

COPARTICIPAÇÃO	NOSSO PLANO - AMBULATORIAL				REFERÊNCIA
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	-
REGISTRO ANS	490.172/21-0		490.172/21-0		464.207/11-4
Cód. Interno	21040	21041	13177	13178	2020
00 a 18 anos	R\$ 131,34	R\$ 135,58	R\$ 83,57	R\$ 87,81	R\$ 2.598,65
19 a 23 anos	R\$ 173,76	R\$ 179,37	R\$ 110,56	R\$ 116,17	R\$ 3.430,22
24 a 28 anos	R\$ 198,43	R\$ 204,84	R\$ 126,26	R\$ 132,67	R\$ 3.944,75
29 a 33 anos	R\$ 221,65	R\$ 228,81	R\$ 141,03	R\$ 148,19	R\$ 4.418,12
34 a 38 anos	R\$ 233,40	R\$ 240,94	R\$ 148,50	R\$ 156,04	R\$ 4.639,03
39 a 43 anos	R\$ 262,34	R\$ 270,82	R\$ 166,91	R\$ 175,39	R\$ 5.242,10
44 a 48 anos	R\$ 321,37	R\$ 331,75	R\$ 204,46	R\$ 214,85	R\$ 6.395,36
49 a 53 anos	R\$ 446,70	R\$ 461,13	R\$ 284,20	R\$ 298,64	R\$ 8.825,60
54 a 58 anos	R\$ 603,05	R\$ 622,53	R\$ 383,67	R\$ 403,16	R\$ 11.914,56
59 ANOS OU MAIS	R\$ 783,97	R\$ 809,29	R\$ 498,77	R\$ 524,11	R\$ 15.488,93

PLANOS ODONTOLÓGICOS	
SEM COPARTICIPAÇÃO	
VALOR PROMO	VALOR
471.474/14-1	
9982	
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96
R\$ 3,24	R\$ 15,96

REGISTRO ANS	REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA			
	490.172/21-0	490.172/21-0	464.207/11-4	471.474/14-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	32,30%	32,00%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	14,20%	15,00%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	11,70%	12,00%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	5,30%	5,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	12,40%	13,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	22,50%	22,00%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	39,00%	38,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%	0,00%

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		COPARTICIPAÇÃO
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 35,00
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 50,00
Exames Simples	-	-	Valor fixo R\$ 15,00
Exames Complexos	-	-	Valor fixo R\$ 100,00
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 65,00	Valor fixo R\$ 65,00
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 35,00	Valor fixo R\$ 35,00

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

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.
- 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 Odontológicos".
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.

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 Neurológicas Especiais e Demais Terapias, informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação 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 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"

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 471.474/14-1), 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; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidênciação 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