

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO ASSISTÊNCIA REGISTRO ANS CÓD. INTERNO	NOSSO PLANO										PLANOS ODONTOLÓGICOS			
	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					REFERÊNCIA	COM COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					SEM COPARTICIPAÇÃO ODONTOLÓGICO		
	ENFERMARIA		APARTAMENTO			ENFERMARIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO			SEM ACOMODAÇÃO		
	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2		Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2		Médica 1	Médica 2	VALOR PROMO	VALOR
	493.794/22-5		21208			464.207/11-4		493.794/22-5		490.152/21-5			487.836/21-1	
	21207		21209	21210		2020	14127	14128		13171	13172		2737	
00 a 18 anos	R\$ 187,64	R\$ 209,43	R\$ 262,70	R\$ 284,49	R\$ 2.598,65	R\$ 124,74	R\$ 146,53	R\$ 174,64	R\$ 196,43	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
19 a 23 anos	R\$ 247,68	R\$ 276,45	R\$ 346,76	R\$ 375,53	R\$ 3.430,22	R\$ 164,66	R\$ 193,42	R\$ 230,52	R\$ 259,29	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
24 a 28 anos	R\$ 284,83	R\$ 317,92	R\$ 398,77	R\$ 431,86	R\$ 3.944,75	R\$ 189,36	R\$ 222,43	R\$ 265,10	R\$ 298,18	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
29 a 33 anos	R\$ 319,01	R\$ 356,07	R\$ 446,62	R\$ 483,68	R\$ 4.418,12	R\$ 212,08	R\$ 249,12	R\$ 296,91	R\$ 333,96	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
34 a 38 anos	R\$ 334,96	R\$ 373,87	R\$ 468,95	R\$ 507,86	R\$ 4.639,03	R\$ 222,68	R\$ 261,58	R\$ 311,76	R\$ 350,66	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
39 a 43 anos	R\$ 378,50	R\$ 422,47	R\$ 529,91	R\$ 573,88	R\$ 5.242,10	R\$ 251,63	R\$ 295,59	R\$ 352,29	R\$ 396,25	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
44 a 48 anos	R\$ 461,77	R\$ 515,41	R\$ 646,49	R\$ 700,13	R\$ 6.395,36	R\$ 306,99	R\$ 360,62	R\$ 429,79	R\$ 483,43	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
49 a 53 anos	R\$ 637,24	R\$ 711,27	R\$ 892,16	R\$ 966,18	R\$ 8.825,60	R\$ 423,65	R\$ 497,66	R\$ 593,11	R\$ 667,13	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
54 a 58 anos	R\$ 860,27	R\$ 960,21	R\$ 1.204,42	R\$ 1.304,34	R\$ 11.914,56	R\$ 571,93	R\$ 671,84	R\$ 800,70	R\$ 900,63	R\$ 20,79	R\$ 60,16			
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.118,35	R\$ 1.248,27	R\$ 1.565,75	R\$ 1.695,64	R\$ 15.488,93	R\$ 743,51	R\$ 873,39	R\$ 1.040,91	R\$ 1.170,82	R\$ 20,79	R\$ 60,16			

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	40,00%
Exames Complexos	-	40,00%
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 64,92
		50,00%

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

**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 50% (cinquenta por cento) no grupo de procedimentos de terapias, e dos seus limitadores de valor informados no quadro "VALOR MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 50% (cinquenta por cento) no grupo de procedimentos de terapias, 40% (quarenta por cento) nos grupos de procedimentos de exames, e dos seus limitadores bem como dos valores fixos nas consultas de valor 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.

**Observações:**

- Atenção! No verso desta folha 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.

- 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 do produto "Nosso Plano" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

**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.

**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 464.207/11-4, 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.

**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" 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 464.207/11-4).

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.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO REGISTRO ANS	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO			PLANOS ODONTOLÓGICOS
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			SEM COPARTICIPAÇÃO
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	REFERÊNCIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	REFERÊNCIA	ODONTOLÓGICO
	493.794/22-5	490.152/21-5	464.207/11-4	493.794/22-5	490.152/21-5		SEM ACOMODAÇÃO
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%		487.836/21-1
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%		0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%		0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%		0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%		0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%		0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%	38,00%	38,00%	38,00%	38,00%		0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%		0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%		0,00%

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.

BELO HORIZONTE - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

BELO HORIZONTE - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado