



TABELA HAPVIDA
 PERCENTUAL DE REAJUSTE: 13,55% EM JANEIRO/2019
 Av. Domingos Olímpio 1589, Bairro Farias Brito, Fortaleza-CE
 CEP: 60.015-103. FONE (85) 3048.9964
 CNPJ: 07.074.792/0001-98- Inscrição Estadual: 06855361-7
 "NOSSA CAIXA"

	ENFERMARIA		APARTAMENTO	
NOSSO PLANO	DEPENDENTE	TITULAR	DEPENDENTE	TITULAR
IDADE/CÓDIGOS	5324/5313	5324/5313	5256/5314	5256/5314
00-49	130,70	135,70	213,36	218,36
50-59	197,85	202,85	265,79	270,79
60-69	392,10	397,10	640,12	645,12
70	636,03	641,03	853,53	858,53
MIX	DEPENDENTE	TITULAR	DEPENDENTE	TITULAR
CÓDIGOS	5242/5311	5242/5311	5250/5312	5250/5312
00-49	232,67	237,67	312,78	317,78
50-59	289,96	294,96	390,13	395,13
60-69	698,03	703,03	938,40	943,40
70	930,75	935,75	1.251,18	1.255,18
CREENCIADO	DEPENDENTE	TITULAR	DEPENDENTE	TITULAR
CÓDIGOS	5228/5354	5228/5354	5364/5353	5364/5353
00-49	273,15	278,15	367,43	372,43
50-59	340,46	345,46	458,37	463,37
60-69	819,41	824,41	1.102,35	1.107,35
70	1.092,52	1.097,21	1.469,78	1.474,78
PLENO	DEPENDENTE	TITULAR	DEPENDENTE	TITULAR
CODIGOS	5127	5127	5266	5266
00-18	191,42	196,42	258,43	263,43
19-23	214,36	219,36	289,40	294,40
24-28	240,08	245,08	324,10	329,10
29-33	276,06	281,06	372,67	377,67
34-38	317,46	322,46	428,57	433,57
39-43	377,76	382,76	509,98	514,98
44-48	472,18	477,18	637,43	642,43
49-53	590,22	595,22	796,75	801,75
54-58	737,75	742,75	995,57	1.000,57
59	1.143,47	1.148,47	1.543,67	1.548,67
ODONTO +	27,59	3254.6407	98115.6492	98922.3644

E_MAIL: planos@cabemce.com.br/planodesaude@cabemce.com.br/ericolsana2013@gmail.com

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE.

IDENTIDADE MILITAR DO SÓCIO/ ÚLTIMO CONTRA- CHEQUE/COMP. DE ENDEREÇO COM CEP
 CERTIDÃO DE CASAMENTO OU UNIÃO ESTÁVEL+ RG + CPF PARA ESPOSA
 CERTIDÃO DE NASCIMENTO (FILHOS MENORES)+ RG + CPF
 FILHOS COM 18 A 24 ANOS SOMENTE COM A DECLARAÇÃO CURSANDO A FACULDADE .
 O PAGAMENTO É ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO BRADESCO/VENCIMENTO DIA 10/MÊS+ TX R\$ 3,14
 O HAPVIDA COBRA R\$ 11,00 POR PESSOA REF. TX. ADMINISTRATIVA
 DOCUMENTAÇÃO PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA: (GAMECE,CAMED, AMIL, UNIMEDE)DECLARAÇÃO
 CARIMBADA E ASSINADA + CARTEIRA DO PLANO + 03 ÚLTIMOS COMPROVANTES DE PAGAMENTO.