

NOSSO PLANO														PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO ASSISTÊNCIA REGISTRO ANS COD. INTERNO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					REFERÊNCIA ENFERMARIA	COM COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					SEM COPARTICIPAÇÃO ODONTOLÓGICO			
	ENFERMARIA		APARTAMENTO				ENFERMARIA		APARTAMENTO			SEM ACOMODAÇÃO			
	Médica	Médica ²	Médica ¹	Médica ²		Médica ¹	Médica ²	Médica ¹	Médica ²		Médica ¹	Médica ²	VALOR PROMO	VALOR	
	21207	493.794/22-5	21208	21209	490.152/21-5	464.207/11-4	14127	493.794/22-5	14128	13171	490.152/21-5	13172	487.836/21-1	2737	
00 a 18 anos	R\$ 187,64	R\$ 209,43	R\$ 262,70	R\$ 284,49	R\$ 259,65	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\$ 3430,22	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				

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO
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

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 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.

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^{2m}" 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 AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				COM COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		PLANOS ODONTOLÓGICOS SEM COPARTICIPAÇÃO ODONTOLÓGICO
	REFERÊNCIA		REFERÊNCIA	REFERÊNCIA		SEM ACOMODAÇÃO	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO		
	493.794/22-5	490.152/21-5	464.207/11-4	493.794/22-5	490.152/21-5	487.836/21-1	
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	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%	12,00%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	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%	13,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	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%	38,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	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%	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