,61

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 préestabelecido da mensalidade do plano odontológico.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
DDONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
Valor Promocional quando ber	neficiário adquire, no ato da	a contratação, um plano médico	-hospitalar HAPVIDA.	
DBS: - A odontologia deverá se	r adquirida em contrato se	parado do médico.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO
- 60 dias de carências ape	nas para empresas com at	té 29 vidas. Acima de 30 vidas l	naverá isenção de carências.	R\$ 25,00
			Local	
colaboradores da Contrata	nte e seus dependentes lo	tados e domiciliados em Americ	strumento se destinam apenas aos ana - SP, área de atuação desta I de Saúde Suplementar – ANS.	
	Assinatura do CONTF	RATANTE ou Responsável Leg	al	
			1 1	
A i t	do REPRESENTANTE AU	TODIZADO	Data	

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL								
PRODUTO		ADVAN	<b>CE 60</b>	0	ADVANCE 700 PREMIUM					PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO		AMB+HO	SP+OB	ST	AMB+HOSP+OBST AMB+HC			MB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05
49 a 53 anos	R\$	796,77	R\$	884,42	R\$	977,61	R\$	1.085,19	R\$	1.617,27
54 a 58 anos	R\$	1.035,80	R\$	1.149,74	R\$	1.270,90	R\$	1.410,74	R\$	2.102,46
59 anos ou mais	R\$	1.492,89	R\$	1.657,13	R\$	1.831,75	R\$	2.033,30	R\$	3.030,27

			COPARTICIPAÇÃO	TOTAL		
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	10% limitado a R\$ 78,00
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	0% limitado a R\$ 180,0
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada



PRODUTO	NOSSO MÉDICO AMERICAN	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.808/24-6	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	30877	27007
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%

#### Americana - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	COD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *	TAXA DE IMP	LANTAÇAO
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00	R\$ 25	5,00
* Valor Promocional quando benefici	ário adquire, no ato da contrataçã	ão, um plano médico-hosp	italar HAPVIDA.		R\$	25,00
OBS: - A odontologia deverá ser ado	quirida em contrato separado do i	médico.				
- 60 dias de carências apenas	para empresas com até 29 vidas.	. Acima de 30 vidas havera	á isenção de carências.			
				Loc	al	
Ob				Loc	al	
Observação: As partes convencion colaboradores da Contratante e	nam que as condições e vaiores seus dependentes lotados e don	•	•			
	ade com o que estiver registrado		,			
•		•				
•	Assinatura do CONTRATANTE o	ou Responsável Legal				
			, ,			

Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

				Assinatura d	IO REPRESENTANTE AUTORIZAD
PRODUTO	ADVAN	ICE 600	ADVA	NCE 700	PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 AMERICANA	SMART 200 UP	SMART 300	SMART	500
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSI	P+OBST
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	486.524/20-3	486.514/20-6	486.577/20-4	474.448/15-9	474.445/15-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,19%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

## ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 préestabelecido da mensalidade do plano odontológico.

Campinas - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

# PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

COPARTICIPAÇÃO	COF	PARTICIPAÇÃO PARCIAL	SEM	COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOS	SO MÉDICO CAMPINAS	BAS	SIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST	AN	MB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM
REGISTRO ANS		498.806/24-0		408.035/99-1
CÓD. INTERNO		26565		27007
00 a 18 anos	R\$	128,86	R\$	916,34
19 a 23 anos	R\$	173,94	R\$	1.236,87
24 a 28 anos	R\$	205,56	R\$	1.461,74
29 a 33 anos	R\$	205,56	R\$	1.527,23
34 a 38 anos	R\$	205,56	R\$	1.578,24
39 a 43 anos	R\$	244,14	R\$	1.736,06
14 a 48 anos	R\$	317,38	R\$	2.256,88
49 a 53 anos	R\$	412,60	R\$	2.933,95
54 a 58 anos	R\$	536,38	R\$	3.814,13
59 anos ou mais	R\$	773,09	R\$	5.497,31

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

COPARTICIPAÇÃO				COM COPARTICIPAÇÃ	O PARCIAL			
PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 CAMPINAS	SMART 200 UP	SMART 300	SMART 400 SMART 500			
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+			SP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	486.521/20-9	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
CÓD. INTERNO	31761	31779	31851	31857	31861	31859	31865	31863
00 a 18 anos	R\$ 145,70	R\$ 150,69	R\$ 149,63	R\$ 259,52	R\$ 264,87	R\$ 307,25	R\$ 320,01	R\$ 364,81
19 a 23 anos	R\$ 158,30	R\$ 203,40	R\$ 201,97	R\$ 350,30	R\$ 357,52	R\$ 414,72	R\$ 431,94	R\$ 492,41
24 a 28 anos	R\$ 187,08	R\$ 240,38	R\$ 238,69	R\$ 413,99	R\$ 422,52	R\$ 490,12	R\$ 510,47	R\$ 581,94
29 a 33 anos	R\$ 187,08	R\$ 240,38	R\$ 238,69	R\$ 432,54	R\$ 441,45	R\$ 512,08	R\$ 533,35	R\$ 608,02
34 a 38 anos	R\$ 187,08	R\$ 240,38	R\$ 238,69	R\$ 446,98	R\$ 456,20	R\$ 529,19	R\$ 551,16	R\$ 628,32
39 a 43 anos	R\$ 222,18	R\$ 285,50	R\$ 283,49	R\$ 491,68	R\$ 501,82	R\$ 582,11	R\$ 606,28	R\$ 691,16
44 a 48 anos	R\$ 358,82	R\$ 371,15	R\$ 368,54	R\$ 639,18	R\$ 652,36	R\$ 756,74	R\$ 788,15	R\$ 898,50
49 a 53 anos	R\$ 380,19	R\$ 482,49	R\$ 479,10	R\$ 830,93	R\$ 848,07	R\$ 983,77	R\$ 1.024,61	R\$ 1.168,07
54 a 58 anos	R\$ 488,15	R\$ 627,24	R\$ 622,83	R\$ 1.080,21	R\$ 1.102,49	R\$ 1.278,90	R\$ 1.331,98	R\$ 1.518,48
59 anos ou mais	R\$ 874,06	R\$ 904,04	R\$ 897,68	R\$ 1.556,91	R\$ 1.589,02	R\$ 1.843,27	R\$ 1.919,79	R\$ 2.188,60

COPARTICIPAÇÃO				COM COF	ART	ICIPAÇÃO PARO	IAL			
PRODUTO		ADVANCE	600			ADVAN	ADVANCE 700 PREMIUM 900			PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HO:	SP+OB	ST		AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875
00 a 18 anos	R\$	331,80	R\$	368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$	587,48	R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05

		(	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-
Exames Simples	-	-	-	-	-	-
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23
Internações*	-	-	-	-	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado \* Internação na rede credenciada

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 Campinas - SP, 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

odontológico.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	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
---

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25,00 Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 Rrasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano

ANS nº 359017

Campinas - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

COPARTICIPAÇÃO COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL SMART AMBULATORIAL NOSSO MÉDICO CAMPINAS SMART 200 CAMPINAS SMART 200 UP PRODUTO **EGMENTAÇÃO AMBULATORIAL** AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST ACOMODAÇÃO S/AC **ENFERM ENFERM** ENFERM REGISTRO ANS 495.656/23-7 498.806/24-0 486.521/20-9 486.514/20-6 31788 CÓD. INTERNO 30867 31778 31760 00 a 18 anos R\$ 109,27 R\$ 96,65 R\$ 113,02 R\$ 112,23 R\$ 118,72 R\$ 130,46 R\$ 152,56 R\$ 151.49 19 a 23 anos 24 a 28 anos R\$ 140,30 R\$ 154,18 R\$ 180,29 R\$ 179,03 R\$ 29 a 33 anos 140.30 R\$ 154.18 R\$ 180.29 R\$ 179.03 34 a 38 anos R\$ 140,30 R\$ 154,18 R\$ 180,29 R\$ 179,03 R\$ R\$ 39 a 43 anos 166.62 R\$ 183.12 R\$ 214.13 212.63 R\$ 44 a 48 anos 269,09 R\$ 238,06 R\$ 278,37 R\$ 276,42 49 a 53 anos R\$ 285,12 R\$ 309,48 R\$ 361,88 R\$ 359,35 R\$ R\$ 467,16 54 a 58 anos 366,08 R\$ 402,33 R\$ 470,45 59 anos ou mais R\$ 655,48 R\$ 579,88 R\$ 678,06 R\$ 673,32

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 Campinas - SP, 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

Data

ANS nº 359017

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

				2011.00								
COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PRODUTO		SMART 300		SMART 400				SMART 500				
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST					AMB+HC	SP+OE	ST		
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM		APART		ENFERM		APART		
REGISTRO ANS		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4		474.448/15-9		474.445/15-4		
CÓD. INTERNO		31856		31860		31858		31864		31862		
00 a 18 anos	R\$	181,66	R\$	185,41	R\$	222,49	R\$	224,00	R\$	264,31		
19 a 23 anos	R\$	245,21	R\$	250,27	R\$	300,32	R\$	302,36	R\$	356,77		
24 a 28 anos	R\$	289,79	R\$	295,77	R\$	354,92	R\$	357,33	R\$	421,63		
29 a 33 anos	R\$	302,77	R\$	309,02	R\$	370,83	R\$	373,33	R\$	440,51		
34 a 38 anos	R\$	312,89	R\$	319,34	R\$	383,22	R\$	385,80	R\$	455,22		
39 a 43 anos	R\$	344,18	R\$	351,28	R\$	421,55	R\$	424,39	R\$	500,75		
44 a 48 anos	R\$	447,44	R\$	456,66	R\$	548,01	R\$	551,70	R\$	650,97		
49 a 53 anos	R\$	581,68	R\$	593,66	R\$	712,42	R\$	717,21	R\$	846,26		
54 a 58 anos	R\$	756,18	R\$	771,76	R\$	926,14	R\$	932,37	R\$	1.100,13		
59 anos ou mais	R\$	1.089,88	R\$	1.112,33	R\$	1.334,84	R\$	1.343,82	R\$	1.585,61		

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL										
PRODUTO		ADVANCE	600		ADVANCE 700					PREMIUM 900		
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST					AMB+HOSP+OBST				AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM	APART		APART			
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7	476.795/16-1			
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874		
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12		
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81		
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76		
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86		
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97		
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96		
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05		
49 a 53 anos	R\$	796,77	R\$	884,42	R\$	977,61	R\$	1.085,19	R\$	1.617,27		
54 a 58 anos	R\$	1.035,80	R\$	1.149,74	R\$	1.270,90	R\$	1.410,74	R\$	2.102,46		
59 anos ou mais	R\$	1.492,89	R\$	1.657,13	R\$	1.831,75	R\$	2.033,30	R\$	3.030,27		

	COPARTICIPAÇÃO TOTAL											
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900						
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53						
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90						
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00						
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00						
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48						
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23						
Internações*	-	R\$ 196.10	185.00	R\$ 275.60	R\$ 328.60	R\$ 572.40						

R\$ 25,00

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

	-			
ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
* Valor Promocional quando ben	eficiário adquire, no ato da contratação, um pla	no médico-hospitalar HAPVIDA.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO

\* 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.

Local

<sup>- 60</sup> dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.



NOSSO MÉDICO CAMPINAS

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

498.806/24-0

34,98%

18,18%

0,00%

0,00%

18,77%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

PRODUTO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

**REGISTRO ANS** 

De "00 a 18" a "19 a 23"

De "19 a 23" a "24 a 28" De "24 a 28" a "29 a 33"

De "29 a 33" a "34 a 38"

De "34 a 38" a "39 a 43"

De "39 a 43" a "44 a 48"

De "44 a 48" a "49 a 53"

De "49 a 53" a "54 a 58"

De "54 a 58" a "59 ou mais"

## **TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL**

#### Campinas - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

ANS nº 359017

### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	#N/D	33111	-	R\$ 0,00
* Valor Promocional quando beneficián	rio adquire, no ato da contratação, um	n plano médico-hospitalar HAPVIDA.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO
OBS: - A odontologia deverá ser adqu	R\$ 25 00			

- A duditiología deverá ser adquirida em contrato separado do medico.
 - 60 dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

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 Campinas - SP, 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 Data

			ASSII	Ialura do REPRESENTANTE AU	
PRODUTO	ADVANC	E 600	ADVAN	ICE 700	PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

BASIC REFERÊNCIA

AMB+HOSP+OBST

ENFERM

408.035/99-1

34,98%

18,18%

4,48%

3,34%

10,00%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 alveolíte; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; inicisão 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 CAMPINAS	SMART 200 UP	SMART 300	SMART 400		SMAF	RT 500
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM APART		APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	486.521/20-9	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%



COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

NOSSO MÉDICO SOROCABA

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

498.800/24-1

26496

139,97

188,93

223 28

187,08

187,08

187,08

222 18

358,82

380,19

488 15

874,06

R\$

COPARTICIPAÇÃO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

**REGISTRO ANS** 

CÓD. INTERNO

00 a 18 anos

19 a 23 anos

24 a 28 anos

24 a 28 anos 29 a 33 anos

34 a 38 anos

39 a 43 anos

44 a 48 anos

49 a 53 anos

54 a 58 anos

59 anos ou mais

PRODUTO

#### TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

#### Sorocaba - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## PORTE II (2 a 29 vidas)

## COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

413.99

432,54

446,98

491 68

639,18

830,93

1 080 21

1.556,91

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

422,52

441,45

456,20

501 82

652,36

848,07

1.102,49

1.589,02

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

490,12

512,08

529,19

582 11

756,74

983,77

1.278.90

1.843,27

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

	Ιζψ	223,20	ΙΛΨ	1.401,74	oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação de placa									
29 a 33 anos	R\$	223,28	R\$	1.527,23				). Os demais procedimen						
34 a 38 anos	R\$	223,28	R\$	1.578,24		segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando								
39 a 43 anos	R\$	265,19	R\$	1.736,06	realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela									
44 a 48 anos	R\$	344,74	R\$	2.256,88		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.								
49 a 53 anos	R\$	448,17	R\$	2.933,95										
54 a 58 anos	R\$	582,63	R\$	3.814,13										
59 anos ou mais	R\$	839,74	R\$	5.497,31										
		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL												
COPARTICIPAÇÃO						COM	COPA	RTICIPAÇÃO PA	ARCI	A L				
COPARTICIPAÇÃO PRODUTO	SMART AMBU	JLATORIAL	SMART 200 S	OROCABA	SMART 200		COPA	RTICIPAÇÃO PA SMART 300	ARCI	A L SMART 4	00	T	SM	Α
•	SMART AMBU AMBULAT		SMART 200 S AMB+HOSI		SMART 200 AMB+HOSP+C	UP		• • •	ARCI		<u> </u>	Ŧ	SM. AMB+H	
PRODUTO		TORIAL		P+OBST		UP BST		SMART 300	ARCI	SMART 4	<u> </u>			
PRODUTO SEGMENTAÇÃO	AMBULAT	CORIAL	AMB+HOSI	P+OBST RM	AMB+HOSP+C	UP DBST		SMART 300 MB+HOSP+OBST		SMART 4 AMB+HOSP+	овѕт		AMB+	
PRODUTO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO	AMBULAT S/AC	ORIAL C /23-7	AMB+HOSI ENFE	P+OBST RM 0/15-0	AMB+HOSP+C ENFERM	UP DBST		SMART 300 MB+HOSP+OBST ENFERM		SMART 4 AMB+HOSP+ ENFERM	OBST APART		AMB+H ENFERM	
PRODUTO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS	AMBULAT S/AC 495.656/	ORIAL C /23-7	AMB+HOSI ENFE 474.330	P+OBST RM 0/15-0	AMB+HOSP+C ENFERM 486.514/20-	UP DBST		SMART 300 MB+HOSP+OBST ENFERM 486.577/20-4		SMART 4 AMB+HOSP+ ENFERM 474.460/15-8	OBST APART 474.459/15-4	5 F	AMB++ ENFERM 474.448/15-9	

275,64

275,64

275,64

327 38

425,60

553,28

719,26

1.036,67

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										
PRODUTO		ADVANCE 6		ADVANCE 700				PREMIUM 900				
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL		AMB+HOSP+OBST	AMB+I	HOSP+OBST			AN	IB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART		
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7	476.795/16-1			
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875		
00 a 18 anos	R\$	331,80	R\$	368,28	R\$	407,09	R\$	451,89	R\$	702,61		
19 a 23 anos	R\$	447,86	R\$	497,11	R\$	549,50	R\$	609,96	R\$	948,38		
24 a 28 anos	R\$	529,28	R\$	587,48	R\$	649,40	R\$	720,84	R\$	1.120,79		
29 a 33 anos	R\$	553,00	R\$	613,79	R\$	678,49	R\$	753,14	R\$	1.171,00		
34 a 38 anos	R\$	571,46	R\$	634,28	R\$	701,15	R\$	778,30	R\$	1.210,11		
39 a 43 anos	R\$	628,60	R\$	697,71	R\$	771,27	R\$	856,14	R\$	1.331,12		
44 a 48 anos	R\$	817,18	R\$	907,02	R\$	1.002,65	R\$	1.112,98	R\$	1.730,46		
49 a 53 anos	R\$	1.062,33	R\$	1.179,13	R\$	1.303,44	R\$	1.446,87	R\$	2.249,60		
54 a 58 anos	R\$	1.381,02	R\$	1.532,87	R\$	1.694,47	R\$	1.880,93	R\$	2.924,48		
59 anos ou mais	R\$	1.990,47	R\$	2.209,33	R\$	2.442,24	R\$	2.710,99	R\$	4.215,05		

287,84

287,84

287,84

341 86

444,42

577,75

751,08

1.082,53

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

SEM COPARTICIPAÇÃO

BASIC REFERÊNCIA

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

408.035/99-1

27007

916,34

1.236,87

1 461 74

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900				
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-				
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-				
Exames Simples	-	-	-	-	-	-				
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-				
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48				
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23				
Internações*	-	-	-	_	_	-				

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

\* Internação na rede credenciada

 ODONTOLOGIA
 REGISTRO
 CÓD. INTERNO
 VALOR
 VALOR PROMO \*

 ODONTO PROTEÇÃO
 495.626/23-5
 33111
 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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25,00

APART 474.445/15-4 31863

364.81

492,41

581,94

608,02

628,32

691 16

898,50

1.168,07

1.518,48

2.188,60

ANS no 359017

- 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.

SMART 500 AMB+HOSP+OBST

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

510,47

533,35

551,16

606 28

788,15

1.024,61

1.331,98

1.919,79

- 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 recontagem.
- 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.
- ( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado,

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 Sorocaba - SP, 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	
	1 1
Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO	// Data

Local

39 a 43 anos 44 a 48 anos

49 a 53 anos

54 a 58 anos

59 anos ou mais

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

#### Sorocaba - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

#### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

COPARTICIPAÇÃO			CO	M COPARTICIPA	(ÇAC	) TOTAL			ODONTOLOGIA	REGISTRO	COD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
PRODUTO	SMART AMBULA	TORIAL	NOSSO	MÉDICO SOROCABA	SMA	ART 200 SOROCABA		SMART 200 UP	ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
SEGMENTAÇÃO	AMBULATOR	IAL	Al	MB+HOSP+OBST	1	AMB+HOSP+OBST	Į.	AMB+HOSP+OBST	* Valor Promocional quando ben	neficiário adquire, no ato	da contratação, um plano médi	co-hospitalar HAPVIDA.	TAXA DE IMPLANTAÇÃO
ACOMODAÇÃO	S/AC			ENFERM		ENFERM		ENFERM	OBS: - A odontologia deverá ser	r adquirida em contrato s	eparado do médico.		R\$ 25,00
REGISTRO ANS	495.656/23-	7		498.800/24-1		474.330/15-0		486.514/20-6	<ul> <li>60 dias de carências aper</li> </ul>	nas para empresas com	até 29 vidas. Acima de 30 vida	s haverá isenção de carências.	
CÓD. INTERNO	31760			30873		31772		31788					
00 a 18 anos	R\$	109,27	R\$	104,99	R\$	135,32	R\$	129,59					
19 a 23 anos	R\$	118,72	R\$	141,71	R\$	182,66	R\$	174,92	Local				
24 a 28 anos	R\$	140,30	R\$	167,48	R\$	215,87	R\$	206,73	Observação: As partes conver	ncionam que as condiçõe	es e valores estipulados neste i	nstrumento se destinam apenas aos	colaboradores da Contratante e seus
29 a 33 anos	R\$	140,30	R\$	167,48	R\$	215,87	R\$	206,73	dependentes lotados e dom	iciliados em Sorocaba -	, ,	eradora, tudo em conformidade com o	que estiver registrado na Agência
34 a 38 anos	R\$	140,30	R\$	167,48	R\$	215,87	R\$	206,73			Nacional de Saúde Suple	mentar – ANS.	

245,53

319,19

539,43

414,94 Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

777,48 Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

256,39 R\$

333,31 R\$

433,30 R\$

563,29 R\$

811,87 R\$

COPARTICIPAÇÃO				COM COP	ARTI	ICIPAÇÃO TOTAL					
PRODUTO		SMART 300		SMAR	T 400		SMART 500				
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST					AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		ENFERM	ENFERM		APART		ENFERM			APART	
REGISTRO ANS		486.577/20-4	474.460/15-8		474.459/15-4		474.448/15-9			474.445/15-4	
CÓD. INTERNO		31856		31860	31858			31864	31862		
00 a 18 anos	R\$	181,66	R\$	185,41	R\$	222,49	R\$	224,00	R\$	264,31	
19 a 23 anos	R\$	245,21	R\$	250,27	R\$	300,32	R\$	302,36	R\$	356,77	
24 a 28 anos	R\$	289,79	R\$	295,77	R\$	354,92	R\$	357,33	R\$	421,63	
29 a 33 anos	R\$	302,77	R\$	309,02	R\$	370,83	R\$	373,33	R\$	440,51	
34 a 38 anos	R\$	312,89	R\$	319,34	R\$	383,22	R\$	385,80	R\$	455,22	
39 a 43 anos	R\$	344,18	R\$	351,28	R\$	421,55	R\$	424,39	R\$	500,75	
44 a 48 anos	R\$	447,44	R\$	456,66	R\$	548,01	R\$	551,70	R\$	650,97	
49 a 53 anos	R\$	581,68	R\$	593,66	R\$	712,42	R\$	717,21	R\$	846,26	
54 a 58 anos	R\$	756,18	R\$	771,76	R\$	926,14	R\$	932,37	R\$	1.100,13	
59 anos ou mais	R\$	1.089.88	R\$	1.112.33	R\$	1.334.84	R\$	1.343.82	R\$	1.585.61	

198,92 R\$

258,60 R\$

336,18 R\$

R\$

R\$

437,03

629,90

166,62 R\$

269,09 R\$

285,12 R\$

366,08 R\$

655,48 R\$

COPARTICIPAÇÃO				COM COP	ARTI	ICIPAÇÃO TOTAL	_			
PRODUTO		ADVANCE 6	00			ADVAN	<b>CE 70</b>	0		PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+O	DBST			AMB+HOS	SP+OE	ST	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO		ENFERM	APART		ENFERM		APART			APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0			474.438/15-1	474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1	
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874
00 a 18 anos	R\$	248,85	R\$	276,22	R\$	305,33	R\$	338,92	R\$	505,12
19 a 23 anos	R\$	335,90	R\$	372,84	R\$	412,14	R\$	457,48	R\$	681,81
24 a 28 anos	R\$	396,96	R\$	440,63	R\$	487,07	R\$	540,65	R\$	805,76
29 a 33 anos	R\$	414,75	R\$	460,37	R\$	508,89	R\$	564,87	R\$	841,86
34 a 38 anos	R\$	428,60	R\$	475,74	R\$	525,88	R\$	583,74	R\$	869,97
39 a 43 anos	R\$	471,46	R\$	523,32	R\$	578,47	R\$	642,12	R\$	956,96
44 a 48 anos	R\$	612,90	R\$	680,32	R\$	752,01	R\$	834,76	R\$	1.244,05
49 a 53 anos	R\$	796,77	R\$	884,42	R\$	977,61	R\$	1.085,19	R\$	1.617,27
54 a 58 anos	R\$	1.035,80	R\$	1.149,74	R\$	1.270,90	R\$	1.410,74	R\$	2.102,46
59 anos ou mais	R\$	1.492,89	R\$	1.657,13	R\$	1.831,75	R\$	2.033,30	R\$	3.030,27

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS no 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

			COPARTICIPAÇÃO TOTA	<b>AL</b>		
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	0% limitado a R\$ 78,0
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	% limitado a R\$ 180,0
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23
Internações*	-	R\$ 196,10	R\$ 185,00	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40
01 0 1 1 11 7						

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada



NOSSO MÉDICO SOROCABA

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

498.800/24-1

34,98%

18,18%

0,00%

0.00%

18.77%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

PRODUTO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

**REGISTRO ANS** 

De "00 a 18" a "19 a 23"

De "19 a 23" a "24 a 28"

De "24 a 28" a "29 a 33"

De "29 a 33" a "34 a 38"

De "34 a 38" a "39 a 43"

De "39 a 43" a "44 a 48"

De "44 a 48" a "49 a 53"

De "49 a 53" a "54 a 58"

De "54 a 58" a "59 ou mais"

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Sorocaba - SP

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

ANS nº 359017

### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
* Valor Promocional quando benefici	spitalar HAPVIDA.	TAXA DE IMPLANTAÇÃO		
OBS: - A odontologia deverá ser ado		R\$ 25,00		

<sup>- 60</sup> dias de carências apenas para empresas com até 29 vidas. Acima de 30 vidas haverá isenção de carências.

Local

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 Sorocaba - SP, 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

PRODUTO	ADVANCE	600	ADVA	NCE 700	PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

BASIC REFERÊNCIA

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

408.035/99-1

34,98%

18,18%

4,48%

3,34%

10.00%

30,00%

30,00%

30,00%

44,13%

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

Data

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 SOROCABA	SMART 200 UP	SMART 300	SMART	400	SMA	ART 500
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSF	AMB+HOSP+OBST		OSP+OBST
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM APART		APART
REGISTRO ANS	495.656/23-7	474.330/15-0	486.514/20-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,65%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,19%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	18,77%	18,77%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,40%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

COPARTICIPAÇÃO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

REGISTRO ANS

CÓD. INTERNO

00 a 18 anos

19 a 23 anos

24 a 28 anos

29 a 33 anos 34 a 38 anos

39 a 43 anos

44 a 48 anos

49 a 53 anos

54 a 58 anos

59 anos ou mais

PRODUTO

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Rio de Janeiro - RJ

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025
PORTE II (2 a 29 vidas)

PORTE II (2 a 29 vidas)
COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

OM COPARTICIPAÇÃO PARC	IAL
	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 recontagem.
- 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.

~ ~														
COPARTICIPAÇÃO					СОМ СОРА	RTIC	CIPAÇÃO PARCI <i>A</i>	\ L						
PRODUTO	SMART AMBULATORIA	SMART	200 RIO		SMART 300		SMART	400			SMAR	SMART 500		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HO	SP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST					AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO	ACOMODAÇÃO S/AC		ERM		ENFERM		ENFERM		APART		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	REGISTRO ANS 495.657/23-5		9/23-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4	474.448/15-9		474.445/15-4		
CÓD. INTERNO	31763	318	355		31857		31861		31859		31865		31863	
00 a 18 anos	R\$ 140,	.6 R\$	121,27	R\$	249,99	R\$	255,15	R\$	295,97	R\$	299,46	R\$	335,40	
19 a 23 anos	R\$ 152,	9 R\$	164,68	R\$	337,43	R\$	344,40	R\$	399,50	R\$	404,20	R\$	452,71	
24 a 28 anos	R\$ 180,	0 R\$	181,15	R\$	398,78	R\$	407,01	R\$	472,13	R\$	477,69	R\$	535,02	
29 a 33 anos	R\$ 180,	0 R\$	197,45	R\$	416,65	R\$	425,25	R\$	493,29	R\$	499,10	R\$	559,00	
34 a 38 anos	R\$ 180,	0 R\$	200,42	R\$	430,56	R\$	439,46	R\$	509,77	R\$	515,77	R\$	577,67	
39 a 43 anos	R\$ 213,	0 R\$	210,44	R\$	473,62	R\$	483,40	R\$	560,74	R\$	567,35	R\$	635,44	
44 a 48 anos	R\$ 345,	5 R\$	298,19	R\$	615,70	R\$	628,42	R\$	728,96	R\$	737,55	R\$	826,06	
49 a 53 anos	R\$ 366,	2 R\$	402,55	R\$	800,41	R\$	816,95	R\$	947,65	R\$	958,83	R\$	1.073,89	
54 a 58 anos	R\$ 469,	5 R\$	483,06	R\$	1.040,54	R\$	1.062,03	R\$	1.231,94	R\$	1.246,47	R\$	1.396,05	
59 anos ou mais	R\$ 841,	7 R\$	727,48	R\$	1.499,73	R\$	1.530,70	R\$	1.775,59	R\$	1.796,55	R\$	2.012,14	

COPARTICIPAÇÃO				COMC	ОРА	RTICIPAÇÃO P	ARCIA	\ L		
PRODUTO		ADVANO	E 600			ADV	ANCE 7	00	PREMIUM 900	
SEGMENTAÇÃO	-	AMB+HOSP+OBST	Α	MB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AME	+HOSP+OBST	Al	MB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0		474.438/15-1			474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1
CÓD. INTERNO		31869		31867		31873		31871		31875
00 a 18 anos	R\$	304,40	R\$	337,87	R\$	373,	18 R\$	414,58	R\$	702,61
19 a 23 anos	R\$	410,88	R\$	456,06	R\$	504,	13 R\$	559,60	R\$	948,38
24 a 28 anos	R\$	485,58	R\$	538,97	R\$	595,	78 R\$	661,33	R\$	1.120,79
29 a 33 anos	R\$	507,34	R\$	563,11	R\$	622,	17 R\$	690,96	R\$	1.171,00
34 a 38 anos	R\$	524,28	R\$	581,91	R\$	643,	26 R\$	714,04	R\$	1.210,11
39 a 43 anos	R\$	576,70	R\$	640,10	R\$	707,	59 R\$	785,45	R\$	1.331,12
44 a 48 anos	R\$	749,71	R\$	832,13	R\$	919,	37 R\$	1.021,08	R\$	1.730,46
49 a 53 anos	R\$	974,62	R\$	1.081,77	R\$	1.195,	33 R\$	1.327,40	R\$	2.249,60
54 a 58 anos	R\$	1.267,00	R\$	1.406,30	R\$	1.554,	58 R\$	1.725,62	R\$	2.924,48
59 anos ou mais	R\$	1.826,13	R\$	2.026,90	R\$	2.240,	32 R\$	2.487,14	R\$	4.215,05

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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.

			COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 150	SMART 200	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900
Consultas Eletivas	-	-	-	-	-	-
Consultas de Urgência	-	-	-	-	-	-
Exames Simples	-	-	-	-	-	-
Exames Complexos	-	-	-	-	-	-
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23
Internações*	-	-	-	-	-	-
Obs: Cobrança de coparticipaçã	o por procedimento realizado					

ODONTOLOGIAREGISTROCÓD. INTERNOVALORVALOR PROMO \*ODONTO PROTEÇÃO495.626/23-533111-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

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SEM COPARTICIPAÇÃO

SMART 150 GRANDE RIO BASIC REFERÊNCIA

121,27 R\$

164,68

181,15

197.45

200,42

210,44

298,19

402,55

483.06

727,48

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

490.621/21-7

31769

R\$

AMB+HOSP+OBST

**ENFERM** 

408.035/99-1

27007

916,34

1.236,87

1.461,74

1.527,23

1.578,24

1.736,06

2.256,88

2.933,95

3.814.13

5.497,31

TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25,00

Δ

Local

\* Internação na rede credenciada

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

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 Rio de Janeiro - RJ, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Data

ANS nº 359017

COPARTICIPAÇÃO

SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

REGISTRO ANS

CÓD. INTERNO

00 a 18 anos

19 a 23 anos

24 a 28 anos

29 a 33 anos

34 a 38 anos

39 a 43 anos

44 a 48 anos 49 a 53 anos

54 a 58 anos 59 anos ou mais

PRODUTO

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL Rio de Janeiro - RJ

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

#### PORTE II (2 a 29 vidas) COM COPARTICIPAÇÃO TÓTAL

COPARTICIPAÇÃO		COM	COPA	ARTICIPAÇÃO .	ΓΟΤΑ	A L	l
PRODUTO	SMART A	MBULATORIAL	SMAR	T 150 GRANDE RIO		SMART 200 RIO	
SEGMENTAÇÃO	AMB	ULATORIAL	AN	MB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO		S/AC		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	49	5.657/23-5		490.621/21-7		497.299/23-6	
CÓD. INTERNO		31762		31768		31854	
00 a 18 anos	R\$	105,18	R\$	102,67	R\$	102,67	
19 a 23 anos	R\$	114,27	R\$	139,43	R\$	139,43	
24 a 28 anos	R\$	135,04	R\$	153,38	R\$	153,38	
29 a 33 anos	R\$	135,04	R\$	167,18	R\$	167,18	Ohaamiaa žai Aa nautaa aanii
34 a 38 anos	R\$	135,04	R\$	169,68	R\$	169,68	Observação: As partes conv em Rio de J
39 a 43 anos	R\$	160,38	R\$	178,17	R\$	178,17	cm ruo de o
44 a 48 anos	R\$	259,02	R\$	252,46	R\$	252,46	
49 a 53 anos	R\$	274,45	R\$	340,82	R\$	340,82	
54 a 58 anos	R\$	352,38	R\$	408,98	R\$	408,98	
59 anos ou mais	R\$	630,95	R\$	615,92	R\$	615,92	

174,99 R\$

291,64 R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

236,20

279,14

301,38

331,52

430,98

560,28

728.36

1.049,78

SMART 300

**ENFERM** 

486.577/20-4

31856

R\$

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
* Valor Promocional quando ben	eficiário adquire, no ato da cor	ntratação, um plano médico-hos	spitalar HAPVIDA.	
OBS: - A odontologia deverá ser	adquirida em contrato separa	do do médico.		TAXA DE IMPLANTAÇÃO
<ul> <li>60 dias de carências aper</li> </ul>	nas para empresas com até 29	o vidas. Acima de 30 vidas have	erá isenção de carências.	R\$ 25,00
Loca				
encionam que as condições e valores e aneiro - RJ, área de atuação desta Opeı				

400,00				
615,92				
ÃO TO	TAL			
		SMART	500	
		AMB+HOS	P+OBST	
		ENFERM		APART
		474.448/15-9	474	4.445/15-4
		31864		31862
214,33	R\$	209,61	R\$	247,34
289,30	R\$	282,94	R\$	333,87
341,89	R\$	334,38	R\$	394,57
357,21	R\$	349,35	R\$	412,24
369 14	R\$	361.02	R\$	426.01

468,62

609,20

791,96

1.029.54

1.483,87

397,13 R\$

516,27 R\$

671,15 R\$

R\$

R\$

872,49

1.257,51

COPARTICIPAÇÃO				COM	COP	ARTICIPAÇÃO TO	TAL			
PRODUTO		ADVANO	CE 600		ADVANCE 700				PREMIUM 900	
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST				AMB+HOSP+OBST			AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO		ENFERM		APART		ENFERM		APART		APART
REGISTRO ANS		474.439/15-0		474.438/15-1		474.341/15-5		474.340/15-7		476.795/16-1
CÓD. INTERNO		31868		31866		31872		31870		31874
00 a 18 anos	R\$	228,30	R\$	253,41	R\$	280,12	R\$	310,94	R\$	505,12
19 a 23 anos	R\$	308,16	R\$	342,05	R\$	378,11	R\$	419,71	R\$	681,81
24 a 28 anos	R\$	364,18	R\$	404,24	R\$	446,85	R\$	496,01	R\$	805,76
29 a 33 anos	R\$	380,50	R\$	422,35	R\$	466,87	R\$	518,23	R\$	841,86
34 a 38 anos	R\$	393,21	R\$	436,45	R\$	482,46	R\$	535,54	R\$	869,97
39 a 43 anos	R\$	432,53	R\$	480,10	R\$	530,71	R\$	589,10	R\$	956,96
44 a 48 anos	R\$	562,29	R\$	624,13	R\$	689,92	R\$	765,83	R\$	1.244,05
49 a 53 anos	R\$	730,98	R\$	811,37	R\$	896,89	R\$	995,58	R\$	1.617,27
54 a 58 anos	R\$	950,27	R\$	1.054,78	R\$	1.165,96	R\$	1.294,25	R\$	2.102,46
59 anos ou mais	R\$	1.369.62	R\$	1.520.26	R\$	1.680.50	R\$	1.865.40	R\$	3.030.27

COM COPARTICIPAÇ

APART

474.459/15-4

31858

406,06 R\$

527,88 R\$

686,25 R\$

892,12 R\$

R\$

1.285,81

SMART 400

AMB+HOSP+OBST

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

R\$

178,61 R\$

284,92 R\$

307,63 R\$

241,09

297,69

338,40

439,92

571,90

743.47

1.071,56

ENFERM

474.460/15-8

31860

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

ANS nº 359017

Data

regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO ONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), estabelece o REGIME MISTO TO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo u seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou luídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos previstos no contrato (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia mia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça nento 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 odoptica de hudr). 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.

	COPARTICIPAÇÃO TOTAL									
PROCEDIMENTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 150	SMART 200	SMART 300/400/500	ADVANCE 600/700	PREMIUM 900				
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39	Valor fixo R\$ 58,10	Valor fixo R\$ 75,53				
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24	Valor fixo R\$ 73,00	Valor fixo R\$ 94,90				
Exames Simples	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70	40% limitado a R\$ 65,00	40% limitado a R\$ 78,00				
Exames Complexos	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60	40% limitado a R\$ 150,00	40% limitado a R\$ 180,00				
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 78,90	Valor fixo R\$ 119,48				
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 47,10	Valor fixo R\$ 61,23				
Internações*	-	R\$ 185,00	R\$ 196,10	R\$ 275,60	R\$ 328,60	R\$ 572,40				

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

<sup>\*</sup> Internação na rede credenciada



SMART 150 GRANDE RIO

AMB+HOSP+OBST

ENFERM

490.621/21-7

35,80%

10,00%

9,00%

1.50%

5,00%

41,70%

35,00%

20,00%

50,60%

BASIC REFERÊNCI AMB+HOSP+OBST

ENFERM

408.035/99-1

34,98%

18,18%

4,48%

3,34% 10,00%

30,00% 30,00%

30,00%

44,13%

PRODUTO SEGMENTAÇÃO

ACOMODAÇÃO

REGISTRO ANS

De "00 a 18" a "19 a 23"

De "19 a 23" a "24 a 28"

De "24 a 28" a "29 a 33"

De "29 a 33" a "34 a 38"

De "34 a 38" a "39 a 43"

De "39 a 43" a "44 a 48"

De "44 a 48" a "49 a 53"

De "49 a 53" a "54 a 58"

De "54 a 58" a "59 ou mais"

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL Rio de Janeiro - RJ

Para contratos assinados de 28/05/2025 a 30/06/2025

## REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	#REF!	33111	-	R\$ 0,00
* Valor Promocional quando benefic OBS: - A odontologia deverá ser ac			r HAPVIDA.	TAXA DE IMPLANTAÇÃO
- 60 dias de carências apenas	para empresas com até 29 vida	s. Acima de 30 vidas haverá ise	enção de carências.	R\$ 25,00
 Local		Assinatura do CONTRATA	NTE ou Responsável Legal	

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 Rio de Janeiro - RJ, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

PRODUTO	ADVAN	CE 600	ADVAN	CE 700	PREMIUM 900
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	APART	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	474.439/15-0	474.438/15-1	474.341/15-5	474.340/15-7	476.795/16-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

## ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

ANS nº 359017

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA CE (Reg. ANS No. 495.626.23-5), 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 extraoral; 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.

							-	
PRODUTO	SMART AMBULATORIAL	SMART 200 RIO	SMART 300	SMART 400		SMART 500		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		
ACOMODAÇÃO	S/AC	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART	
REGISTRO ANS	495.657/23-5	497.299/23-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4	
De "00 a 18" a "19 a 23"	8,64%	35,80%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	10,01%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	9,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	1,50%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,76%	5,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	61,50%	41,70%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	5,96%	35,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	28,39%	20,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	79,05%	50,60%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	