



GUIA DE VENDAS **HAPVIDA**

PARÁ I COLETIVO POR ADESÃO

ÍNDICE



VIGÊNCIAS



TABELA DE
PREÇO



COPARTICIPAÇÃO



ÁREA DE
COMERCIALIZAÇÃO



ENTIDADES
DE CLASSE



QUEM PODE
ADERIR



CARÊNCIAS



REDE
CREDENCIADA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO

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	01
10	10
20	20



TABELA DE PREÇO

FAIXA ETÁRIA	PORCENTAGEM
0 a 18 ANOS	-
19 a 23 ANOS	32%
24 a 28 ANOS	15%
29 a 33 ANOS	12%
34 a 38 ANOS	5%
39 a 43 ANOS	13%
44 a 48 ANOS	22%
49 a 53 ANOS	38%
54 a 58 ANOS	35%
59 ANOS +	30%

BELEM**NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO| SAÚDE + ODONTO**

GRUPO DE MUNICÍPIOS

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

AMBULATORIAL**SEM ACOMODAÇÃO**

ANS Nº 485.723/20-2

AMB+HOSP+OBS**ENFERMARIA**

ANS Nº 485.704/20-6

AMB+HOSP+OBS**APARTAMENTO**

ANS Nº 485.715/20-1

FAIXA ETÁRIA

0 a 18 ANOS

19 a 23 ANOS

24 a 28 ANOS

29 a 33 ANOS

34 a 38 ANOS

39 a 43 ANOS

44 a 48 ANOS

49 a 53 ANOS

54 a 58 ANOS

59 ANOS +

R\$ 118,65

R\$ 155,91

R\$ 177,59

R\$ 197,99

R\$ 208,31

R\$ 233,73

R\$ 285,59

R\$ 395,70

R\$ 533,05

R\$ 691,98

R\$ 168,58

R\$ 221,48

R\$ 254,22

R\$ 284,33

R\$ 298,39

R\$ 336,75

R\$ 410,12

R\$ 564,73

R\$ 761,24

R\$ 988,63

R\$ 251,24

R\$ 330,58

R\$ 379,68

R\$ 424,85

R\$ 445,93

R\$ 503,47

R\$ 613,51

R\$ 845,41

R\$ 1.140,17

R\$ 1.481,24

BELEM**NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO| SAÚDE**

GRUPO DE MUNICÍPIOS

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

AMBULATORIAL**SEM ACOMODAÇÃO**

ANS Nº 485.723/20-2

AMB+HOSP+OBS**ENFERMARIA**

ANS Nº 485.704/20-6

AMB+HOSP+OBS**APARTAMENTO**

ANS Nº 485.715/20-1

FAIXA ETÁRIA

0 a 18 ANOS

19 a 23 ANOS

24 a 28 ANOS

29 a 33 ANOS

34 a 38 ANOS

39 a 43 ANOS

44 a 48 ANOS

49 a 53 ANOS

54 a 58 ANOS

59 ANOS +

R\$ 119,65

R\$ 158,30

R\$ 180,78

R\$ 201,93

R\$ 212,63

R\$ 239,00

R\$ 292,78

R\$ 406,96

R\$ 549,40

R\$ 714,22

R\$ 169,58

R\$ 223,85

R\$ 257,43

R\$ 288,32

R\$ 302,74

R\$ 342,10

R\$ 417,36

R\$ 575,96

R\$ 777,55

R\$ 1.010,82

R\$ 252,24

R\$ 332,96

R\$ 382,90

R\$ 428,85

R\$ 450,29

R\$ 508,83

R\$ 620,77

R\$ 856,66

R\$ 1.156,49

R\$ 1.503,44

BELEM

NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL | SAÚDE

GRUPO DE MUNICÍPIOS

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA

0 a 18 ANOS

19 a 23 ANOS

24 a 28 ANOS

29 a 33 ANOS

34 a 38 ANOS

39 a 43 ANOS

44 a 48 ANOS

49 a 53 ANOS

54 a 58 ANOS

59 ANOS +

AMBULATORIAL

SEM ACOMODAÇÃO

ANS Nº 485.723/20-2

R\$ 185,02

R\$ 243,74

R\$ 277,88

R\$ 310,01

R\$ 326,26

R\$ 366,31

R\$ 448,00

R\$ 621,45

R\$ 837,82

R\$ 1.088,19

AMB+HOSP+OBS

ENFERMARIA

ANS Nº 485.704/20-6

R\$ 263,62

R\$ 346,94

R\$ 398,49

R\$ 445,91

R\$ 468,04

R\$ 528,46

R\$ 644,01

R\$ 887,49

R\$ 1.196,97

R\$ 1.555,09

AMB+HOSP+OBS

APARTAMENTO

ANS Nº 485.715/20-1

R\$ 393,79

R\$ 518,76

R\$ 596,08

R\$ 667,22

R\$ 700,42

R\$ 791,05

R\$ 964,37

R\$ 1.329,59

R\$ 1.793,80

R\$ 2.330,97

BELEM

NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL | SAÚDE

GRUPO DE MUNICÍPIOS

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA

0 a 18 ANOS

19 a 23 ANOS

24 a 28 ANOS

29 a 33 ANOS

34 a 38 ANOS

39 a 43 ANOS

44 a 48 ANOS

49 a 53 ANOS

54 a 58 ANOS

59 ANOS +

AMBULATORIAL

SEM ACOMODAÇÃO

ANS Nº 485.723/20-2

R\$ 186,02

R\$ 246,10

R\$ 281,05

R\$ 313,93

R\$ 330,57

R\$ 371,56

R\$ 455,16

R\$ 632,67

R\$ 854,10

R\$ 1.110,33

AMB+HOSP+OBS

ENFERMARIA

ANS Nº 485.704/20-6

R\$ 268,62

R\$ 354,58

R\$ 407,77

R\$ 456,70

R\$ 479,54

R\$ 541,88

R\$ 661,09

R\$ 912,30

R\$ 1.231,61

R\$ 1.601,09

AMB+HOSP+OBS

APARTAMENTO

ANS Nº 485.715/20-1

R\$ 398,79

R\$ 526,40

R\$ 605,36

R\$ 678,00

R\$ 711,90

R\$ 804,45

R\$ 981,43

R\$ 1.354,37

R\$ 1.828,40

R\$ 2.376,92

PARAUAPEBAS

NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO| SAÚDE + ODONTO

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBS	AMB+HOSP+OBS
	SEM ACOMODAÇÃO ANS Nº 485.755/20-1	ENFERMARIA ANS Nº 485.705/20-4	APARTAMENTO ANS Nº 485.716/20-0
	R\$ 120,80	R\$ 235,99	R\$ 343,63
	R\$ 158,76	R\$ 304,87	R\$ 446,95
	R\$ 180,84	R\$ 347,49	R\$ 510,88
	R\$ 201,62	R\$ 386,69	R\$ 569,70
	R\$ 212,14	R\$ 404,99	R\$ 597,15
	R\$ 238,04	R\$ 454,93	R\$ 672,08
	R\$ 290,86	R\$ 550,45	R\$ 815,37
	R\$ 403,03	R\$ 751,73	R\$ 1.117,33
	R\$ 542,95	R\$ 1.007,57	R\$ 1.501,13
	R\$ 704,85	R\$ 1.303,62	R\$ 1.945,24

PARAUAPEBAS

NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO| SAÚDE

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA	AMBULATORIAL	AMB+HOSP+OBS	AMB+HOSP+OBS
	SEM ACOMODAÇÃO ANS Nº 485.755/20-1	ENFERMARIA ANS Nº 485.705/20-4	APARTAMENTO ANS Nº 485.716/20-0
	R\$ 121,80	R\$ 236,99	R\$ 344,63
	R\$ 161,14	R\$ 312,83	R\$ 454,91
	R\$ 184,02	R\$ 359,75	R\$ 523,15
	R\$ 205,55	R\$ 402,92	R\$ 585,93
	R\$ 216,44	R\$ 423,07	R\$ 615,23
	R\$ 243,28	R\$ 478,07	R\$ 695,21
	R\$ 298,02	R\$ 583,25	R\$ 848,16
	R\$ 414,25	R\$ 804,89	R\$ 1.170,46
	R\$ 559,24	R\$ 1.086,60	R\$ 1.580,12
	R\$ 727,01	R\$ 1.412,58	R\$ 2.054,16

PARAUAPEBAS

NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL | SAÚDE

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA	AMBULATORIAL SEM ACOMODAÇÃO ANS N° 485.755/20-1	AMB+HOSP+OBS ENFERMARIA ANS N° 485.705/20-4	AMB+HOSP+OBS APARTAMENTO ANS N° 485.716/20-0
	R\$ 188,39	R\$ 310,15	R\$ 454,83
	R\$ 248,19	R\$ 402,75	R\$ 593,73
	R\$ 282,97	R\$ 460,05	R\$ 679,68
	R\$ 315,70	R\$ 512,76	R\$ 758,75
	R\$ 332,26	R\$ 537,36	R\$ 795,64
	R\$ 373,05	R\$ 604,52	R\$ 896,38
	R\$ 456,26	R\$ 732,94	R\$ 1.089,01
	R\$ 632,93	R\$ 1.003,57	R\$ 1.494,94
	R\$ 853,31	R\$ 1.347,55	R\$ 2.010,91
	R\$ 1.108,33	R\$ 1.745,60	R\$ 2.607,95

PARAUAPEBAS

NOSSO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL | SAÚDE

ABRANGÊNCIA MUNICIPAL

FAIXA ETÁRIA	AMBULATORIAL SEM ACOMODAÇÃO AANS N° 485.755/20-1	AMB+HOSP+OBS ENFERMARIA ANS N° 485.705/20-4	AMB+HOSP+OBS APARTAMENTO ANS N° 485.716/20-0
	R\$ 189,39	R\$ 185,13	R\$ 189,39
	R\$ 250,56	R\$ 244,93	R\$ 250,56
	R\$ 286,14	R\$ 279,71	R\$ 286,14
	R\$ 319,62	R\$ 312,44	R\$ 319,62
	R\$ 336,56	R\$ 329,00	R\$ 336,56
	R\$ 378,29	R\$ 369,79	R\$ 378,29
	R\$ 463,41	R\$ 453,00	R\$ 463,41
	R\$ 644,14	R\$ 629,67	R\$ 644,14
	R\$ 869,59	R\$ 850,05	R\$ 869,59
	R\$ 1.130,47	R\$ 1.105,07	R\$ 1.130,47



COPARTICIPAÇÃO

BELÉM

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO | TOTAL

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO
Consultas eletivas	R\$ 23,53
Consultas Urgência	R\$ 40,39
Exames simples	R\$ 42,40
Exames complexos	R\$ 106,00
Terapias Neurológicas	R\$ 73,03
Demais Terapias	R\$ 22,47

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

BELÉM

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO | PARCIAL

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO
Terapias Neurológicas Especias	R\$ 73,03
Demais Terapias	R\$ 22,47

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

PARAUAPEBAS

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO I TOTAL

PROCEDIMENTO

COPARTICIPAÇÃO

Consultas eletivas	R\$ 23,53
Consultas Urgência	R\$ 40,39
Exames simples	R\$ 42,40
Exames complexos	R\$ 106,00
Terapias Neurológicas	R\$ 73,03
Demais Terapias	R\$ 22,47

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

PARAUAPEBAS

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO I PARCIAL

PROCEDIMENTO

COPARTICIPAÇÃO

Terapias Neurológicas Especiais	R\$ 73,03
Demais Terapias	R\$ 22,47

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

COBERTURA

PRAZO

Internação Psiquiátrica

50% a partir do 31º dia de internação



ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

- Belém/PA
- Ananindeua/PA
- Parauapebas/PA
- Curionópolis/PA

A Área de Atuação consta definida na Proposta de Contratação, de acordo com o produto contratualizado.



ENTIDADES DE CLASSE



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDANTES

Serão aceitos estudantes do Ensino Fundamental ou Médio a partir de 05 anos que estejam devidamente matriculados em uma instituição de ensino regularizada pelo MEC.

Documentação:

- Documento de identificação
- Comprovante de vínculo com o titular
- Cartão nacional de saúde
- Declaração de Escolaridade

Dependentes:

- Pai e Mãe
- Irmãos

Taxa Associativa: R\$ 5,00



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS,
TÉCNICO E PRÉ-VESTIBULAR

Serão aceitos beneficiários a partir de 18 anos que estejam devidamente matriculados em uma instituição regularizada pelo MEC.

Documentação:

- Documento de identificação
- Comprovante de vínculo com o titular
- Cartão nacional de saúde.
- Comprovante de matrícula do semestre atual ou boleto bancário ou carteirinha do semestre.

Dependente

- Pai e Mãe
- Cônjuge/Companheiro
- Filhos (as) ou Enteados (as) até 24 anos
- Filhos inválidos de qualquer idade

Taxa Associativa: R\$ 5,00

Serão admitidos como beneficiários titulares para contratação todos os profissionais estabelecidos como consultores de serviços, profissionais liberais e especializados, taxativamente, nas profissões abaixo listadas:

- Advogados
- Arquitetos
- Auditores
- Urbanistas
- Administradores
- Analistas
- Contabilistas
- Publicitário
- Designer Gráfico
- Biomédicos
- Enfermeiros
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Técnicos em Laboratórios e análises clínicas
- Dentistas
- Protéticos
- Veterinários
- Nutricionistas
- Fisioterapeutas
- Acupunturista
- Psicólogos
- Psicoterapeutas
- Corretores devidamente registrados na SUSEP
- Corretores devidamente registrados no CRECI
- Pedagogos.

Diretores ou Funcionários de escolas públicas e privadas, babás, cuidadores de crianças, idosos e caseiros.

Taxa Associativa: R\$ 5,00



ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO

Servidores públicos municipais, estaduais e federais.

Documentação:

- Documento de identificação
- Comprovante de vínculo com o titular
- Cartão nacional de saúde
- Contra-cheque

Dependente

- Cônjuge/Companheiro.
- Filhos (as), Enteados (as), Netos (as), Bisnetos (as), Sobrinhos (as) até 24 anos.
- Pai e Mãe.
- Avô, avó, irmão (as), tia e tio.
- Os dependentes poderão ter vínculo familiar com o beneficiário titular e/ou cônjuge do beneficiário.



CARÊNCIAS

COBERTURAS

CARÊNCIA PROMOCIONAL

Urgência/Emergência	24h
Consultas e Exames Simples	24h
Raio X Simples (Radiografia não contrastada)	30 dias
Eletrocardiograma	30 dias
Exames Especiais	90 dias
Terapias	180 dias
Internações	180 dias
Parto	300 dias

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

COBERTURAS

PRAZO

CPT	24 meses
-----	----------

- Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de Doença(s) ou Lesão(ões) Preexistente(s) - DLP, que é aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução, ou sendo estas detectadas por meio da perícia médica, haverá a aplicação pela(s) Operadora (s) da Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou à lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

CRITÉRIOS

- Segmentação assistencial equivalente ou superior
- Acomodação equivalente ou superior
- Advindo de operadora congênere

RELAÇÃO DE OPERADORAS CONGÊNERES

- AMIL
- Bradesco
- Seguros Unimed
- Unimed Nacional (CNU)
- Sulamérica
- Unimed
- Aurora Saúde



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