



GUIA DE VENDAS HAPVIDA

GOVERNO DE PERNAMBUCO



GOVERNO DE
**PER
NAM
BU**CO
ESTADO DE MUDANÇA

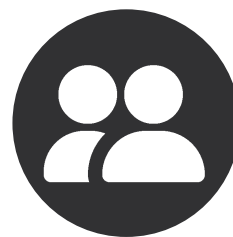
ÍNDICE



VIGÊNCIAS



TABELA DE
PREÇO



COPARTICIPAÇÃO



ÁREA DE
COMERCIALIZAÇÃO



ENTIDADES
DE CLASSE



QUEM PODE
ADERIR



CARÊNCIAS



REDE
CREDENCIADA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

Administradora de Benefícios/Contratante: Vallor Administradora de Benefícios Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia com coparticipação. Todas as coberturas da Lei n. 9.656/98.



VIGÊNCIAS

VIGÊNCIAS	VENCIMENTO
01	10



TABELA DE PREÇO

REAJUSTE: JULHO

SEM COPARTICIPAÇÃO TOTAL | ODONTO

Nosso Plano CE + Odonto SC GM 1 • A+H+O+ODT

ANS Nº 475.302/16-0 | ANS ODT Nº 485.365/20-2

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA
0 a 18 ANOS	R\$ 189,06
19 a 23 ANOS	R\$ 209,56
24 a 28 ANOS	R\$ 232,48
29 a 33 ANOS	R\$ 264,58
34 a 38 ANOS	R\$ 301,53
39 a 43 ANOS	R\$ 355,32
44 a 48 ANOS	R\$ 439,53
49 a 53 ANOS	R\$ 544,83
54 a 58 ANOS	R\$ 913,35
59 ANOS +	R\$ 1.020,74

Nosso Plano CE + Odonto SC GM 2 • A+H+O+ODT

ANS Nº 475.303/16-8 | ANS ODT Nº 485.365/20-2

FAIXA ETÁRIA	APARTAMENTO
0 a 18 ANOS	R\$ 264,68
19 a 23 ANOS	R\$ 293,37
24 a 28 ANOS	R\$ 325,48
29 a 33 ANOS	R\$ 370,41
34 a 38 ANOS	R\$ 422,15
39 a 43 ANOS	R\$ 497,44
44 a 48 ANOS	R\$ 615,35
49 a 53 ANOS	R\$ 762,75
54 a 58 ANOS	R\$ 1.278,69
59 ANOS +	R\$ 1.429,03

SEM COPARTICIPAÇÃO TOTAL | ODONTO

Pleno XXVI • A+H+O+ODT

ANS Nº 461.467/10-4 | ANS ODT Nº 485.365/20-2

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA
0 a 18 ANOS	R\$ 302,51
19 a 23 ANOS	R\$ 335,29
24 a 28 ANOS	R\$ 371,96
29 a 33 ANOS	R\$ 423,34
34 a 38 ANOS	R\$ 482,44
39 a 43 ANOS	R\$ 568,52
44 a 48 ANOS	R\$ 703,25
49 a 53 ANOS	R\$ 871,73
54 a 58 ANOS	R\$ 1.461,35
59 ANOS +	R\$ 1.633,19

Pleno XXVII • A+H+O+ODT

ANS Nº 461.474/10-7 | ANS ODT Nº 485.365/20-2

FAIXA ETÁRIA	APARTAMENTO
0 a 18 ANOS	R\$ 423,50
19 a 23 ANOS	R\$ 469,40
24 a 28 ANOS	R\$ 520,76
29 a 33 ANOS	R\$ 592,68
34 a 38 ANOS	R\$ 675,42
39 a 43 ANOS	R\$ 795,90
44 a 48 ANOS	R\$ 984,55
49 a 53 ANOS	R\$ 1.220,41
54 a 58 ANOS	R\$ 2.045,90
59 ANOS +	R\$ 2.286,46



ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Nosso Plano CE + Odonto SC GM 1 - Nosso Plano CE + Odonto SC GM 2

Grupo de municípios:

- Cabo de Santo Agostinho
- Camaragibe
- Goiana
- Gravatá
- Jaboatão dos Guararapes
- Olinda
- Paulista
- Recife
- São Lourenço da Mata

Pleno XXVI - Pleno XXVII

Grupo de municípios:

- Arco Verde
- Cabo de Santo Agostinho
- Camaragibe Carpina
- Garanhuns
- Goiana
- Gravatá
- Jaboatão dos Guararapes
- Olinda
- Palmares
- Paulista
- Petrolândia
- Recife
- Salgueiro
- São Lourenço da Mata
- Serra Talhada
- Vitória de Santo Antão



CARÊNCIAS

As coberturas previstas pelo produto contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carências, contados a partir da data da vigência. Por concessão comercial, a operadora HapVida proverá, automaticamente, sem necessidade de apresentar documentação comprobatória de elegibilidade para aproveitamento de carência, a redução dos determinados procedimentos que seguem no quadro abaixo:

COBERTURAS	CARÊNCIA PADRÃO
Urgência/Emergência	24h
Consultas e Exames Simples	30 dias
Exames Especiais	90 dias
Terapias	180 dias
Internações	180 dias
Parto a Termo	300 dias

ODONTO

COBERTURAS	CARÊNCIA PADRÃO
Urgência/Emergência	24h
Diagnóstico, Prevenção em Saúde Bucal e Dentística (restauração)	60 dias
Demais casos	90 dias

Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	
Pré-existências	24 meses

DOCUMENTAÇÃO

DOCUMENTO PARA COMPROVAÇÃO DE ELEGIBILIDADE:

- Elegibilidade: Servidores ativos do Estado de Pernambuco.
- Documento para comprovação da elegibilidade: Termo/Decreto de Posse ou nomeação ao cargo público e contracheque.

DEPENDENTES:

- O cônjuge ou companheiro(a), desde que comprove esta condição legalmente;
- Os filhos naturais, adotados e enteados solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário ao o titular adotante, nos termos do art.12, VII, da Lei nº 9.656/98, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- Filhos inválidos de qualquer idade, mediante comprovação médica e legal da invalidez e dependência econômico financeira;
- Menores curatelados e tutelados, na forma da Lei e mediante comprovação legal pertinente, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos.

DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:

- Cônjuge ou companheiro(a): Certidão de casamento ou escritura pública de união estável;
- Filhos: Certidão de nascimento ou documento de identidade onde constem o nome de ambos os genitores e os documentos de identidade;
- Enteados: Certidão de nascimento ou documento de identidade;
- Filhos inválidos: Os mesmos documentos exigíveis aos filhos mais o laudo pericial médico constatando a condição de invalidez e a declaração de dependência econômico-financeira nos termos da Receita Federal;
- Menores tutelados, curatelados e sob guarda: Documentos de identificação dos mesmos e os documentos legais necessários à comprovação das condições indicadas



REDE CREDENCIADA



Acesse a rede credenciada on-line!

APONTE SEU CELULAR PARA O QR CODE

Ou acesse a rede pelo link:

<https://www.hapvida.com.br/site/rede-exclusiva>



Vallor

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

ANS - Nº 417581



SUPORTE AO CORRETOR

 0800 311 9100

 31 9760 7428

 31 3311-9100 | MG

 87 3201- 3699 | PE

 71 4009-3211 ou 75 2102-3451 | BA

 sac@vallorbeneficios.com.br

 www.vallorbeneficios.com.br

 @valloradmbeneficios

 Av. Assis Chateaubriand, 288 - Floresta - Belo Horizonte/MG

ÍNDICE