



10%

DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA NOTREDAME
RIO DE JANEIRO

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL HAPVIDA NDI - AFFIX EMPRESAS
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS/CONTRATANTE: AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.
PLANO COM SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
TODAS AS COBERTURAS DA LEI Nº 9.656/98.



TABELA

LINHA SMART

| COPARTICIPAÇÃO | | TOTAL | | PARCIAL | |
|--|---|------------------------|---|------------------------|------------|
| PLANO | SMART 150 GRANDE RIO CE CP ENF | SMART RIO CE CP ENF | SMART 150 GRANDE RIO CE CP ENF | SMART RIO CE CP ENF | |
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia | | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia | | |
| ABRANGÊNCIA | Grupo Municípios | | Grupo Municípios | | |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Enfermaria | Enfermaria | Apartamento | |
| CÓDIGO ANS | 490.621/21-7 | 497.299/23-6 | 490.621/21-7 | 497.299/23-6 | |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 | R\$ 102,67 | R\$ 102,67 | R\$ 121,27 | R\$ 121,27 |
| | 19 a 23 | R\$ 139,43 | R\$ 139,43 | R\$ 164,68 | R\$ 164,68 |
| | 24 a 28 | R\$ 153,38 | R\$ 153,38 | R\$ 181,15 | R\$ 181,15 |
| | 29 a 33 | R\$ 167,18 | R\$ 167,18 | R\$ 197,45 | R\$ 197,45 |
| | 34 a 38 | R\$ 169,68 | R\$ 169,68 | R\$ 200,42 | R\$ 200,42 |
| | 39 a 43 | R\$ 178,17 | R\$ 178,17 | R\$ 210,44 | R\$ 210,44 |
| | 44 a 48 | R\$ 252,46 | R\$ 252,46 | R\$ 298,19 | R\$ 298,19 |
| | 49 a 53 | R\$ 340,82 | R\$ 340,82 | R\$ 402,55 | R\$ 402,55 |
| | 54 a 58 | R\$ 408,98 | R\$ 408,98 | R\$ 483,06 | R\$ 483,06 |
| | + de 59 | R\$ 615,92 | R\$ 615,92 | R\$ 727,48 | R\$ 727,48 |
| INCLUSO HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CE OD 495.614/23-1 | | | | | |

10%
DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES

TABELA
SEM DESCONTO.
APLICAR CONDIÇÃO
SOMENTE ATÉ
AS VIGÊNCIAS
DE SET/26.



TABELA

LINHA ADVANCE COM REEMBOLSO TOTAL

| COPARTICIPAÇÃO | | TOTAL | | | |
|----------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| PLANO | ADVANCE 600 | ADVANCE 600 | ADVANCE 700 | ADVANCE 700 | |
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia | | | | |
| ABRANGÊNCIA | Nacional | | | | |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento | |
| CÓDIGO ANS | 474.439/15-0 | 474.438/15-1 | 474.341/15-5 | 474.340/15-7 | |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 | R\$ 233,17 | R\$ 258,82 | R\$ 286,10 | R\$ 317,58 |
| | 19 a 23 | R\$ 272,81 | R\$ 302,82 | R\$ 334,73 | R\$ 371,56 |
| | 24 a 28 | R\$ 332,82 | R\$ 369,43 | R\$ 408,37 | R\$ 453,31 |
| | 29 a 33 | R\$ 399,39 | R\$ 443,32 | R\$ 490,05 | R\$ 543,97 |
| | 34 a 38 | R\$ 419,36 | R\$ 465,50 | R\$ 514,56 | R\$ 571,18 |
| | 39 a 43 | R\$ 461,30 | R\$ 512,04 | R\$ 566,01 | R\$ 628,29 |
| | 44 a 48 | R\$ 576,62 | R\$ 640,06 | R\$ 707,52 | R\$ 785,37 |
| | 49 a 53 | R\$ 697,18 | R\$ 773,87 | R\$ 855,44 | R\$ 949,56 |
| | 54 a 58 | R\$ 872,06 | R\$ 967,99 | R\$ 1.070,01 | R\$ 1.187,75 |
| | + de 59 | R\$ 1.387,45 | R\$ 1.540,08 | R\$ 1.702,41 | R\$ 1.889,73 |

INCLUSO HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CE OD 495.614/23-1

| COPARTICIPAÇÃO | | PARCIAL | | | |
|----------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| PLANO | ADVANCE 600 | ADVANCE 600 | ADVANCE 700 | ADVANCE 700 | |
| SEGMENTAÇÃO | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia | | | | |
| ABRANGÊNCIA | Nacional | | | | |
| ACOMODAÇÃO | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento | |
| CÓDIGO ANS | 474.439/15-0 | 474.438/15-1 | 474.341/15-5 | 474.340/15-7 | |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 | R\$ 310,89 | R\$ 345,07 | R\$ 381,45 | R\$ 423,42 |
| | 19 a 23 | R\$ 363,74 | R\$ 403,73 | R\$ 446,29 | R\$ 495,40 |
| | 24 a 28 | R\$ 443,76 | R\$ 492,54 | R\$ 544,47 | R\$ 604,38 |
| | 29 a 33 | R\$ 532,51 | R\$ 591,06 | R\$ 653,37 | R\$ 725,26 |
| | 34 a 38 | R\$ 559,15 | R\$ 620,62 | R\$ 686,05 | R\$ 761,53 |
| | 39 a 43 | R\$ 615,05 | R\$ 682,68 | R\$ 754,65 | R\$ 837,68 |
| | 44 a 48 | R\$ 768,82 | R\$ 853,35 | R\$ 943,32 | R\$ 1.047,11 |
| | 49 a 53 | R\$ 929,56 | R\$ 1.031,76 | R\$ 1.140,54 | R\$ 1.266,03 |
| | 54 a 58 | R\$ 1.162,73 | R\$ 1.290,56 | R\$ 1.426,62 | R\$ 1.583,59 |
| | + de 59 | R\$ 1.849,92 | R\$ 2.053,30 | R\$ 2.269,78 | R\$ 2.519,52 |

INCLUSO HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CE OD 495.614/23-1



TABELA

DE REEMBOLSO TOTAL

| PROCEDIMENTOS | REEMBOLSO TOTAL ADVANCE 600 / 700 |
|--|--------------------------------------|
| Consultas | R\$ 75,00 |
| Fisioterapia | R\$ 19,03 |
| Hemograma com contagem de plaquetas ou frações | R\$ 9,32 |
| Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia | R\$ 19,03 |
| Sessão de psicoterapia individual | R\$ 59,38 |
| Parto (Via vaginal) | R\$ 1.000,00 |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Internações na rede credenciada.

10%
DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES

TABELA
SEM DESCONTO.
APLICAR CONDIÇÃO
SOMENTE ATÉ
AS VIGÊNCIAS
DE SET/26.



TABELA

LINHA ADVANCE COM REEMBOLSO PARCIAL

| COPARTICIPAÇÃO | | TOTAL | | | |
|----------------|-------------|---|--------------|--------------|--------------|
| PLANO | ADVANCE 600 | ADVANCE 600 | ADVANCE 700 | ADVANCE 700 | |
| SEGMENTAÇÃO | | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia | | | |
| ABRANGÊNCIA | | Nacional | | | |
| ACOMODAÇÃO | | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | | 474.439/15-0 | 474.438/15-1 | 474.341/15-5 | 474.340/15-7 |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 | R\$ 224,67 | R\$ 249,38 | R\$ 255,66 | R\$ 283,97 |
| | 19 a 23 | R\$ 262,86 | R\$ 291,77 | R\$ 299,12 | R\$ 332,24 |
| | 24 a 28 | R\$ 320,69 | R\$ 355,96 | R\$ 364,92 | R\$ 405,33 |
| | 29 a 33 | R\$ 384,83 | R\$ 427,16 | R\$ 437,91 | R\$ 486,40 |
| | 34 a 38 | R\$ 404,08 | R\$ 448,52 | R\$ 459,81 | R\$ 510,73 |
| | 39 a 43 | R\$ 444,48 | R\$ 493,37 | R\$ 505,79 | R\$ 561,80 |
| | 44 a 48 | R\$ 555,60 | R\$ 616,71 | R\$ 632,24 | R\$ 702,25 |
| | 49 a 53 | R\$ 671,76 | R\$ 745,65 | R\$ 764,42 | R\$ 849,07 |
| | 54 a 58 | R\$ 840,27 | R\$ 932,68 | R\$ 956,17 | R\$ 1.062,05 |
| | + de 59 | R\$ 1.336,87 | R\$ 1.483,91 | R\$ 1.521,28 | R\$ 1.689,73 |

INCLUSO HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CE OD 495.614/23-1

| COPARTICIPAÇÃO | | PARCIAL | | | |
|----------------|-------------|---|--------------|--------------|--------------|
| PLANO | ADVANCE 600 | ADVANCE 600 | ADVANCE 700 | ADVANCE 700 | |
| SEGMENTAÇÃO | | Ambulatorial + Hospital com Obstetrícia | | | |
| ABRANGÊNCIA | | Nacional | | | |
| ACOMODAÇÃO | | Enfermaria | Apartamento | Enfermaria | Apartamento |
| CÓDIGO ANS | | 474.439/15-0 | 474.438/15-1 | 474.341/15-5 | 474.340/15-7 |
| FAIXA ETÁRIA | 0 a 18 | R\$ 299,55 | R\$ 332,51 | R\$ 340,88 | R\$ 378,38 |
| | 19 a 23 | R\$ 350,47 | R\$ 389,03 | R\$ 398,83 | R\$ 442,70 |
| | 24 a 28 | R\$ 427,57 | R\$ 474,62 | R\$ 486,56 | R\$ 540,09 |
| | 29 a 33 | R\$ 513,09 | R\$ 569,55 | R\$ 583,88 | R\$ 648,12 |
| | 34 a 38 | R\$ 538,75 | R\$ 598,03 | R\$ 613,08 | R\$ 680,53 |
| | 39 a 43 | R\$ 592,62 | R\$ 657,83 | R\$ 674,39 | R\$ 748,57 |
| | 44 a 48 | R\$ 740,78 | R\$ 822,29 | R\$ 842,99 | R\$ 935,72 |
| | 49 a 53 | R\$ 895,65 | R\$ 994,20 | R\$ 1.019,23 | R\$ 1.131,36 |
| | 54 a 58 | R\$ 1.120,32 | R\$ 1.243,59 | R\$ 1.274,89 | R\$ 1.415,14 |
| | + de 59 | R\$ 1.782,44 | R\$ 1.978,56 | R\$ 2.028,37 | R\$ 2.251,51 |

INCLUSO HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM CE OD 495.614/23-1



TABELA

DE REEMBOLSO PARCIAL

| PROCEDIMENTOS | REEMBOLSO TOTAL ADVANCE 600 / 700 |
|--|--------------------------------------|
| Consultas | R\$ 75,00 |
| Fisioterapia | - |
| Hemograma com contagem de plaquetas ou frações | - |
| Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia | - |
| Sessão de psicoterapia individual | - |
| Parto (Via vaginal) | - |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Internações na rede credenciada.

10%
DESCONTO
NAS 3 PRIMEIRAS
MENSALIDADES

TABELA
SEM DESCONTO.
APLICAR CONDIÇÃO
SOMENTE ATÉ
AS VIGÊNCIAS
DE SET/26.



TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO TOTAL SMART 150 GRANDE RIO | COPARTICIPAÇÃO TOTAL SMART 200 RIO | COPARTICIPAÇÃO TOTAL ADVANCE 600 / 700 |
|-----------------------|--|---------------------------------------|---|
| Consultas Eletivas | Valor fixo R\$ 43,63 | 30% limitado a R\$ 30,00 | Valor fixo R\$ 62,75 |
| Consultas de Urgência | Valor fixo R\$ 61,82 | 40% limitado a R\$ 80,00 | Valor fixo R\$ 78,84 |
| Exames Simples | 40% limitado a R\$ 51,52 | 30% limitado a R\$ 20,00 | 40% limitado a R\$ 70,20 |
| Exames Complexos | 40% limitado a R\$ 125,93 | 30% limitado a R\$ 100,00 | 40% limitado a R\$ 162,01 |
| Terapias Especiais | Valor fixo R\$ 78,87 | 40% limitado a R\$ 40,00 | Valor fixo R\$ 85,22 |
| Demais Terapias | Valor fixo R\$ 42,47 | 40% limitado a R\$ 40,00 | Valor fixo R\$ 50,87 |
| Internações | Valor fixo R\$ 211,80 | Valor fixo R\$ 185,00 | Valor fixo R\$ 354,90 |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Internações na rede credenciada.

| PROCEDIMENTOS | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SMART 150 GRANDE RIO | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SMART 200 RIO | COPARTICIPAÇÃO PARCIAL ADVANCE 600 / 700 |
|-----------------------|--|---|---|
| Consultas Eletivas | - | - | - |
| Consultas de Urgência | - | - | - |
| Exames Simples | - | - | - |
| Exames Complexos | - | - | - |
| Terapias Especiais | Valor fixo R\$ 78,87 | 40% limitado a R\$ 40,00 | Valor fixo R\$ 78,87 |
| Demais Terapias | Valor fixo R\$ 42,47 | 40% limitado a R\$ 40,00 | Valor fixo R\$ 42,47 |
| Internações | - | - | - |

Obs.: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.
Internações na rede credenciada.



VANTAGENS

PARA EMPRESA

- Não necessita pagar integralmente ou parte o plano de saúde, pois o pagamento é feito pelo(a) beneficiário(a) titular.
- Não tem nenhuma responsabilidade (conferência de fatura, desconto em folha, pagamento, etc.), pois a cobrança será direta ao(à) beneficiário(a) titular.
- Aumento da produtividade, redução do absenteísmo e maior satisfação do funcionário com a empresa.
- Não é necessário formar um grupo mínimo para adesão ao plano, ou seja, podem entrar quantos funcionário(a)s desejarem.

PARA FUNCIONÁRIO (TITULAR)

- Oportunidade de adquirir um plano de saúde com custo significativamente inferior ao de mercado (plano individual).
- Oportunidade de garantir a saúde, melhorar a qualidade de vida, aumentar a produtividade gerando maior chance de empregabilidade.



EMPRESAS QUE PODEM ADERIR

EMPRESAS DE TODOS OS TAMANHOS, DESDE QUE:

- a) Estejam ativas na Receita Federal, independente da data de abertura, exceto MEI, que precisa estar ativo por mais de 6 meses (de acordo com a RN 557 da ANS) na data de assinatura do Termo de Adesão Affix.
- b) O TERMO DE ADESÃO AFFIX e documentos necessários tenham sido recebidos e aprovados, respeitados os prazos do quadro no verso.
- c) Não tenham contrato ativo no Hapvida.



QUEM PODE ADERIR

Poderão aderir a este produto: sócios, funcionários, administradores de empresa (estatutários), trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes das empresas.



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

EMPRESA

- Cópia do Contrato Social ou Requerimento Empresarial ou Declaração de Firma Individual (MEI);
- Para inclusões acima de 14 funcionários, enviar GFIP completa;
- Cópia do Cartão CNPJ;
- Cópia do RG e CPF ou CNH do sócio;
- Termo de Adesão Affix.
- Para inclusões acima de 29 beneficiários, enviar GFIP completa assinada pelo sócio, independente da inclusão de todos os funcionários.

TITULAR SÓCIO

- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Cópia do contrato social ou requerimento de empresário ou declaração de firma individual (MEI).
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

ADMINISTRADORES DA EMPRESA (ESTATUTÁRIOS)

- Comprovante de vínculo por procuração ou Contrato Social;
- Cópia do RG e CPF ou CNH;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

TITULAR FUNCIONÁRIO, ESTAGIÁRIOS, TRABALHADORES TEMPORÁRIOS E MENORES APRENDIZES

- Cópia do último contracheque ou cópia da última Guia do FGTS paga (GFIP) ou cópia da carteira profissional com as páginas da foto e do registro, tendo até 90 dias de contratado;
- Cópia de RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência para envio do boleto (últimos 90 dias) ou declaração de residência.
- Proposta de adesão preenchida e assinada.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento;
- Cópia do RG e CPF.

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio, assinatura de 02 (duas) testemunhas com reconhecimento de firma do titular e do(a) companheiro(a), ou escritura pública de união estável ou outros documentos diversos dos citados anteriormente, indicados pela Hapvida, que permitam a comprovação do convívio em comum de forma pública, duradoura e estável;
- Cópia do RG e CPF.

Filhos (as) naturais ou adotivos solteiros e netos, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) onde conste o nome de ambos os genitores e o RG de todos os ascendentes até que se comprove inequivocamente a relação de parentesco enunciada com o Titular e CPF obrigatório.

Enteados (as) até 24 anos incompletos

- Cópia da certidão de nascimento ou RG (a partir de 16 anos) associada à certidão de casamento ou escritura pública de união estável e CPF obrigatório.

Filhos(as) inválidos de qualquer idade

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

Os tutelados(as) e os menores sob guarda até 18 (dezoito) anos de idade incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia autenticada da Tutela/Guarda Judicial definitiva.

Os curatelados(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (a partir de 16 anos) e CPF obrigatório;
- Cópia autenticada da comprovação legal pertinente.

ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, afim de comprovar as informações prestadas na Proposta.
- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da Operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- 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 regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- A venda será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno até 90 (noventa) dias do cancelamento.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.
- A rede credenciada pode ser alterada a qualquer momento, seguindo as diretrizes normativas da ANS. Para consultar a rede completa e atualizada, acesse o site: www.gndi.com.br. A rede é disponibilizada de acordo com o plano contratado.



REAJUSTE

Mês do reajuste anual: **FEVEREIRO 2027**.



VIGÊNCIA

| VIGÊNCIA | VENCIMENTO |
|----------|-------------|
| Dia 01 | Todo dia 01 |



ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

REGIÃO ONDE A OPERADORA PODE VENDER O PLANO DE SAÚDE. PODE SER UM ÚNICO MUNICÍPIO, UM ESTADO OU, ATÉ MESMO, EM NÍVEL NACIONAL.

| PLANOS | CIDADES DE COMERCIALIZAÇÃO |
|-----------------------------|--|
| SMART 150 GRANDE RIO | RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti. |
| SMART 200 RIO | RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti. |
| ADVANCE 600 E 700 | Nacional. |



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A ÁREA DE ABRANGÊNCIA REFERE-SE À REGIÃO GEOGRÁFICA ONDE A OPERADORA DE SAÚDE SE COMPROMETE A GARANTIR A COBERTURA DOS SERVIÇOS CONTRATADOS PELO BENEFICIÁRIO, PODENDO SER UM ÚNICO MUNICÍPIO, GRUPO DE MUNICÍPIOS, ESTADO, GRUPO DE ESTADOS OU NACIONAL.

| PLANOS | CIDADES DE COMERCIALIZAÇÃO |
|-----------------------------|--|
| SMART 150 GRANDE RIO | RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti. |
| SMART 200 RIO | RJ - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti. |
| ADVANCE 600 E 700 | Nacional. |



CARÊNCIAS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

CARÊNCIAS PLANO DE SAÚDE

| PROCEDIMENTOS NORMAIS | CARÊNCIA CONTRATUAL | 1ª INCLUSÃO COM 2 A 29 VIDAS | 1ª INCLUSÃO ACIMA DE 30 VIDAS |
|---|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Urgência / Emergência | 24 horas | 24 horas | 24 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)), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG) | 30 dias | 24 horas | Imediato |
| 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 dias | 90 dias | Imediato |
| 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 dias | 180 dias | Imediato |
| Cobertura de partos a termo. | 300 dias | 300 dias | Imediato |

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

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

Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saibamos ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na “Declaração de Saúde” que acompanha esta Proposta. Havendo na “Declaração de Saúde” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

CARÊNCIAS PLANO ODONTOLÓGICO

| COBERTURA / PROCEDIMENTOS | INTERODONTO PREMIUM |
|--|---------------------|
| Atendimento de urgência e emergência. | 24 horas |
| Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações). | 60 dias |
| Demais casos, bem como inclusão de novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; ocorrida em data posterior à assinatura deste Contrato. | 180 dias |