



**Plano Copass Completo
Dependente Familiar**

**PLANO COPASS DEPENDENTE FAMILIAR
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
ESCLARECIMENTOS, CONTRIBUIÇÃO E COPARTICIPAÇÃO**

- É um produto que está de acordo com o previsto na Lei nº 9656/98;
- Destinado aos pais (migrado do extinto plano Alto Risco) e aos filhos maiores de idade, independentemente do estado civil (casado ou solteiro), genro, nora e netos dos titulares dos Planos Ativos e Assistidos da Copass Saúde;
- Não é permitida inclusão de novos pais;
- Acomodação em apartamento standard com cobertura para parto;
- Produto com regime de preço pré-estabelecido e coparticipação do beneficiário quando da utilização de algum procedimento;
- Contribuição: valor mensal fixo em R\$ por faixa etária e por pessoa;

Tabela de Preços

Faixa Etária	Valores
0-18	R\$ 281,76
19-23	R\$ 422,65
24-28	R\$ 563,55
29-33	R\$ 566,36
34-38	R\$ 648,08
39-43	R\$ 704,42
44-48	R\$ 845,31
49-53	R\$ 1.127,07
54-58	R\$ 1.408,87
59+	R\$ 1.685,00



**Plano Copass Completo
Dependente Familiar**

Veja alguns exemplos de como ficará a contribuição:

a) Dependente Familiar, grupo de 3 pessoas:

Pai do titular – 80 anos - Valor da contribuição – R\$ 1.685,00

Mãe do titular – 72 anos – Valor da contribuição – R\$ 1.685,00

Filho solteiro – 33 anos – Valor da contribuição – R\$ 566,36

Valor da MensalidadeR\$ 3.936,36

b) Dependente Familiar, grupo de 4 pessoas:

Pai do titular – 70 anos - Valor da contribuição – R\$ 1.685,00

Mãe do titular – 58 anos – Valor da contribuição – R\$ 1.408,87

Filho solteiro – 26 anos – Valor da contribuição – R\$ 563,55

Neto(a) – 03 anos – Valor da contribuição – R\$ 281,76

Valor da Mensalidade.....R\$ 3.939,18

c) Dependente Familiar, grupo de 3 pessoas:

Filho casado – 30 anos – Valor da contribuição – R\$ 566,36

Nora – 28 anos – Valor da contribuição – R\$ 563,55

Neto – 06 anos - Valor da contribuição – R\$ 281,76

Valor da Mensalidade.....R\$ 1.411,67

d) Dependente Familiar, grupo de 1 nora:

Genro – 39 anos – Valor da contribuição – R\$ 704,42

Valor da MensalidadeR\$ 704,42



Plano Copass Completo Dependente Familiar

COBRANÇA E FORMAS DE PAGAMENTO

Fluxo de Cobrança Inicial (Pró-Rata)

Caso a adesão seja formalizada no meio do mês (Exemplo: 21/01/2026), a primeira cobrança será emitida de forma consolidada, abrangendo duas competências:

- ⇒ Cobrança Pró-Rata (Janeiro/2026): Valor proporcional correspondente aos dias de cobertura (Exemplo: 10 dias de 21/01/2026 a 31/01/2026).
- ⇒ Cobrança Integral (Fevereiro/2026): Mensalidade integral referente ao mês (competência de fevereiro).

A composição das cobranças reflete a integralidade do período de cobertura fornecido. A partir do ciclo seguinte, a cobrança será normalizada, seguindo o fluxo mensal padrão.

COPARTICIPAÇÃO POR UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

A coparticipação do beneficiário é cobrada em parcela única, quando da utilização de algum procedimento, nos seguintes percentuais:

Tipo de Procedimento	Percentual / Valor	Limite
Consultas e Vacinas	30%	Não há
Exames e Terapias	30%	Limitado a R\$ 221,74 por procedimento
Internação Hospitalar (Evento)	R\$ 250,00	R\$ 250,00 fixos por evento, independente do prazo e valor total
Consulta em Pronto Socorro	30%	Caso o atendimento ocorra em dias úteis das 19:00 às 07:00, Sábados, Domingos e Feriados, haverá acréscimo de 30% no valor do honorário médico.



Plano Copass Completo Dependente Familiar

Regras Específicas para Internação Psiquiátrica

A coparticipação incide sobre o valor dos serviços utilizados somente após ultrapassar 30 dias de internação (contínuos ou não, por ano de adesão), de acordo com os seguintes percentuais não cumulativos:

- **Até o 30º dia:** 0%
- **Entre o 31º e o 60º dia:** 25%
- **A partir do 61º dia:** 50%

1º Exemplo:

Procedimentos realizados	Valor R\$	Coparticipação	Valor a ser pago
Consulta médica em consultório	R\$ 122,00	30%	R\$ 36,60
Exame de urina rotina	R\$ 12,61	30%	R\$ 3,78
Exame de sangue glicose	R\$ 5,89	30%	R\$ 1,77
Hemograma	R\$ 13,08	30%	R\$ 3,92
Valor total:	R\$ 153,58	Coparticipação:	R\$ 46,07

Consulta médica em pronto socorro tem acréscimo de 30% no valor, conforme a seguir:

- Dias úteis de 19:00 às 07:00;
- Sábados, domingos e feriados

2º Exemplo:

Procedimentos realizados	Valor R\$	Coparticipação	Valor a ser pago
Consulta médica em consultório	R\$ 122,00	30%	R\$ 36,60



**Plano Copass Completo
Dependente Familiar**

Ressonância magnética do tórax	R\$ 876,68	30%	R\$ 263,00 (limitado a R\$ 221,74 por exame)
Valor total:	R\$ 998,68	Coparticipação:	R\$ 258,34
Internação Hospitalar de 3 (três) dias	R\$ 1.500,00 – coparticipação de R\$ 250,00		
Internação Hospitalar de 7 (sete) dias	R\$ 20.000,00 – coparticipação de R\$ 250,00		

3º Exemplo:

Procedimentos realizados	Valor R\$	Coparticipação	Valor a ser pago
Consulta médica em consultório	R\$ 122,00	30%	R\$ 36,60
Sessões de fisioterapia	R\$ 31,23 (cada sessão – valor médio) 10 sessões: R\$ 312,30	30%	R\$ 9,37 (cada sessão – valor médio) 10 sessões: R\$ 93,69
Valor total:	R\$ 434,30	Coparticipação:	R\$ 130,29



Plano Copass Completo Dependente Familiar

FORMA DE PAGAMENTO

Grupo de Beneficiários	Forma Padrão de Pagamento	Regra de Exceção (Boleto)
Empregados Ativos	Folha de Pagamento (FOPAG)	Boleto complementar em caso de saldo insuficiente (integral ou parcial)
Aposentados/Pensionistas (Libertas)	Folha de Pagamento (Libertas)	Boleto complementar em caso de saldo insuficiente (integral ou parcial)
Outros Beneficiários (Padrão)	Boleto (Padrão)	Recebimento por e-mail, SMS e Correspondência

Detalhe do Boleto: O boleto é enviado pelo Mercantil através do e-mail: nao.responder@mercantil.com.br. Para abri-lo, é necessário inserir os 6 primeiros dígitos do CPF do responsável financeiro. Verifique a caixa de SPAM caso não localize o e-mail.

CANAIS DE ACESSO E COMUNICAÇÃO

Aproveitamos para convidá-lo(a) a acessar o sistema da COPASS SAÚDE, onde é possível acompanhar sua ficha financeira, consultar o extrato de utilização, acompanhar cobranças, entre outras funcionalidades.

Acesse: www.copass-saude.org.br

Login: CPF do titular

Senha: conforme cadastro realizado

Aplicativo: COPASS SAÚDE

Whatsapp: (31) 3298-5800



**Plano Copass Completo
Dependente Familiar**