

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						COM COPARTICIPAÇÃO					
PRODUTO	NOSSO MÉDICO SP LESTE		NOSSO MÉDICO SP NORTE		NOSSO MÉDICO SP SUL		NOSSO MÉDICO SP LESTE		NOSSO MÉDICO SP NORTE		NOSSO MÉDICO SP SUL	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	498.801/24-9		498.802/24-7		498.803/24-5		498.801/24-9		498.802/24-7		498.803/24-5	
CÓD. INTERNO	26570		26432		26564		30869		30870		30871	
00 a 18 anos	R\$	153,49	R\$	153,49	R\$	153,49	R\$	115,13	R\$	115,13	R\$	115,13
19 a 23 anos	R\$	207,18	R\$	207,18	R\$	207,18	R\$	155,40	R\$	155,40	R\$	155,40
24 a 28 anos	R\$	244,85	R\$	244,85	R\$	244,85	R\$	183,65	R\$	183,65	R\$	183,65
29 a 33 anos	R\$	244,85	R\$	244,85	R\$	244,85	R\$	183,65	R\$	183,65	R\$	183,65
34 a 38 anos	R\$	244,85	R\$	244,85	R\$	244,85	R\$	183,65	R\$	183,65	R\$	183,65
39 a 43 anos	R\$	290,81	R\$	290,81	R\$	290,81	R\$	218,12	R\$	218,12	R\$	218,12
44 a 48 anos	R\$	378,05	R\$	378,05	R\$	378,05	R\$	283,56	R\$	283,56	R\$	283,56
49 a 53 anos	R\$	491,47	R\$	491,47	R\$	491,47	R\$	368,63	R\$	368,63	R\$	368,63
54 a 58 anos	R\$	638,91	R\$	638,91	R\$	638,91	R\$	479,22	R\$	479,22	R\$	479,22
59 anos ou mais	R\$	920,86	R\$	920,86	R\$	920,86	R\$	690,70	R\$	690,70	R\$	690,70

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; evidênciação 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												SEM COPARTICIPAÇÃO					
PRODUTO	SMART 200 SP CAPITAL		SMART 200 GRU MOGI		SMART 200 UP		SMART 300		SMART 400		SMART 500		BASIC REFERÊNCIA					
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST					
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	APART	ENFERM	APART	ENFERM					
REGISTRO ANS	477.817/17-1		496.687/23-2		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.448/15-9		474.445/15-4					
CÓD. INTERNO	31785		31852		31851		31857		31861		31865		31863					
00 a 18 anos	R\$	179,49	R\$	197,82	R\$	225,82	R\$	325,00	R\$	367,97	R\$	456,24	R\$	401,73	R\$	498,05	R\$	1.134,51
19 a 23 anos	R\$	242,28	R\$	267,02	R\$	304,81	R\$	438,68	R\$	496,69	R\$	615,83	R\$	542,26	R\$	672,27	R\$	1.531,36
24 a 28 anos	R\$	286,33	R\$	315,57	R\$	360,22	R\$	518,43	R\$	586,99	R\$	727,79	R\$	640,84	R\$	794,49	R\$	1.809,76
29 a 33 anos	R\$	286,33	R\$	315,57	R\$	360,22	R\$	541,66	R\$	613,28	R\$	760,39	R\$	669,55	R\$	830,08	R\$	1.890,84
34 a 38 anos	R\$	286,33	R\$	315,57	R\$	360,22	R\$	559,75	R\$	633,77	R\$	785,79	R\$	691,91	R\$	857,80	R\$	1.953,99
39 a 43 anos	R\$	340,07	R\$	374,81	R\$	427,83	R\$	615,73	R\$	697,15	R\$	864,37	R\$	761,10	R\$	943,58	R\$	2.149,39
44 a 48 anos	R\$	442,09	R\$	487,25	R\$	556,18	R\$	800,45	R\$	906,30	R\$	1.123,68	R\$	989,43	R\$	1.226,65	R\$	2.794,21
49 a 53 anos	R\$	574,72	R\$	633,43	R\$	723,03	R\$	1.040,59	R\$	1.178,19	R\$	1.460,78	R\$	1.286,26	R\$	1.594,65	R\$	3.632,48
54 a 58 anos	R\$	747,14	R\$	823,46	R\$	939,94	R\$	1.352,77	R\$	1.531,64	R\$	1.899,02	R\$	1.672,14	R\$	2.073,05	R\$	4.722,22
59 anos ou mais	R\$	1.076,85	R\$	1.186,86	R\$	1.354,74	R\$	1.949,75	R\$	2.207,55	R\$	2.737,06	R\$	2.410,06	R\$	2.987,89	R\$	6.806,14

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL									
PRODUTO	SMART 200 SP CAPITAL		SMART 200 GRU MOGI		SMART 200 UP		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	477.817/17-1		496.687/23-2		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	
CÓD. INTERNO	31784		31782		31788		31856		31860	
00 a 18 anos	R\$	134,63	R\$	148,37	R\$	169,35	R\$	227,49	R\$	257,60
19 a 23 anos	R\$	181,72	R\$	200,27	R\$	228,59	R\$	307,07	R\$	347,71
24 a 28 anos	R\$	214,76	R\$	236,68	R\$	270,15	R\$	362,90	R\$	410,92
29 a 33 anos	R\$	214,76	R\$	236,68	R\$	270,15	R\$	379,15	R\$	429,33
34 a 38 anos	R\$	214,76	R\$	236,68	R\$	270,15	R\$	391,81	R\$	443,67
39 a 43 anos	R\$	255,07	R\$	281,11	R\$	320,86	R\$	431,00	R\$	488,03
44 a 48 anos	R\$	331,59	R\$	365,44	R\$	417,12	R\$	560,30	R\$	634,44
49 a 53 anos	R\$	431,07	R\$	475,08	R\$	542,26	R\$	728,39	R\$	824,77
54 a 58 anos	R\$	560,39	R\$	617,60	R\$	704,94	R\$	946,90	R\$	1.072,20
59 anos ou mais	R\$	807,69	R\$	890,15	R\$	1.016,03	R\$	1.364,76	R\$	1.545,36

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.

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

_____/_____/_____
LocalData

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	NOSSO MÉDICO	SMART 200 / 200 UP	SMART 300 / 400 / 500	NOSSO MÉDICO	SMART 200 / 200 UP	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada

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.



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

São Paulo - SP

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

ANS n° 359017

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	0,00%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	0,00%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	18,77%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

[illegible]

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
* 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.				TAXA DE IMPLANTAÇÃO 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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO

R\$ 25,00

Loca

Data

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 ODONTOLÓGICA 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; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

PORTE I (1 vida)						
COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO		NOSSO MÉDICO MOGI				BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM		ENFERM
REGISTRO ANS		498.798/24-5		498.798/24-5		408.035/99-1
CÓD. INTERNO		26495		30008		27007
00 a 18 anos	R\$	164,23	R\$	123,19	R\$	1.134,51
19 a 23 anos	R\$	221,68	R\$	166,28	R\$	1.531,36
24 a 28 anos	R\$	261,99	R\$	196,51	R\$	1.809,76
29 a 33 anos	R\$	261,99	R\$	196,51	R\$	1.890,84
34 a 38 anos	R\$	261,99	R\$	196,51	R\$	1.953,99
39 a 43 anos	R\$	311,17	R\$	233,39	R\$	2.149,39
44 a 48 anos	R\$	404,52	R\$	303,41	R\$	2.794,21
49 a 53 anos	R\$	525,88	R\$	394,44	R\$	3.632,48
54 a 58 anos	R\$	683,64	R\$	512,77	R\$	4.722,22
59 anos ou mais	R\$	985,33	R\$	739,06	R\$	6.806,14

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.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL											
PRODUTO	SMART 200 GRU MOGI		SMART 200 ALTO TIETÊ		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+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	496.687/23-2		483.066/19-1		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4	
CÓD. INTERNO	31852		31775		31851		31857		31861		31859	
00 a 18 anos	R\$	197,82	R\$	192,05	R\$	246,14	R\$	337,38	R\$	381,99	R\$	437,89
19 a 23 anos	R\$	267,02	R\$	259,23	R\$	332,24	R\$	455,40	R\$	515,61	R\$	591,07
24 a 28 anos	R\$	315,57	R\$	306,36	R\$	392,64	R\$	538,19	R\$	609,35	R\$	698,52
29 a 33 anos	R\$	315,57	R\$	306,36	R\$	392,64	R\$	562,30	R\$	636,64	R\$	729,81
34 a 38 anos	R\$	315,57	R\$	306,36	R\$	392,64	R\$	581,08	R\$	657,91	R\$	754,18
39 a 43 anos	R\$	374,81	R\$	363,86	R\$	466,33	R\$	639,19	R\$	723,70	R\$	829,60
44 a 48 anos	R\$	487,25	R\$	473,02	R\$	606,23	R\$	830,95	R\$	940,82	R\$	1.078,48
49 a 53 anos	R\$	633,43	R\$	614,93	R\$	788,09	R\$	1.080,24	R\$	1.223,06	R\$	1.402,03
54 a 58 anos	R\$	823,46	R\$	799,41	R\$	1.024,52	R\$	1.404,32	R\$	1.589,97	R\$	1.822,64
59 anos ou mais	R\$	1.186,86	R\$	1.152,19	R\$	1.476,65	R\$	2.024,05	R\$	2.291,62	R\$	2.626,98

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL											
PRODUTO	SMART 200 GRU MOGI		SMART 200 ALTO TIETÊ		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+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	496.687/23-2		483.066/19-1		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4	
CÓD. INTERNO	31782		31774		31788		31856		31860		31858	
00 a 18 anos	R\$	148,37	R\$	144,05	R\$	184,59	R\$	236,16	R\$	267,41	R\$	331,53
19 a 23 anos	R\$	200,27	R\$	194,43	R\$	249,16	R\$	318,77	R\$	360,95	R\$	447,50
24 a 28 anos	R\$	236,68	R\$	229,78	R\$	294,46	R\$	376,73	R\$	426,57	R\$	528,86
29 a 33 anos	R\$	236,68	R\$	229,78	R\$	294,46	R\$	393,60	R\$	445,68	R\$	552,56
34 a 38 anos	R\$	236,68	R\$	229,78	R\$	294,46	R\$	406,75	R\$	460,57	R\$	571,01
39 a 43 anos	R\$	281,11	R\$	272,91	R\$	349,73	R\$	447,43	R\$	506,62	R\$	628,11
44 a 48 anos	R\$	365,44	R\$	354,78	R\$	454,65	R\$	581,65	R\$	658,61	R\$	816,55
49 a 53 anos	R\$	475,08	R\$	461,22	R\$	591,05	R\$	756,15	R\$	856,19	R\$	1.061,51
54 a 58 anos	R\$	617,60	R\$	599,58	R\$	768,37	R\$	982,99	R\$	1.113,05	R\$	1.379,96
59 anos ou mais	R\$	890,15	R\$	864,17	R\$	1.107,45	R\$	1.416,78	R\$	1.604,24	R\$	1.988,93

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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO
R\$ 25,00

Local

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

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 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



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Mogi das Cruzes - SP

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

ANS n° 359017

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

PRODUTO	NOSSO MÉDICO MOGI	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.798/24-5	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	26495	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%

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
* 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.				
				TAXA DE IMPLANTAÇÃO R\$ 25,00

Observação: As partes convenionam 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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA 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/pulpctomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

[illegible]

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO JUNDIAÍ		BASIC REFERÊNCIA		
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM
REGISTRO ANS	498.797/24-7		498.797/24-7		408.035/99-1
CÓD. INTERNO	26642		30875		27007
00 a 18 anos	R\$	164,23	R\$	123,19	R\$ 1.134,51
19 a 23 anos	R\$	221,68	R\$	166,28	R\$ 1.531,36
24 a 28 anos	R\$	261,99	R\$	196,51	R\$ 1.809,76
29 a 33 anos	R\$	261,99	R\$	196,51	R\$ 1.890,84
34 a 38 anos	R\$	261,99	R\$	196,51	R\$ 1.953,99
39 a 43 anos	R\$	311,17	R\$	233,39	R\$ 2.149,39
44 a 48 anos	R\$	404,52	R\$	303,41	R\$ 2.794,21
49 a 53 anos	R\$	525,88	R\$	394,44	R\$ 3.632,48
54 a 58 anos	R\$	683,64	R\$	512,77	R\$ 4.722,22
59 anos ou mais	R\$	985,33	R\$	739,06	R\$ 6.806,14

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.

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 COPARTICIPAÇÃO PARCIAL							
PRODUTO	SMART 200 JUNDIAÍ		SMART 200 UP		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	474.404/15-7		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	
CÓD. INTERNO	31783		31851		31857		31861	
00 a 18 anos	R\$	192,05	R\$	246,14	R\$	337,38	R\$	344,33
19 a 23 anos	R\$	259,23	R\$	332,24	R\$	455,40	R\$	464,77
24 a 28 anos	R\$	306,36	R\$	392,64	R\$	538,19	R\$	549,27
29 a 33 anos	R\$	306,36	R\$	392,64	R\$	562,30	R\$	573,88
34 a 38 anos	R\$	306,36	R\$	392,64	R\$	581,08	R\$	593,05
39 a 43 anos	R\$	363,86	R\$	466,33	R\$	639,19	R\$	652,36
44 a 48 anos	R\$	473,02	R\$	606,23	R\$	830,95	R\$	848,07
49 a 53 anos	R\$	614,93	R\$	788,09	R\$	1.080,24	R\$	1.102,50
54 a 58 anos	R\$	799,41	R\$	1.024,52	R\$	1.404,32	R\$	1.433,25
59 anos ou mais	R\$	1.152,19	R\$	1.476,65	R\$	2.024,05	R\$	2.065,74

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL							
PRODUTO	SMART 200 JUNDIAÍ		SMART 200 UP		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	474.404/15-7		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	
CÓD. INTERNO	31853		31788		31856		31860	
00 a 18 anos	R\$	144,05	R\$	184,59	R\$	236,16	R\$	241,04
19 a 23 anos	R\$	194,43	R\$	249,16	R\$	318,77	R\$	325,35
24 a 28 anos	R\$	229,78	R\$	294,46	R\$	376,73	R\$	384,50
29 a 33 anos	R\$	229,78	R\$	294,46	R\$	393,60	R\$	401,72
34 a 38 anos	R\$	229,78	R\$	294,46	R\$	406,75	R\$	415,14
39 a 43 anos	R\$	272,91	R\$	349,73	R\$	447,43	R\$	456,66
44 a 48 anos	R\$	354,78	R\$	454,65	R\$	581,65	R\$	593,66
49 a 53 anos	R\$	461,22	R\$	591,05	R\$	756,15	R\$	771,76
54 a 58 anos	R\$	599,58	R\$	768,37	R\$	982,99	R\$	1.003,29
59 anos ou mais	R\$	864,17	R\$	1.107,45	R\$	1.416,78	R\$	1.446,04

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.

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

Local

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

/

/

/

Data

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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
CÓD. INTERNO	26642	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%

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
* 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.				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 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

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 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.

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL								SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	SMART 200 ABC + BS		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	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	477.841/17-3		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4	
CÓD. INTERNO	31771		31851		31857		31861		31859	
00 a 18 anos	R\$	211,31	R\$	246,14	R\$	288,29	R\$	294,27	R\$	364,87
19 a 23 anos	R\$	285,22	R\$	332,24	R\$	389,14	R\$	397,21	R\$	492,50
24 a 28 anos	R\$	337,07	R\$	392,64	R\$	459,88	R\$	469,42	R\$	582,03
29 a 33 anos	R\$	337,07	R\$	392,64	R\$	480,48	R\$	490,45	R\$	608,10
34 a 38 anos	R\$	337,07	R\$	392,64	R\$	496,52	R\$	506,83	R\$	628,41
39 a 43 anos	R\$	400,34	R\$	466,33	R\$	546,17	R\$	557,52	R\$	691,25
44 a 48 anos	R\$	520,44	R\$	606,23	R\$	710,02	R\$	724,77	R\$	898,62
49 a 53 anos	R\$	676,57	R\$	788,09	R\$	923,03	R\$	942,21	R\$	1.168,21
54 a 58 anos	R\$	879,54	R\$	1.024,52	R\$	1.199,94	R\$	1.224,87	R\$	1.518,68
59 anos ou mais	R\$	1.267,68	R\$	1.476,65	R\$	1.729,47	R\$	1.765,41	R\$	2.188,87

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL								SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	SMART 200 ABC + BS		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	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	477.841/17-3		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.459/15-4	
CÓD. INTERNO	31770		31788		31856		31860		31858	
00 a 18 anos	R\$	158,46	R\$	184,59	R\$	201,80	R\$	205,98	R\$	255,40
19 a 23 anos	R\$	213,89	R\$	249,16	R\$	272,39	R\$	278,03	R\$	344,74
24 a 28 anos	R\$	252,78	R\$	294,46	R\$	321,91	R\$	328,57	R\$	407,42
29 a 33 anos	R\$	252,78	R\$	294,46	R\$	336,33	R\$	343,29	R\$	425,67
34 a 38 anos	R\$	252,78	R\$	294,46	R\$	347,57	R\$	354,76	R\$	439,88
39 a 43 anos	R\$	300,23	R\$	349,73	R\$	382,33	R\$	390,24	R\$	483,87
44 a 48 anos	R\$	390,30	R\$	454,65	R\$	497,03	R\$	507,31	R\$	629,03
49 a 53 anos	R\$	507,39	R\$	591,05	R\$	646,14	R\$	659,50	R\$	817,73
54 a 58 anos	R\$	659,61	R\$	768,37	R\$	839,99	R\$	857,35	R\$	1.063,05
59 anos ou mais	R\$	950,69	R\$	1.107,45	R\$	1.210,68	R\$	1.235,70	R\$	1.532,17

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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO
R\$ 25,00

Local

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; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada

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.

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

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

PRODUTO	SMART 200 ABC + BS	SMART 200 UP	SMART 300	SMART 400		SMART 500		BASIC REFERÊNCIA
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL							SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM
REGISTRO ANS	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	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	31771	31851	31857	31861	31859	31865	31863	27007
De "00 a 18" a "19 a 23"	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%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	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%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	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%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

PRODUTO	SMART 200 ABC + BS	SMART 200 UP	SMART 300	SMART 400		SMART 500	
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL						
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	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	31770	31788	31856	31860	31858	31864	31862
De "00 a 18" a "19 a 23"	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%
De "24 a 28" a "29 a 33"	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%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	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%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	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%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	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; evidênciação 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.

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.

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.

Local

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

/ /

Data

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	SMART 150 ABC				BASIC REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	481.929/18-2		481.929/18-2		408.035/99-1	
CÓD. INTERNO	31765		31764		27007	
00 a 18 anos	R\$	175,36	R\$	131,54	R\$	1.134,51
19 a 23 anos	R\$	236,70	R\$	177,55	R\$	1.531,36
24 a 28 anos	R\$	279,73	R\$	209,83	R\$	1.809,76
29 a 33 anos	R\$	279,73	R\$	209,83	R\$	1.890,84
34 a 38 anos	R\$	279,73	R\$	209,83	R\$	1.953,99
39 a 43 anos	R\$	332,23	R\$	249,22	R\$	2.149,39
44 a 48 anos	R\$	431,90	R\$	323,98	R\$	2.794,21
49 a 53 anos	R\$	561,47	R\$	421,17	R\$	3.632,48
54 a 58 anos	R\$	729,91	R\$	547,52	R\$	4.722,22
59 anos ou mais	R\$	1.052,02	R\$	789,14	R\$	6.806,14

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; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

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 COPARTICIPAÇÃO PARCIAL									
PRODUTO	SMART 200 ABC + BS		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	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	477.841/17-3		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.448/15-9	
CÓD. INTERNO	31771		31851		31857		31861		31859	
00 a 18 anos	R\$	211,31	R\$	246,14	R\$	337,38	R\$	381,99	R\$	473,62
19 a 23 anos	R\$	285,22	R\$	332,24	R\$	455,40	R\$	515,61	R\$	639,29
24 a 28 anos	R\$	337,07	R\$	392,64	R\$	538,19	R\$	609,35	R\$	755,52
29 a 33 anos	R\$	337,07	R\$	392,64	R\$	562,30	R\$	636,64	R\$	789,36
34 a 38 anos	R\$	337,07	R\$	392,64	R\$	581,08	R\$	657,91	R\$	815,73
39 a 43 anos	R\$	400,34	R\$	466,33	R\$	639,19	R\$	723,70	R\$	897,31
44 a 48 anos	R\$	520,44	R\$	606,23	R\$	830,95	R\$	940,82	R\$	1.166,50
49 a 53 anos	R\$	676,57	R\$	788,09	R\$	1.080,24	R\$	1.223,06	R\$	1.516,45
54 a 58 anos	R\$	879,54	R\$	1.024,52	R\$	1.404,32	R\$	1.589,97	R\$	1.971,39
59 anos ou mais	R\$	1.267,68	R\$	1.476,65	R\$	2.024,05	R\$	2.291,62	R\$	2.841,36

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL									
PRODUTO	SMART 200 ABC + BS		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	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	477.841/17-3		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8		474.448/15-9	
CÓD. INTERNO	31770		31788		31856		31860		31858	
00 a 18 anos	R\$	158,46	R\$	184,59	R\$	236,16	R\$	267,41	R\$	331,53
19 a 23 anos	R\$	213,89	R\$	249,16	R\$	318,77	R\$	360,95	R\$	447,50
24 a 28 anos	R\$	252,78	R\$	294,46	R\$	376,73	R\$	426,57	R\$	528,86
29 a 33 anos	R\$	252,78	R\$	294,46	R\$	393,60	R\$	445,68	R\$	552,56
34 a 38 anos	R\$	252,78	R\$	294,46	R\$	406,75	R\$	460,57	R\$	571,01
39 a 43 anos	R\$	300,23	R\$	349,73	R\$	447,43	R\$	506,62	R\$	628,11
44 a 48 anos	R\$	390,30	R\$	454,65	R\$	581,65	R\$	658,61	R\$	816,55
49 a 53 anos	R\$	507,39	R\$	591,05	R\$	756,15	R\$	856,19	R\$	1.061,51
54 a 58 anos	R\$	659,61	R\$	768,37	R\$	982,99	R\$	1.113,05	R\$	1.379,96
59 anos ou mais	R\$	950,69	R\$	1.107,45	R\$	1.416,78	R\$	1.604,24	R\$	1.988,93

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.

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 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 CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Data

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	SMART 150/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500	SMART 150/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

PRODUTO	SMART 150 ABC	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	481.929/18-2	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	31765	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%

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.

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 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

Local

/ /

Data

PRODUTO	SMART 200 ABC + BS	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+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	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	31771	31851	31857	31861	31859	31865	31863
De "00 a 18" a "19 a 23"	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%
De "24 a 28" a "29 a 33"	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%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	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%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	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%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	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; evidênciação 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.

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO		ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO	
PRODUTO		NOSSO MÉDICO AMERICANA				BASIC REFERÊNCIA		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; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.	
SEGMENTAÇÃO		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST			
ACOMODAÇÃO		ENFERM		ENFERM		ENFERM			
REGISTRO ANS		498.808/24-6		498.808/24-6		408.035/99-1			
CÓD. INTERNO		30877		30139		27007			
00 a 18 anos		R\$	172,44	R\$	129,35	R\$	1.134,51		
19 a 23 anos		R\$	232,76	R\$	174,60	R\$	1.531,36		
24 a 28 anos		R\$	275,08	R\$	206,35	R\$	1.809,76		
29 a 33 anos		R\$	275,08	R\$	206,35	R\$	1.890,84		
34 a 38 anos		R\$	275,08	R\$	206,35	R\$	1.953,99		
39 a 43 anos		R\$	326,71	R\$	245,08	R\$	2.149,39		
44 a 48 anos		R\$	424,72	R\$	318,61	R\$	2.794,21		
49 a 53 anos		R\$	552,14	R\$	414,19	R\$	3.632,48		
54 a 58 anos		R\$	717,78	R\$	538,45	R\$	4.722,22		
59 anos ou mais		R\$	1.034,54	R\$	776,07	R\$	6.806,14		

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 200 AMERICANA		SMART 200 UP		SMART 300	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	486.524/20-3		486.514/20-6		486.577/20-4	
CÓD. INTERNO	31777		31851		31857	
00 a 18 anos	R\$	201,64	R\$	246,14	R\$	337,38
19 a 23 anos	R\$	272,17	R\$	332,24	R\$	455,40
24 a 28 anos	R\$	321,65	R\$	392,64	R\$	538,19
29 a 33 anos	R\$	321,65	R\$	392,64	R\$	562,30
34 a 38 anos	R\$	321,65	R\$	392,64	R\$	581,08
39 a 43 anos	R\$	382,02	R\$	466,33	R\$	639,19
44 a 48 anos	R\$	496,63	R\$	606,23	R\$	830,95
49 a 53 anos	R\$	645,62	R\$	788,09	R\$	1.080,24
54 a 58 anos	R\$	839,30	R\$	1.024,52	R\$	1.404,32
59 anos ou mais	R\$	1.209,68	R\$	1.476,65	R\$	2.024,05

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL					
PRODUTO	SMART 200 AMERICANA		SMART 200 UP		SMART 300	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	486.524/20-3		486.514/20-6		486.577/20-4	
CÓD. INTERNO	31776		31788		31856	
00 a 18 anos	R\$	151,26	R\$	184,59	R\$	236,16
19 a 23 anos	R\$	204,17	R\$	249,16	R\$	318,77
24 a 28 anos	R\$	241,29	R\$	294,46	R\$	376,73
29 a 33 anos	R\$	241,29	R\$	294,46	R\$	393,60
34 a 38 anos	R\$	241,29	R\$	294,46	R\$	406,75
39 a 43 anos	R\$	286,58	R\$	349,73	R\$	447,43
44 a 48 anos	R\$	372,56	R\$	454,65	R\$	581,65
49 a 53 anos	R\$	484,32	R\$	591,05	R\$	756,15
54 a 58 anos	R\$	629,62	R\$	768,37	R\$	982,99
59 anos ou mais	R\$	907,47	R\$	1.107,45	R\$	1.416,78

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.

TAXA DE IMPLANTAÇÃO
R\$ 25,00

Local

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Data

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 500	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Americana - SP

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

ANS nº 359017

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

PRODUTO	POSSO MÉDICO AMERICANA	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%

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.

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 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

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Local

/ /

Data

PRODUTO	SMART 200 AMERICANA	SMART 200 UP	SMART 300	SMART 500	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	486.524/20-3	486.514/20-6	486.577/20-4	474.448/15-9	474.445/15-4
CÓD. INTERNO	31777	31851	31857	31865	31863
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"	0,00%	0,00%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	0,00%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	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

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.

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSSO MÉDICO CAMPINAS				BASIC REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	498.806/24-0		498.806/24-0		408.035/99-1	
CÓD. INTERNO	26565		30867		27007	
00 a 18 anos	R\$	167,53	R\$	125,65	R\$	1.134,51
19 a 23 anos	R\$	226,13	R\$	169,61	R\$	1.531,36
24 a 28 anos	R\$	267,24	R\$	200,45	R\$	1.809,76
29 a 33 anos	R\$	267,24	R\$	200,45	R\$	1.890,84
34 a 38 anos	R\$	267,24	R\$	200,45	R\$	1.953,99
39 a 43 anos	R\$	317,40	R\$	238,07	R\$	2.149,39
44 a 48 anos	R\$	412,62	R\$	309,49	R\$	2.794,21
49 a 53 anos	R\$	536,41	R\$	402,33	R\$	3.632,48
54 a 58 anos	R\$	697,34	R\$	523,03	R\$	4.722,22
59 anos ou mais	R\$	1.005,07	R\$	753,84	R\$	6.806,14

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 200 CAMPINAS		SMART 200 UP		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	APART
REGISTRO ANS	486.521/20-9		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	474.459/15-4
CÓD. INTERNO	31779		31851		31857		31861	31859
00 a 18 anos	R\$	195,90	R\$	246,14	R\$	337,38	R\$ 344,33	R\$ 426,97
19 a 23 anos	R\$	264,42	R\$	332,24	R\$	455,40	R\$ 464,77	R\$ 576,32
24 a 28 anos	R\$	312,50	R\$	392,64	R\$	538,19	R\$ 549,27	R\$ 681,09
29 a 33 anos	R\$	312,50	R\$	392,64	R\$	562,30	R\$ 573,88	R\$ 711,60
34 a 38 anos	R\$	312,50	R\$	392,64	R\$	581,08	R\$ 593,05	R\$ 735,37
39 a 43 anos	R\$	371,16	R\$	466,33	R\$	639,19	R\$ 652,36	R\$ 808,91
44 a 48 anos	R\$	482,51	R\$	606,23	R\$	830,95	R\$ 848,07	R\$ 1.051,58
49 a 53 anos	R\$	627,26	R\$	788,09	R\$	1.080,24	R\$ 1.102,50	R\$ 1.367,05
54 a 58 anos	R\$	815,43	R\$	1.024,52	R\$	1.404,32	R\$ 1.433,25	R\$ 1.777,17
59 anos ou mais	R\$	1.175,28	R\$	1.476,65	R\$	2.024,05	R\$ 2.065,74	R\$ 2.561,43

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL							
PRODUTO	SMART 200 CAMPINAS		SMART 200 UP		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM		ENFERM	APART
REGISTRO ANS	486.521/20-9		486.514/20-6		486.577/20-4		474.460/15-8	474.459/15-4
CÓD. INTERNO	31778		31788		31856		31860	31858
00 a 18 anos	R\$	146,93	R\$	184,59	R\$	236,16	R\$ 241,04	R\$ 298,89
19 a 23 anos	R\$	198,32	R\$	249,16	R\$	318,77	R\$ 325,35	R\$ 403,44
24 a 28 anos	R\$	234,38	R\$	294,46	R\$	376,73	R\$ 384,50	R\$ 476,79
29 a 33 anos	R\$	234,38	R\$	294,46	R\$	393,60	R\$ 401,72	R\$ 498,15
34 a 38 anos	R\$	234,38	R\$	294,46	R\$	406,75	R\$ 415,14	R\$ 514,78
39 a 43 anos	R\$	278,38	R\$	349,73	R\$	447,43	R\$ 456,66	R\$ 566,26
44 a 48 anos	R\$	361,89	R\$	454,65	R\$	581,65	R\$ 593,66	R\$ 736,13
49 a 53 anos	R\$	470,46	R\$	591,05	R\$	756,15	R\$ 771,76	R\$ 956,97
54 a 58 anos	R\$	611,60	R\$	768,37	R\$	982,99	R\$ 1.003,29	R\$ 1.244,06
59 anos ou mais	R\$	881,50	R\$	1.107,45	R\$	1.416,78	R\$ 1.446,04	R\$ 1.793,06

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.

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 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

Local

Data

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Campinas - SP

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

ANS n° 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 beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar HAPVIDA. 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 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

Local

Data

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica da HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA 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 doença de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveólite; 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; evidênciação 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.

PORTE I (1 vida)

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO SOROCABA			BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.800/24-1		498.800/24-1	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	26496		30873	27007
00 a 18 anos	R\$ 194,26		R\$ 145,71	R\$ 1.134,51
19 a 23 anos	R\$ 262,22		R\$ 196,68	R\$ 1.531,36
24 a 28 anos	R\$ 309,89		R\$ 232,44	R\$ 1.809,76
29 a 33 anos	R\$ 309,89		R\$ 232,44	R\$ 1.890,84
34 a 38 anos	R\$ 309,89		R\$ 232,44	R\$ 1.953,99
39 a 43 anos	R\$ 368,06		R\$ 276,07	R\$ 2.149,39
44 a 48 anos	R\$ 478,48		R\$ 358,90	R\$ 2.794,21
49 a 53 anos	R\$ 622,03		R\$ 466,57	R\$ 3.632,48
54 a 58 anos	R\$ 808,64		R\$ 606,54	R\$ 4.722,22
59 anos ou mais	R\$ 1.165,49		R\$ 874,20	R\$ 6.806,14

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; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

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 COPARTICIPAÇÃO PARCIAL							
PRODUTO	SMART 200 SOROCABA	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		
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART	
REGISTRO ANS	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	
CÓD. INTERNO	31773	31851	31857	31861	31859	31865	31863	
00 a 18 anos	R\$ 234,59	R\$ 246,14	R\$ 337,38	R\$ 344,33	R\$ 426,97	R\$ 437,91	R\$ 542,97	
19 a 23 anos	R\$ 316,65	R\$ 332,24	R\$ 455,40	R\$ 464,77	R\$ 576,32	R\$ 591,09	R\$ 732,90	
24 a 28 anos	R\$ 374,22	R\$ 392,64	R\$ 538,19	R\$ 549,27	R\$ 681,09	R\$ 698,55	R\$ 866,14	
29 a 33 anos	R\$ 374,22	R\$ 392,64	R\$ 562,30	R\$ 573,88	R\$ 711,60	R\$ 729,84	R\$ 904,94	
34 a 38 anos	R\$ 374,22	R\$ 392,64	R\$ 581,08	R\$ 593,05	R\$ 735,37	R\$ 754,21	R\$ 935,17	
39 a 43 anos	R\$ 444,46	R\$ 466,33	R\$ 639,19	R\$ 652,36	R\$ 808,91	R\$ 829,63	R\$ 1.028,69	
44 a 48 anos	R\$ 577,80	R\$ 606,23	R\$ 830,95	R\$ 848,07	R\$ 1.051,58	R\$ 1.078,52	R\$ 1.337,30	
49 a 53 anos	R\$ 751,14	R\$ 788,09	R\$ 1.080,24	R\$ 1.102,50	R\$ 1.367,05	R\$ 1.402,07	R\$ 1.738,49	
54 a 58 anos	R\$ 976,48	R\$ 1.024,52	R\$ 1.404,32	R\$ 1.433,25	R\$ 1.777,17	R\$ 1.822,69	R\$ 2.260,04	
59 anos ou mais	R\$ 1.407,40	R\$ 1.476,65	R\$ 2.024,05	R\$ 2.065,74	R\$ 2.561,43	R\$ 2.627,04	R\$ 3.257,39	

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL							
PRODUTO	SMART 200 SOROCABA	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		
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART	
REGISTRO ANS	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	
CÓD. INTERNO	31772	31788	31856	31860	31858	31864	31862	
00 a 18 anos	R\$ 175,92	R\$ 184,59	R\$ 236,16	R\$ 241,04	R\$ 298,89	R\$ 306,53	R\$ 380,07	
19 a 23 anos	R\$ 237,46	R\$ 249,16	R\$ 318,77	R\$ 325,35	R\$ 403,44	R\$ 413,75	R\$ 513,02	
24 a 28 anos	R\$ 280,64	R\$ 294,46	R\$ 376,73	R\$ 384,50	R\$ 476,79	R\$ 488,97	R\$ 606,29	
29 a 33 anos	R\$ 280,64	R\$ 294,46	R\$ 393,60	R\$ 401,72	R\$ 498,15	R\$ 510,88	R\$ 633,45	
34 a 38 anos	R\$ 280,64	R\$ 294,46	R\$ 406,75	R\$ 415,14	R\$ 514,78	R\$ 527,94	R\$ 654,61	
39 a 43 anos	R\$ 333,32	R\$ 349,73	R\$ 447,43	R\$ 456,66	R\$ 566,26	R\$ 580,74	R\$ 720,08	
44 a 48 anos	R\$ 433,32	R\$ 454,65	R\$ 581,65	R\$ 593,66	R\$ 736,13	R\$ 754,97	R\$ 936,11	
49 a 53 anos	R\$ 563,32	R\$ 591,05	R\$ 756,15	R\$ 771,76	R\$ 956,97	R\$ 981,46	R\$ 1.216,94	
54 a 58 anos	R\$ 732,31	R\$ 768,37	R\$ 982,99	R\$ 1.003,29	R\$ 1.244,06	R\$ 1.275,90	R\$ 1.582,03	
59 anos ou mais	R\$ 1.055,48	R\$ 1.107,45	R\$ 1.416,78	R\$ 1.446,04	R\$ 1.793,06	R\$ 1.838,95	R\$ 2.280,18	

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.626/23-5	33111	-	R\$ 0,00
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 Sorocaba - SP, área de atuação desta Operadora, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Local

Assinatura do CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

/ /
Data

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500	NOSSO MÉDICO/SMART 200	SMART 200 UP	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada



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

PRODUTO	OSSO MÉDICO SOROCAB	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	498.800/24-1	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	26496	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%

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.

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 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

Local

Data

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

PRODUTO	SMART 200 SOROCABA	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+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	ENFERM	APART
REGISTRO ANS	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
CÓD. INTERNO	31773	31851	31857	31861	31859	31865	31863
De "00 a 18" a "19 a 23"	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%
De "24 a 28" a "29 a 33"	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%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	18,77%	18,77%	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%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	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%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA 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.

PORTE I (1 vida)

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; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não previstos no contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

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	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	SMART 150 GRANDE RIO		BASIC REFERÊNCIA			
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	490.621/21-7		490.621/21-7		408.035/99-1	
CÓD. INTERNO	31769		31768		27007	
00 a 18 anos	R\$	157,65	R\$	135,56	R\$	1.134,51
19 a 23 anos	R\$	214,09	R\$	184,09	R\$	1.531,36
24 a 28 anos	R\$	235,50	R\$	202,50	R\$	1.809,76
29 a 33 anos	R\$	256,70	R\$	220,72	R\$	1.890,84
34 a 38 anos	R\$	260,55	R\$	224,03	R\$	1.953,99
39 a 43 anos	R\$	273,58	R\$	235,24	R\$	2.149,39
44 a 48 anos	R\$	387,66	R\$	333,33	R\$	2.794,21
49 a 53 anos	R\$	523,34	R\$	449,99	R\$	3.632,48
54 a 58 anos	R\$	628,01	R\$	539,98	R\$	4.722,22
59 anos ou mais	R\$	945,78	R\$	813,21	R\$	6.806,14

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL					
PRODUTO	SMART 200 RIO		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		ENFERM	
REGISTRO ANS	497.299/23-6		486.577/20-4		474.460/15-8	
CÓD. INTERNO	31855		31857		31861	
00 a 18 anos	R\$	157,65	R\$	325,00	R\$	331,70
19 a 23 anos	R\$	214,09	R\$	438,68	R\$	447,73
24 a 28 anos	R\$	235,50	R\$	518,43	R\$	529,13
29 a 33 anos	R\$	256,70	R\$	541,66	R\$	552,84
34 a 38 anos	R\$	260,55	R\$	559,75	R\$	571,31
39 a 43 anos	R\$	273,58	R\$	615,73	R\$	628,44
44 a 48 anos	R\$	387,66	R\$	800,45	R\$	816,97
49 a 53 anos	R\$	523,34	R\$	1.040,59	R\$	1.062,07
54 a 58 anos	R\$	628,01	R\$	1.352,77	R\$	1.380,69
59 anos ou mais	R\$	945,78	R\$	1.949,75	R\$	1.989,99

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL					
PRODUTO	SMART 200 RIO		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	497.299/23-6		486.577/20-4		474.459/15-4	
CÓD. INTERNO	31855		31857		31859	
00 a 18 anos	R\$	157,65	R\$	325,00	R\$	411,31
19 a 23 anos	R\$	214,09	R\$	438,68	R\$	555,18
24 a 28 anos	R\$	235,50	R\$	518,43	R\$	656,11
29 a 33 anos	R\$	256,70	R\$	541,66	R\$	685,50
34 a 38 anos	R\$	260,55	R\$	559,75	R\$	708,40
39 a 43 anos	R\$	273,58	R\$	615,73	R\$	779,24
44 a 48 anos	R\$	387,66	R\$	800,45	R\$	1.013,01
49 a 53 anos	R\$	523,34	R\$	1.040,59	R\$	1.038,96
54 a 58 anos	R\$	628,01	R\$	1.352,77	R\$	1.316,91
59 anos ou mais	R\$	945,78	R\$	1.949,75	R\$	1.711,98

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL					
PRODUTO	SMART 200 RIO		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	497.299/23-6		486.577/20-4		474.448/15-9	
CÓD. INTERNO	31855		31857		31865	
00 a 18 anos	R\$	157,65	R\$	325,00	R\$	421,84
19 a 23 anos	R\$	214,09	R\$	438,68	R\$	569,40
24 a 28 anos	R\$	235,50	R\$	518,43	R\$	672,92
29 a 33 anos	R\$	256,70	R\$	541,66	R\$	703,07
34 a 38 anos	R\$	260,55	R\$	559,75	R\$	726,55
39 a 43 anos	R\$	273,58	R\$	615,73	R\$	799,20
44 a 48 anos	R\$	387,66	R\$	800,45	R\$	1.038,96
49 a 53 anos	R\$	523,34	R\$	1.040,59	R\$	1.350,65
54 a 58 anos	R\$	628,01	R\$	1.352,77	R\$	1.755,84
59 anos ou mais	R\$	945,78	R\$	1.949,75	R\$	2.530,69

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL					
PRODUTO	SMART 200 RIO		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	497.299/23-6		486.577/20-4		474.460/15-8	
CÓD. INTERNO	31854		31856		31860	
00 a 18 anos	R\$	145,83	R\$	227,49	R\$	232,20
19 a 23 anos	R\$	198,04	R\$	307,07	R\$	313,42
24 a 28 anos	R\$	217,85	R\$	362,90	R\$	370,40
29 a 33 anos	R\$	237,46	R\$	379,15	R\$	386,99
34 a 38 anos	R\$	241,02	R\$	391,81	R\$	399,92
39 a 43 anos	R\$	253,07	R\$	431,00	R\$	439,92
44 a 48 anos	R\$	358,60	R\$	560,30	R\$	571,90
49 a 53 anos	R\$	484,11	R\$	728,39	R\$	743,48
54 a 58 anos	R\$	580,93	R\$	946,90	R\$	966,53
59 anos ou mais	R\$	874,88	R\$	1.364,76	R\$	1.393,06

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL					
PRODUTO	SMART 200 RIO		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	497.299/23-6		486.577/20-4		474.459/15-4	
CÓD. INTERNO	31854		31856		31858	
00 a 18 anos	R\$	145,83	R\$	227,49	R\$	287,92
19 a 23 anos	R\$	198,04	R\$	307,07	R\$	388,64
24 a 28 anos	R\$	217,85	R\$	362,90	R\$	459,30
29 a 33 anos	R\$	237,46	R\$	379,15	R\$	479,88
34 a 38 anos	R\$	241,02	R\$	391,81	R\$	495,90
39 a 43 anos	R\$	253,07	R\$	431,00	R\$	545,49
44 a 48 anos	R\$	358,60	R\$	560,30	R\$	709,13
49 a 53 anos	R\$	484,11	R\$	728,39	R\$	921,87
54 a 58 anos	R\$	580,93	R\$	946,90	R\$	1.198,43
59 anos ou mais	R\$	874,88	R\$	1.364,76	R\$	1.727,29

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL					
PRODUTO	SMART 200 RIO		SMART 300		SMART 400	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST		AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM		ENFERM		APART	
REGISTRO ANS	497.299/23-6		486.577/20-4		474.448/15-9	
CÓD. INTERNO	31854		31856		31864	
00 a 18 anos	R\$	145,83	R\$	227,49	R\$	295,28
19 a 23 anos	R\$	198,04	R\$	307,07	R\$	398,57
24 a 28 anos	R\$	217,85	R\$	362,90	R\$	471,03
29 a 33 anos	R\$	237,46	R\$	379,15	R\$	492,14
34 a 38 anos	R\$	241,02	R\$	391,81	R\$	508,57
39 a 43 anos	R\$	253,07	R\$	431,00	R\$	559,43
44 a 48 anos	R\$	358,60	R\$	560,30	R\$	727,26
49 a 53 anos	R\$	484,11	R\$	728,39	R\$	945,44
54 a 58 anos	R\$	580,93	R\$	946,90	R\$	1.229,08
59 anos ou mais	R\$	874,88	R\$	1.364,76	R\$	1.771,47

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.

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 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 CONTRATANTE ou Responsável Legal

Assinatura do REPRESENTANTE AUTORIZADO

Data

COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COPARTICIPAÇÃO TOTAL		
PROCEDIMENTO	SMART 150	SMART 200	SMART 300 / 400 / 500	SMART 150	SMART 200	SMART 300 / 400 / 500
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39	30% limitado a R\$ 30,00	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24	40% limitado a R\$ 80,00	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	-	40% limitado a R\$ 47,70	30% limitado a R\$ 20,00	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	-	40% limitado a R\$ 116,60	30% limitado a R\$ 100,00	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33	40% limitado a R\$ 40,00	Valor fixo R\$ 39,33
Internações*	-	-	-	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 196,10	Valor fixo R\$ 275,60

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

* Internação na rede credenciada



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL

Rio de Janeiro - RJ

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

ANS nº 359017

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

PRODUTO	SMART 150 GRANDE RIO	BASIC REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM
REGISTRO ANS	490.621/21-7	408.035/99-1
CÓD. INTERNO	31769	27007
De "00 a 18" a "19 a 23"	35,80%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	10,00%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	9,00%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	1,50%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	5,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	41,70%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	35,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	20,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	50,60%	44,13%

PRODUTO	SMART 200 RIO	SMART 300	SMART 400		SMART 500	
SEGMENTAÇÃO	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	AMB+HOSP+OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERM	ENFERM	ENFERM	ENFERM	APART	APART
REGISTRO ANS	497.299/23-6	486.577/20-4	474.460/15-8	474.459/15-4	474.448/15-9	474.445/15-4
CÓD. INTERNO	31855	31857	31861	31859	31865	31863
De "00 a 18" a "19 a 23"	35,80%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De "19 a 23" a "24 a 28"	10,00%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De "24 a 28" a "29 a 33"	9,00%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	1,50%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	5,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	41,70%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	35,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	20,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	50,60%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

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.

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 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 CONTRATANTE ou Responsável Legal

Local

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 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.