

GUIA DE VENDAS

BAHIA





Entidades & Públicos

A **Tec Ben** oferece planos de saúde coletivos por adesão da Hapvida para os profissionais devidamente associados a uma das entidades de classe aqui relacionadas. Podem aderir ao benefício o titular e seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

ABCOMERCIO | ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO COMÉRCIO

Empregados do Comércio de Bens, Serviços e Turismo

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares, todos os funcionários (CLT) ativos no exercício da profissão que mantenham vínculo empregatício com empresas do ramo do comércio de bens, serviços e turismo e devidamente associados à **ABCOMÉRCIO**.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia da CTPS (página da foto, CNPJ da empresa, nome completo e cargo do beneficiário) ou Holerite e Comprovante de vínculo associativo à **ABCOMÉRCIO**.

FNE | FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES

Estudantes

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os estudantes devidamente matriculados em estabelecimento de ensino público e particular de ensino em todo território Nacional ou que estejam cursando Alfabetização, ensino infantil, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós graduação, mestrado, sequências, supletivo, educação a distância, cursos de ensino técnico e profissionalizante, pré-vestibular, idiomas Educação de Jovens e Adultos, Educação pré-escolar e similar.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Documento comprobatório da matrícula do estudante em instituições reconhecidas pelo MEC e comprovante de vínculo com a entidade OU
- **Instituição de ensino particular:** Apresentar mensalidade (recente) quitada OU declaração (eletrônica ou em papel timbrado com CNPJ - DEVIDAMENTE COMPROVADA) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo) e comprovante de vínculo com a entidade; OU
- **Instituição de ensino público:** Apresentar declaração (eletrônica ou em papel timbrado – DEVIDAMENTE COMPROVADA) da instituição de ensino, contendo nome completo do estudante, curso, período, telefone e assinatura OU cópia da carteirinha estudante (universitário ano letivo) e comprovante de vínculo com a entidade.



Entidades & Públicos

FUNESP | ASSOCIAÇÃO DA UNIÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL

Servidores Públicos

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os Servidores Públicos Cíveis e Militares, Estaduais e Municipais do Brasil, ativos no exercício da profissão e devidamente associados à **FUNESP**.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

• **Funcionário público**

Comprovante de vínculo com a entidade e nomeação no diário oficial ou holerite.

• **Funcionário CLT**

Comprovante de vínculo com a entidade e cópia do holerite ou cópia da CPTS.

UNECOL BRASIL - ASSOC. UNIÃO NACIONAL DOS EMPREGADOS DO COMÉRCIO E PROFISSIONAIS LIBERAIS DO BRASIL

Profissionais Liberais

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares, o Administrador, Arquiteto, Assistente Social, Atuário, Advogado, Biomédico, Biólogo, Contabilista, Corretor de Seguros, Corretor de imóveis, Dentista, Economista, Enfermeiros, Engenheiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Jornalismo, Médico, Professor, Psicólogo, Publicidade e Propaganda, Químico, Técnico Contabilista, Técnico de Enfermagem, Radiologia, Veterinário, Análise de Sistemas, Ciências da Computação, Tecnologia da Informação, Comércio Exterior, Gastrônomo, Matemático, Turismo, ativos no exercício da profissão e devidamente associados à **UNECOL**.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

- Cópia do Diploma ou Cópia do Certificado de Conclusão de curso e Comprovante de associação à UNECOL; ou
- Cópia da Carteira do Conselho Regional de Classe ou Comprovante de Contribuição sindical da categoria e Comprovante de associação à UNECOL.



Planos

Planos de saúde coletivos por adesão, verifique os planos disponíveis para sua entidade de classe.

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia | COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Acomodação em internação	Abrangência Geográfica
Nosso Plano AHO CA GM ENF CC QC 218	485.701.20-1	Coletiva	Grupo de Municípios
Nosso Plano AHO CA GM APT CC QC 224	485.739/20-9	Individual	Grupo de Municípios
Odonto Premium Adesão	476.835/16-3	Não se aplica	Nacional

Ambulatorial | COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Acomodação em internação	Abrangência Geográfica
Nosso Plano A CA GM CC QC 233	485.721/20-6	Não se aplica	Grupo de Municípios
Protecao Odontologica CA	485.365/20-2	Não se aplica	Nacional

Área de atuação: Camaçari, Feira de Santana, Lauro de Freitas e Salvador- BA



Coberturas

Todos os planos contemplados neste Guia de Vendas, terão cobertura para os serviços médico-hospitalares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigente à época do evento.



Titular & Dependentes

ENTIDADES (NÃO ESTUDANTIS)

Titular acima de 18 (dezoito) anos de idade	• Cópia do RG e do CPF; • Na ausência do nome da mãe no RG, apresentar Cópia do PIS/PASEP; • Cópia do Comprovante de Endereço; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Cônjuge	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	• Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e Cópia do CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro (a) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)	• Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Nascimento e Documentação de Adoção para filhos adotivos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) inválido(a) físico ou mental em caráter permanente de qualquer idade	• Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Laudo médico com descrição pormenorizada das limitações do paciente ou Decisão Judicial recente da incapacidade permanente; Exames complementares que comprovem o diagnóstico, se necessário. • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)	Titular casado: • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a) ou Cópia do RG do(a) enteado(a); • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde. Titular com companheiro: • Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG do(a) enteado(a); • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor sob minha guarda, tutela ou curatela nos limites etários até 21 (vinte e um) anos incompletos	• Cópia da Guarda, Tutela ou Curatela; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a) e do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Pai e/ ou Mãe	• Cópia do RG ou CNH do Titular; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Irmão(ã)	• Cópia do RG ou CNH do Titular; ou • Cópia do RG ou CNH do Irmão; ou • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Tio(a)	• Cópia da Certidão de Nascimento do Titular ou de Casamento dos pais do Titular; • Cópia do RG ou CNH do tio(a) ou Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Sobrinho(a) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias)	• Cópia do RG ou CNH do Titular e • Cópia do RG ou CNH do pai/ mãe do sobrinho(a) e • Cópia do RG ou CNH do sobrinho ou Certidão de Nascimento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.



Titular & Dependentes

ENTIDADES ESTUDANTIS

Caso eu seja Titular elegível à **FNE** e tenha de 05 à 18 anos incompletos (17 anos, 11 meses e 29 dias), somente poderei incluir como dependentes no plano:

Pai e/ ou Mãe	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Irmão(ã)	• Cópia do RG ou CNH do Titular; ou • Cópia do RG ou CNH do Irmão; ou • Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Caso eu seja Titular elegível à **FNE** e tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, somente poderei incluir como meus dependentes:

Cônjuge	• Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	• Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e Cópia do CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) natural ou adotivo(a) solteiro(a) até 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias)	• Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Nascimento e Documentação de Adoção para filhos adotivos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) inválido(a) físico ou mental em caráter permanente de qualquer idade	• Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Laudo médico com descrição pormenorizada das limitações do paciente ou Decisão Judicial recente da incapacidade permanente; Exames complementares que comprovem o diagnóstico, se necessário. • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) até 24(vinte e quatro) anos de idade incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias)	Titular casado: • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a) ou Cópia do RG do(a) enteado(a); • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde. Titular com companheiro: • Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia da Certidão de Nascimento ou Cópia do RG do(a) enteado(a); • Cópia do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Menor sob minha guarda, tutela ou curatela nos limites etários até 21 (vinte e um) anos incompletos	• Cópia da Guarda, Tutela ou Curatela; • Cópia da Certidão de Nascimento do(a) tutelado(a) e do CPF; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.



Carência Contratual e Redução de Carências

Os prazos de carência são os períodos nos quais os beneficiário(s) titulares e seus dependente(s) não terão o direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do benefício. E cumprirão as carências contratuais descritas no quadro baixo. Todavia, caso sejam elegíveis às regras de Redução de Carências constantes no Termo de Concordância, os meus documentos serão remetidos à análise da Hapvida, havendo possibilidade de ser solicitado documentação complementar. E após a conclusão da análise, podendo ser aprovado ou rejeito por parte da Operadora.

ASSISTÊNCIA MÉDICA	
Procedimentos	CARÊNCIAS CONTRATUAIS
Atendimentos de urgência/emergência.	24 (Vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS)).	24 (Vinte e quatro) horas
Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	24 (Vinte e quatro) horas
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): • Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; • Exames Oftalmológicos simples: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina; • Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometrias, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); • Exames de Raio-X Contrastado; • Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); • Mamografia Convencional e Densitometria Óssea.	90 (noventa) dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: • Cirurgias ambulatoriais; • Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica; • Internações em leitos de alta complexidade; • Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; • Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional); • Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 (cento e oitenta) dias
Cobertura de partos a termo.	300 (trezentos) dias

*Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.



Carência Contratual e Redução de Carências

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	
Procedimentos	Prazo
Atendimentos de urgência/emergência.	24 (Vinte e quatro) horas
Para Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (Restaurações);	60 (sessenta) dias
Para os demais casos.	180 (cento e oitenta) dias

Para os planos odontológicos não há redução de carência.

Regras de elegibilidade para aproveitamento de carências – Outras operadoras

- ✓ Operadora elegível para aproveitamento (conferir lista de operadoras congêneres);
- ✓ Caso o beneficiário esteja cancelado na operadora de origem, para o aproveitamento deve considerar no máximo 30 dias do cancelamento, na data do pedido (digitação da vida na operadora);
- ✓ Estar com inadimplência máxima de 30 dias, levando-se em consideração o critério de preço pré estabelecido (pré-pagamento);
- ✓ Beneficiários responsáveis financeiros não podem realizar aproveitamento de carências;
- ✓ Não será aproveitado tempo de carência para parto, doenças pré-existentes e terapias;
- ✓ Caso o produto não seja equivalente, o beneficiário deve cumprir os prazos de carência integrais para os novos benefícios integrantes do produto para o qual está contratando.

Tempo de plano e Redução das carências:

- ✓ Beneficiário com 30 a 179 dias de inadimplência na operadora de origem: Redução de 30 dias sobre as carências, observando a mesma segmentação de atendimento.
 - ✓ Beneficiário com 180 dias até 1 ano na operadora de origem: Será aproveitado 50% do tempo de inadimplência;
 - ✓ Beneficiários com um ano ou mais na operadora de origem: Aproveitamento de 100% do tempo de inadimplência.
- Não é aproveitado carência de outras operadoras para parto, doenças e lesões pré-existentes e terapias.



Carência Contratual e Redução de Carências

Relação de Operadoras Congêneres

- Sulamérica.
- Bradesco.
- Smile.
- Seguros Unimed.
- Amil
- Unimed's

Regras para aproveitamento entre planos do grupo

- ✓ Estar cancelado no contrato anterior, em até 30 dias da data do cancelamento, considerando a data da digitação do novo plano na operadora;
- ✓ Aproveitamento de 100% da carência, incluindo parto e doenças e lesões pré-existentes,
- ✓ Estar adimplente junto a operadora, considerando o mês de competência da última mensalidade paga.
- ✓ Caso o produto não seja equivalente, o beneficiário deve cumprir os prazos de carência integrais para os novos benefícios integrantes do produto para o qual está contratando.

Documentos necessários:

- ✓ Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da Operadora ou Administradora do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário:
 - Nome completo do beneficiário;
 - Data de Nascimento;
 - CPF do beneficiário;



Carência Contratual e Redução de Carências

- Nº de Registro da Operadora/Administradora;
 - Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
 - Segmentação do Produto e Acomodação;
 - Data de adesão do beneficiário;
 - Prazo de permanência ou data de cancelamento;
 - Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
- ✓ Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos por Adesão.

Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação):

Apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS;

Na ausência de informações sobre adimplência:

Para clientes oriundos de planos coletivos empresariais, acatar apresentação dos dois últimos contracheques, constando claramente o desconto referente à contribuição com o plano de saúde, como comprovação de adimplência, (sendo indiferente o valor apresentado para efeito de aceitação).

Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar, acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento, acompanhados dos respectivos boletos. **Termo de Concordância de Redução de Carências** preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos por Adesão)



Coparticipação

Alguns planos constantes neste Guia de Vendas possuem em seu mecanismo de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações psiquiátricas, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS.

Coparticipação para os planos: 485.721/20-6, 485.701/20-1 e 485.739/20-9		
Procedimento	Coparticipação Parcial	
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 21,20

Coparticipação para o plano: 485.721/20-6		
Procedimento	Coparticipação Total	
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 21,22
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 37,13
Exames Simples	30,00%	Limitado a R\$ 10,61
Exames Complexos	30,00%	Limitado a R\$ 53,04
Demais Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 64,92



Coparticipação

Coparticipação para os planos: 485.701/20-1 e 485.739/20-9		
Procedimento	Coparticipação Total	
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 21,20
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 37,10
Exames Simples	-	Valor fixo R\$ 10,60
Exames Complexos	-	Valor fixo R\$ 79,50
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 21,20

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente.
A Cobrança de coparticipação será por procedimento realizado.

Estou ciente que para os planos identificados nesta Proposta, o percentual sobre o custo de todas as internações psiquiátricas é de 50% (cinquenta por cento), a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, ininterruptos ou não a cada ano de contrato coletivo e o mesmo terá direito a continuidade do tratamento, mediante o pagamento em coparticipação da cobertura (dia) excedente em psiquiatria, incluindo valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares.



Pagamento

Taxa de Angariação

A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado e **NÃO** se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade. Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

Valor Mensal do Benefício

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

Forma de pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de pagamento
Boleto bancário e/ou Débito Automático	1º	Todo dia 1º	Em qualquer banco, até o vencimento.
	10	Todo dia 10	
	20	Todo dia 20	

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário ao contrato coletivo, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- 1) Reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
- 2) Reajuste por mudança de faixa etária;
- 3) Reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS.

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

Prazos para Adesão

Data da Proposta / Recebimento da Proposta	Início da Vigência do Beneficiário
Até dia 20	Dia 1º
Até dia 30	Dia 10
Até dia 10	Dia 20



Tabelas de Preços

Tabela Camaçari e Salvador

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
ANS	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de municípios		
Coparticipação	Com Coparticipação Parcial		
Segmentação Assistencial	Ambulatorial*	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**	
Acomodação em internação	Não se Aplica	Coletiva	Individual
Até 18 anos	191,66	241,90	361,26
de 19 a 23 anos	252,54	318,29	475,84
de 24 a 28 anos	287,95	365,55	546,75
de 29 a 33 anos	321,26	409,04	611,97
de 34 a 38 anos	338,12	429,34	642,41
de 39 a 43 anos	379,66	484,74	725,51
de 44 a 48 anos	464,37	590,68	884,42
de 49 a 53 anos	644,24	813,94	1.219,29
de 54 a 58 anos	868,61	1.097,71	1.644,94
À partir de 59 anos	1.128,25	1.426,08	2.137,48

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

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
ANS	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de municípios		
Coparticipação	Com Coparticipação Total		
Segmentação Assistencial	Ambulatorial*	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**	
Acomodação em internação	Não se Aplica	Coletiva	Individual
Até 18 anos	122,88	198,76	296,54
de 19 a 23 anos	161,54	261,34	390,42
de 24 a 28 anos	184,04	300,07	448,51
de 29 a 33 anos	205,20	335,07	501,95
de 34 a 38 anos	215,91	352,33	526,89
de 39 a 43 anos	242,29	397,72	594,98
de 44 a 48 anos	296,10	484,52	725,17
de 49 a 53 anos	410,34	667,44	999,53
de 54 a 58 anos	552,84	899,93	1.348,26
À partir de 59 anos	717,75	1168,97	1.751,78

Tabela de preço contém o valor do produto odontológico,somando ao valor do produto saúde. O valor mensal dos planos estará discriminado no boleto.

*Na contratação do plano com segmentação Ambulatorial, contempla o plano: Proteção Odontológica CA (485.365/20-2) - R\$ 3,17.

**Na contratação do plano com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia,contempla o plano:+Odonto Premium Adesão (476.835/16-3) - R\$ 3,17.

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



Tabelas de Preços

Feira de Santana

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL

	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
ANS	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de municípios		
Coparticipação	Com Coparticipação Parcial		
Segmentação Assistencial	Ambulatorial*	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**	
Acomodação em internação	Não se Aplica	Coletiva	Individual
Até 18 anos	191,66	216,71	361,26
de 19 a 23 anos	252,54	285,04	475,84
de 24 a 28 anos	287,95	327,33	546,75
de 29 a 33 anos	321,26	366,22	611,97
de 34 a 38 anos	338,12	384,38	642,41
de 39 a 43 anos	379,66	433,93	725,51
de 44 a 48 anos	464,37	528,70	884,42
de 49 a 53 anos	644,24	728,40	1.219,29
de 54 a 58 anos	868,61	982,22	1.644,94
À partir de 59 anos	1.128,25	1.275,94	2.137,48

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

Planos e Preços | COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL

	NOSSO PLANO A CA GM CC QC 233	NOSSO PLANO AHO CA GM ENF CC QC 218	NOSSO PLANO AHO CA GM APT CC QC 224
ANS	485.721/20-6	485.701/20-1	485.739/20-9
Abrangência geográfica de atendimento	Grupo de municípios		
Coparticipação	Com Coparticipação Total		
Segmentação Assistencial	Ambulatorial*	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**	
Acomodação em internação	Não se Aplica	Coletiva	Individual
Até 18 anos	122,88	196,79	296,54
de 19 a 23 anos	161,54	258,75	390,42
de 24 a 28 anos	184,04	297,08	448,51
de 29 a 33 anos	205,20	332,35	501,95
de 34 a 38 anos	215,91	348,81	526,89
de 39 a 43 anos	242,29	393,74	594,98
de 44 a 48 anos	296,10	479,66	725,17
de 49 a 53 anos	410,34	660,73	999,53
de 54 a 58 anos	552,84	890,88	1.348,26
À partir de 59 anos	717,75	1.157,19	1.751,78

Tabela de preço contém o valor do produto odontológico,somando ao valor do produto saúde. O valor mensal dos planos estará discriminado no boleto.

*Na contratação do plano com segmentação Ambulatorial, contempla o plano: Proteção Odontológica CA (485.365/20-2) - R\$ 3,17.

**Na contratação do plano com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia,contempla o plano:+Odonto Premium Adesão (476.835/16-3) - R\$ 3,17.

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



Rede Médica Própria

A rede é resumida e passível de alterações sem aviso prévio por parte da Operadora. Para conferência da rede de acordo com o plano contratado, consulte o site da Hapvida: <https://www.hapvida.com.br/site/rede-exclusiva>



Informações

Administradora de Benefícios/ Contratante: Tec Ben Administradora de Benefícios.

Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.

- ✓ A Hapvida disponibiliza para contratação o plano Referência. Para mais informações, contate seu supervisor.
- ✓ O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta.
- ✓ Proposta sujeita à análise técnica.

Área de Comercialização

Os planos de saúde citados no material podem ser comercializados nos municípios:

Bahia: Camaçari, Salvador, Candeias, Lauro de Freitas, Simões Filho e Vera Cruz, **Feira de Santana,** Antônio Cardoso, Conceição do Jacuípe e São Gonçalo.