

COPARTICIPAÇÃO SEGMENTAÇÃO ACOMODAÇÃO ASSISTÊNCIA REGISTRO ANS COD. INTERNO	NOSSO PLANO												PLANOS ODONTOLÓGICOS																	
	SEM COPARTICIPAÇÃO						COM COPARTICIPAÇÃO						SEM COPARTICIPAÇÃO																	
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA						AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA						ODONTOLÓGICO																	
	ENFERMARIA			APARTAMENTO			ENFERMARIA			APARTAMENTO			SEM ACOMODAÇÃO																	
	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	REFERÊNCIA	ENFERMARIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	VALOR PROMO	VALOR																
	487.478/20-1		14818		14821		487.480/20-3		14822		457.753/08-1		14858		493.817/22-8		14891		14892		14815		487.477/20-3		14816		487.836/21-1		2737	
00 a 18 anos	R\$ 261,64	R\$ 283,88	R\$ 353,20	R\$ 375,44	R\$ 2.498,70	R\$ 180,00	R\$ 202,24	R\$ 243,02	R\$ 265,26	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
19 a 23 anos	R\$ 345,36	R\$ 374,72	R\$ 466,22	R\$ 495,58	R\$ 2.873,54	R\$ 237,60	R\$ 266,96	R\$ 320,79	R\$ 350,14	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
24 a 28 anos	R\$ 397,16	R\$ 430,93	R\$ 536,15	R\$ 569,92	R\$ 3.304,47	R\$ 273,24	R\$ 307,00	R\$ 368,91	R\$ 402,66	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
29 a 33 anos	R\$ 444,82	R\$ 482,64	R\$ 600,49	R\$ 638,31	R\$ 3.800,19	R\$ 306,03	R\$ 343,84	R\$ 413,18	R\$ 450,98	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
34 a 38 anos	R\$ 467,06	R\$ 506,77	R\$ 630,51	R\$ 670,23	R\$ 4.370,17	R\$ 321,33	R\$ 361,03	R\$ 433,84	R\$ 473,53	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
39 a 43 anos	R\$ 527,78	R\$ 572,65	R\$ 712,48	R\$ 757,36	R\$ 5.025,69	R\$ 363,10	R\$ 407,96	R\$ 490,24	R\$ 535,09	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
44 a 48 anos	R\$ 643,89	R\$ 698,63	R\$ 869,23	R\$ 923,98	R\$ 6.131,38	R\$ 442,98	R\$ 497,71	R\$ 598,09	R\$ 652,81	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
49 a 53 anos	R\$ 888,57	R\$ 964,11	R\$ 1.199,54	R\$ 1.275,09	R\$ 7.970,74	R\$ 611,31	R\$ 686,84	R\$ 825,36	R\$ 900,88	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
54 a 58 anos	R\$ 1.199,57	R\$ 1.301,55	R\$ 1.619,38	R\$ 1.721,37	R\$ 10.362,08	R\$ 825,27	R\$ 927,23	R\$ 1.114,24	R\$ 1.216,19	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.559,44	R\$ 1.692,02	R\$ 2.105,19	R\$ 2.237,78	R\$ 14.988,70	R\$ 1.072,85	R\$ 1.205,40	R\$ 1.448,51	R\$ 1.581,05	R\$ 21,24	R\$ 61,47																			

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	NOSSO PLANO	
Consultas Eletivas	50,00%	Limitado a R\$ 33,97
Consultas de Urgência	50,00%	Limitado a R\$ 40,75
Exames Simples	50,00%	Limitado a R\$ 13,59
Exames Complexos	50,00%	Limitado a R\$ 67,92
Terapias	50,00%	Limitado a R\$ 61,20

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:

() Cliente da incidência de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) nos grupos de procedimentos e dos seus limitadores de valor informados no quadro "VALOR MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Cliente, 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 457.753/08-1, 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 "Médica2" 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 457.753/08-1).

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:

() Cliente 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	NOSSO PLANO					PLANOS ODONTOLÓGICOS
	SEM COPARTICIPAÇÃO		REFERÊNCIA	COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ODONTOLÓGICO
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	SEM ACOMODAÇÃO
	487.478/20-1	487.480/20-3	457.753/08-1	493.817/22-8	487.477/20-3	487.836/21-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	15,00%	32,00%	32,00%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%	15,00%	12,00%	12,00%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%	15,00%	5,00%	5,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%	15,00%	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%	30,00%	38,00%	38,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	30,00%	35,00%	35,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	44,65%	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.

UBERLÂNDIA - MG, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

UBERLÂNDIA - MG, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado