

LIFE					MATER	
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				S/ COPART	
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST		REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	488.382/21-9	488.381/21-1	493.846/22-1	486.333/20-0	404.381/99-2	
CÓD. INTERNO	20029	20033	20278	20040	19998	
00 a 18 anos	R\$ 136,75	R\$ 164,10	R\$ 167,85	R\$ 201,39	R\$ 451,53	
19 a 23 anos	R\$ 184,57	R\$ 221,49	R\$ 226,55	R\$ 271,82	R\$ 549,06	
24 a 28 anos	R\$ 218,14	R\$ 261,78	R\$ 267,76	R\$ 321,26	R\$ 686,33	
29 a 33 anos	R\$ 227,91	R\$ 273,51	R\$ 279,76	R\$ 335,65	R\$ 726,14	
34 a 38 anos	R\$ 235,52	R\$ 282,65	R\$ 289,10	R\$ 346,86	R\$ 780,31	
39 a 43 anos	R\$ 259,07	R\$ 310,92	R\$ 318,01	R\$ 381,55	R\$ 834,46	
44 a 48 anos	R\$ 336,79	R\$ 404,20	R\$ 413,41	R\$ 496,02	R\$ 1.060,10	
49 a 53 anos	R\$ 437,83	R\$ 525,46	R\$ 537,43	R\$ 644,83	R\$ 1.423,29	
54 a 58 anos	R\$ 569,18	R\$ 683,10	R\$ 698,66	R\$ 838,28	R\$ 1.786,51	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 820,36	R\$ 984,55	R\$ 1.006,98	R\$ 1.208,21	R\$ 2.149,89	

**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.

ESSENCIAL				
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO			
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 1	Médica 1	Médica 1
REGISTRO ANS	493.855/22-1	488.386/21-1	486.325/20-9	486.344/20-5
CÓD. INTERNO	20296	20176	20180	20182
00 a 18 anos	R\$ 184,96	R\$ 221,92	R\$ 199,75	R\$ 239,67
19 a 23 anos	R\$ 249,64	R\$ 299,53	R\$ 269,60	R\$ 323,48
24 a 28 anos	R\$ 295,05	R\$ 354,01	R\$ 318,64	R\$ 382,32
29 a 33 anos	R\$ 308,27	R\$ 369,87	R\$ 332,92	R\$ 399,45
34 a 38 anos	R\$ 318,57	R\$ 382,22	R\$ 344,04	R\$ 412,79
39 a 43 anos	R\$ 350,43	R\$ 420,44	R\$ 378,44	R\$ 454,07
44 a 48 anos	R\$ 455,56	R\$ 546,57	R\$ 491,97	R\$ 590,29
49 a 53 anos	R\$ 592,23	R\$ 710,54	R\$ 639,56	R\$ 767,38
54 a 58 anos	R\$ 769,90	R\$ 923,70	R\$ 831,43	R\$ 997,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.109,66	R\$ 1.331,33	R\$ 1.198,34	R\$ 1.437,83

**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 incidência de coparticipação de 30% (trinta por cento) nos grupos de procedimentos de exames, 50% (cinquenta por cento) nos grupos de procedimentos de terapias, e dos seus limitadores de valor, e valores fixos nos grupos de procedimentos de consultas, conforme informados no quadro "VALOR MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

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

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	LIFE		ESSENCIAL
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 26,00	- Valor fixo R\$ 26,00
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 36,00	- Valor fixo R\$ 36,00
Exames Simples	30,00%	Limitado a R\$ 100,00	30,00% Limitado a R\$ 100,00
Exames Complexos	30,00%	Limitado a R\$ 100,00	30,00% Limitado a R\$ 100,00
Terapias	30,00%	Limitado a R\$ 100,00	30,00% Limitado a R\$ 100,00

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

CURITIBA - PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**Atenção!**

- 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.

**Observações:**

- 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.

- Atenção! Nas tabelas acima 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.

**TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL  
 CURITIBA - PR**

Para contratos assinados de 01/07/2023 a 10/07/2023

LIFE					MATER
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				S/ COPART
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	488.382/21-9	488.381/21-1	493.846/22-1	486.333/20-0	404.381/99-2
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,97%	34,97%	34,97%	34,97%	21,60%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,19%	18,19%	18,19%	18,19%	25,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	5,80%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	7,46%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	6,94%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	27,04%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	34,26%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	25,52%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	20,34%

ESSENCIAL				
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO			
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	493.855/22-1	488.386/21-1	486.325/20-9	486.344/20-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,97%	34,97%	34,97%	34,97%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,19%	18,19%	18,19%	18,19%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

**TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL  
LONDRINA - PR**

ANS - nº 34.078-2

Para contratos assinados de 01/07/2023 a 10/07/2023

CONNECT					MATER
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				S/ COPART
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	493.849/22-6	488.817/21-1	488.812/21-0	488.816/21-2	404.381/99-2
CÓD. INTERNO	20288	20128	20130	20132	19998
00 a 18 anos	R\$ 170,97	R\$ 273,53	R\$ 246,18	R\$ 295,41	R\$ 451,53
19 a 23 anos	R\$ 230,76	R\$ 369,18	R\$ 332,27	R\$ 398,71	R\$ 549,06
24 a 28 anos	R\$ 272,74	R\$ 436,33	R\$ 392,71	R\$ 471,24	R\$ 686,33
29 a 33 anos	R\$ 284,96	R\$ 455,88	R\$ 410,30	R\$ 492,35	R\$ 726,14
34 a 38 anos	R\$ 294,48	R\$ 471,11	R\$ 424,00	R\$ 508,79	R\$ 780,31
39 a 43 anos	R\$ 323,93	R\$ 518,22	R\$ 466,40	R\$ 559,67	R\$ 834,46
44 a 48 anos	R\$ 421,11	R\$ 673,69	R\$ 606,32	R\$ 727,57	R\$ 1.060,10
49 a 53 anos	R\$ 547,44	R\$ 875,80	R\$ 788,22	R\$ 945,84	R\$ 1.423,29
54 a 58 anos	R\$ 711,67	R\$ 1.138,54	R\$ 1.024,69	R\$ 1.229,59	R\$ 1.786,51
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.025,73	R\$ 1.640,98	R\$ 1.476,89	R\$ 1.772,21	R\$ 2.149,89

**REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

CONNECT					MATER
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				S/ COPART
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	493.849/22-6	488.817/21-1	488.812/21-0	488.816/21-2	404.381/99-2
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,97%	34,97%	34,97%	34,97%	21,60%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,19%	18,19%	18,19%	18,19%	25,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	5,80%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	7,46%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	6,94%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	27,04%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	34,26%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	25,52%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	20,34%

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	CONNECT	
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 26,00
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 36,00
Exames Simples	30,00%	Limitado a R\$ 100,00
Exames Complexos	30,00%	Limitado a R\$ 100,00
Terapias	30,00%	Limitado a R\$ 100,00

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

**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.

**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 incidência de coparticipação de 30% (trinta por cento) nos grupos de procedimentos de exames, 50% (cinquenta por cento) nos grupos de procedimentos de terapias, e dos seus limitadores de valor, e valores fixos nos grupos de procedimentos de consultas, conforme informados no quadro "VALOR MÁXIMO DE 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

**Atenção!**

- 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.

**Observações:**

- 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.

- Atenção! Nas tabelas acima 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.

**TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL  
 BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC**

ANS - nº 34.078-2

Para contratos assinados de 01/07/2023 a 10/07/2023

CONNECT					MATER
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				S/ COPART
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	488.374/21-8	488.373/21-0	485.852/20-2	485.851/20-4	404.381/99-2
CÓD. INTERNO	20012	20014	20018	20020	19998
00 a 18 anos	R\$ 189,96	R\$ 227,94	R\$ 205,15	R\$ 246,18	R\$ 451,53
19 a 23 anos	R\$ 256,39	R\$ 307,65	R\$ 276,89	R\$ 332,27	R\$ 549,06
24 a 28 anos	R\$ 303,03	R\$ 363,61	R\$ 327,26	R\$ 392,71	R\$ 686,33
29 a 33 anos	R\$ 316,61	R\$ 379,90	R\$ 341,92	R\$ 410,30	R\$ 726,14
34 a 38 anos	R\$ 327,18	R\$ 392,59	R\$ 353,34	R\$ 424,00	R\$ 780,31
39 a 43 anos	R\$ 359,90	R\$ 431,85	R\$ 388,67	R\$ 466,40	R\$ 834,46
44 a 48 anos	R\$ 467,87	R\$ 561,41	R\$ 505,27	R\$ 606,32	R\$ 1.060,10
49 a 53 anos	R\$ 608,23	R\$ 729,83	R\$ 656,85	R\$ 788,22	R\$ 1.423,29
54 a 58 anos	R\$ 790,70	R\$ 948,78	R\$ 853,91	R\$ 1.024,69	R\$ 1.786,51
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.139,64	R\$ 1.367,48	R\$ 1.230,74	R\$ 1.476,89	R\$ 2.149,89

**REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

CONNECT					MATER
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				S/ COPART
SEGMENTAÇÃO	AMB + HOSP		AMB + HOSP + OBST		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	488.374/21-8	488.373/21-0	485.852/20-2	485.851/20-4	404.381/99-2
De "00 a 18" a "19 a 23"	34,97%	34,97%	34,97%	34,97%	21,60%
De "19 a 23" a "24 a 28"	18,19%	18,19%	18,19%	18,19%	25,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	5,80%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	7,46%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	6,94%
De "39 a 43" a "44 a 48"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	27,04%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	34,26%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	25,52%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	20,34%

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	CONNECT	
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 26,00
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 36,00
Exames Simples	30,00%	Limitado a R\$ 100,00
Exames Complexos	30,00%	Limitado a R\$ 100,00
Terapias	30,00%	Limitado a R\$ 100,00

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

**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.

**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 incidência de coparticipação de 30% (trinta por cento) nos grupos de procedimentos de exames, 50% (cinquenta por cento) nos grupos de procedimentos de terapias, e dos seus limitadores de valor, e valores fixos nos grupos de procedimentos de consultas, conforme informados no quadro "VALOR MÁXIMO DE 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

**Atenção!**

- 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.

**Observações:**

- 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.

- Atenção! Nas tabelas acima 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.