



**TABELA DE VENDAS - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR
BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC**
Para contratos assinados de 01/10/2025 a 31/12/2025

ANS - nº 34.078-2

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL				REFERÊNCIA	PLANOS ODONTOLÓGICOS			
COPART	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO			
	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	VALOR PROMO			
REGISTRO ANS	498.223/24-1		498.223/24-1		498.216/24-9		495.608/23-7	
CÓD. INTERNO	34411	34410	24748	24607	24627	20868		
00 a 18 anos	R\$ 213,69	R\$ 218,54	R\$ 170,94	R\$ 175,79	R\$ 552,68	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
19 a 23 anos	R\$ 282,71	R\$ 289,13	R\$ 226,15	R\$ 232,57	R\$ 672,06	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
24 a 28 anos	R\$ 322,85	R\$ 330,19	R\$ 258,26	R\$ 265,59	R\$ 840,08	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
29 a 33 anos	R\$ 360,62	R\$ 368,82	R\$ 288,48	R\$ 296,66	R\$ 888,80	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
34 a 38 anos	R\$ 379,73	R\$ 388,37	R\$ 303,77	R\$ 312,38	R\$ 955,10	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
39 a 43 anos	R\$ 426,82	R\$ 436,53	R\$ 341,44	R\$ 351,12	R\$ 1.021,38	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
44 a 48 anos	R\$ 522,85	R\$ 534,75	R\$ 418,26	R\$ 430,12	R\$ 1.297,56	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
49 a 53 anos	R\$ 726,76	R\$ 743,30	R\$ 581,38	R\$ 597,87	R\$ 1.742,10	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
54 a 58 anos	R\$ 981,13	R\$ 1.003,46	R\$ 784,86	R\$ 807,12	R\$ 2.186,68	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.275,47	R\$ 1.304,50	R\$ 1.020,32	R\$ 1.049,26	R\$ 2.631,45	R\$ 3,85	R\$ 19,25	

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

REGISTRO ANS	498.223/24-1	498.216/24-9	495.608/23-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	21,60%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	25,00%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	5,80%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	7,46%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	6,94%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	27,04%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	34,26%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	25,52%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	20,34%	0,00%

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		COPARTICIPAÇÃO TOTAL
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 41,95
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 59,44
Exames Simples	-	-	40,00% Limitado a R\$ 49,54
Exames Complexos	-	-	40,00% Limitado a R\$ 121,09
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 75,84	Valor fixo R\$ 75,84
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 40,84	Valor fixo R\$ 40,84

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
- Assistência Médica 2: Plano de assistência médica sem desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, de 02 (duas) vidas poderão sofrer desconto de até 10% (dez por cento) no valor de sua mensalidade, de 03 (três) vidas poderão sofrer desconto de até 15% (quinze por cento) no valor de sua mensalidade, e de a partir de 04 (quatro) vidas poderão sofrer desconto de até 20% (vinte por cento) no valor de sua mensalidade, no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano - Ambulatorial" e "Referência" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos

Atenção!

- Na tabela acima à direita estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.
- Para os descontos do Plano Familiar, só será considerada a quantidade de beneficiários inscritos no ato da contratação. Casa haja inclusões posteriores à contratação, não haverá incidência de novo desconto. Caso haja cancelamento posterior à contratação e que faça o contrato não se classificar mais no grupo de desconto, o mesmo será reduzido ou até mesmo deixará de ser aplicado.
- **O PLANO AMBULATORIAL NÃO COBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA.**

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 495.608/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 404.381/99-2, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO	R\$ 25,00

REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"

1. No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.
2. O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2" do respectivo produto.
3. Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.
4. Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 404.381/99-2).

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância no campo abaixo indicado:

() Ciente dos termos da Promoção "Saúde Integral", manifesto interesse em minha adesão.

CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância nos campos abaixo indicados:

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Especiais e Demais Terapias, informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo nos grupos de procedimentos informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

() Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

**TABELA DE VENDAS - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR
LONDRINA - PR**

ANS - nº 34.078-2

Para contratos assinados de 01/10/2025 a 31/12/2025

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL						REFERÊNCIA	PLANOS ODONTOLÓGICOS		
COPART	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA	SEM COPARTICIPAÇÃO		
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO								
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2			VALOR PROMO		
REGISTRO ANS	498.223/24-1			498.223/24-1		404.381/99-2	495.608/23-7		
CÓD. INTERNO	34411	34410	24748	24607		19998	20868		
00 a 18 anos	R\$ 160,86	R\$ 165,71	R\$ 128,69	R\$ 133,54	R\$ 552,68	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
19 a 23 anos	R\$ 212,82	R\$ 219,23	R\$ 170,26	R\$ 176,67	R\$ 672,06	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
24 a 28 anos	R\$ 243,04	R\$ 250,36	R\$ 194,44	R\$ 201,76	R\$ 840,08	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
29 a 33 anos	R\$ 271,48	R\$ 279,65	R\$ 217,19	R\$ 225,37	R\$ 888,80	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
34 a 38 anos	R\$ 285,87	R\$ 294,47	R\$ 228,70	R\$ 237,31	R\$ 955,10	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
39 a 43 anos	R\$ 321,32	R\$ 330,98	R\$ 257,06	R\$ 266,74	R\$ 1.021,38	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
44 a 48 anos	R\$ 393,62	R\$ 405,45	R\$ 314,90	R\$ 326,76	R\$ 1.297,56	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
49 a 53 anos	R\$ 547,13	R\$ 563,58	R\$ 437,71	R\$ 454,20	R\$ 1.742,10	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
54 a 58 anos	R\$ 738,63	R\$ 760,83	R\$ 590,91	R\$ 613,17	R\$ 2.186,68	R\$ 3,85	R\$ 19,25		
59 ANOS OU MAIS	R\$ 960,22	R\$ 989,08	R\$ 768,18	R\$ 797,12	R\$ 2.631,45	R\$ 3,85	R\$ 19,25		

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

REGISTRO ANS	498.223/24-1	404.381/99-2	495.608/23-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	21,60%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	25,00%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	5,80%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	7,46%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	6,94%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	27,04%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	34,26%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	25,52%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	20,34%	0,00%

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO TOTAL
Consultas Eletivas	-	- Valor fixo R\$ 41,95
Consultas de Urgência	-	- Valor fixo R\$ 59,44
Exames Simples	-	40,00% Limitado a R\$ 49,54
Exames Complexos	-	40,00% Limitado a R\$ 121,09
Terapias Especiais	- Valor fixo R\$ 75,84	- Valor fixo R\$ 75,84
Demais Terapias	- Valor fixo R\$ 40,84	- Valor fixo R\$ 40,84

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO	R\$ 25,00

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 404.381/99-2, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
- Assistência Médica 2: Plano de assistência médica sem desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano - Ambulatorial" e "Referência" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos

Atenção!

- Na tabela acima à direita estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

- O PLANO AMBULATORIAL NÃO COBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 495.608/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

LONDRINA - PR, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"

1. No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.
2. O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2º" do respectivo produto.
3. Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.
4. Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 404.381/99-2).

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância no campo abaixo indicado:

() Ciente dos termos da Promoção "Saúde Integral", manifesto interesse em minha adesão.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

() Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância nos campos abaixo indicados:

- () Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Especiais e Demais Terapias, informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo nos grupos de procedimentos informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Ciente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

LONDRINA - PR, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado



**TABELA DE VENDAS - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR
CURITIBA - PR**

Para contratos assinados de 01/10/2025 a 31/12/2025

ANS - nº 34.078-2

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL						REFERÊNCIA	PLANOS ODONTOLÓGICOS		
COPART	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		ENFERMARIA	SEM COPARTICIPAÇÃO		
	SEM ACOMODAÇÃO			SEM ACOMODAÇÃO			-		
ACOMODAÇÃO									
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2		Médica 1	Médica 2	-	VALOR PROMO		
REGISTRO ANS	498.223/24-1			498.223/24-1		404.381/99-2	495.608/23-7		
CÓD. INTERNO	34411		34410		24748	24607	19998	20868	
00 a 18 anos	R\$ 189,14	R\$ 189,14	R\$ 193,99	R\$ 151,31	R\$ 156,16	R\$ 552,68	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
19 a 23 anos	R\$ 250,23	R\$ 250,23	R\$ 256,65	R\$ 200,18	R\$ 206,60	R\$ 672,06	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
24 a 28 anos	R\$ 285,76	R\$ 285,76	R\$ 293,09	R\$ 228,61	R\$ 235,94	R\$ 840,08	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
29 a 33 anos	R\$ 319,19	R\$ 319,19	R\$ 327,38	R\$ 255,36	R\$ 263,54	R\$ 888,80	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
34 a 38 anos	R\$ 336,11	R\$ 336,11	R\$ 344,73	R\$ 268,89	R\$ 277,51	R\$ 955,10	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
39 a 43 anos	R\$ 377,79	R\$ 377,79	R\$ 387,48	R\$ 302,23	R\$ 311,92	R\$ 1.021,38	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
44 a 48 anos	R\$ 462,79	R\$ 462,79	R\$ 474,66	R\$ 370,23	R\$ 382,10	R\$ 1.297,56	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
49 a 53 anos	R\$ 643,28	R\$ 643,28	R\$ 659,78	R\$ 514,62	R\$ 531,12	R\$ 1.742,10	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
54 a 58 anos	R\$ 868,43	R\$ 868,43	R\$ 890,70	R\$ 694,74	R\$ 717,01	R\$ 2.186,68	R\$ 3,85	R\$ 19,25	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.128,96	R\$ 1.128,96	R\$ 1.157,91	R\$ 903,16	R\$ 932,11	R\$ 2.631,45	R\$ 3,85	R\$ 19,25	

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

REGISTRO ANS	498.223/24-1	404.381/99-2	495.608/23-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	21,60%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	25,00%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	5,80%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	7,46%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	6,94%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	27,04%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	34,26%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	25,52%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	20,34%	0,00%

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO TOTAL
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 41,95
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 59,44
Exames Simples	-	-	40,00% Limitado a R\$ 49,54
Exames Complexos	-	-	40,00% Limitado a R\$ 121,09
Terapias Especiais	-	Valor fixo R\$ 75,84	Valor fixo R\$ 75,84
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 40,84	Valor fixo R\$ 40,84

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
- Assistência Médica 2: Plano de assistência médica sem desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, de 02 (duas) vidas poderão sofrer desconto de até 10% (dez por cento) no valor de sua mensalidade, de 03 (três) vidas poderão sofrer desconto de até 15% (quinze por cento) no valor de sua mensalidade, e de a partir de 04 (quatro) vidas poderão sofrer desconto de até 20% (vinte por cento) no valor de sua mensalidade, no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano - Ambulatorial" e "Referência" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos

Atenção!

- Na tabela acima à direita estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.
- Para os descontos do Plano Familiar, só será considerada a quantidade de beneficiários inscritos no ato da contratação. Caso haja cancelamento posterior à contratação e que faça o contrato não se classificar mais no grupo de desconto, o mesmo será reduzido ou até mesmo deixará de ser aplicado.

- O PLANO AMBULATORIAL NÃO COBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA.

CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância nos campos abaixo indicados:

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Especiais e Demais Terapias, informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo nos grupos de procedimentos informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 404.381/99-2, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO	R\$ 25,00

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

CURITIBA - PR, ____ de ____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"

1. No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.
2. O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2" do respectivo produto.
3. Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.
4. Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 404.381/99-2).

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância no campo abaixo indicado:

() Ciente dos termos da Promoção "Saúde Integral", manifesto interesse em minha adesão.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 495.608/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

CURITIBA - PR, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recotagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

() Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em