

**TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR
BELO HORIZONTE - MG**

Para contratos assinados de 01/07/2022 a 30/11/2022

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL			REFERÊNCIA		
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO		
REGISTRO ANS	490.171/21-1		490.172/21-0		464.207/11-4
00 a 18 anos	R\$	111,72	R\$	74,27	R\$ 1.947,03
19 a 23 anos	R\$	147,81	R\$	98,26	R\$ 2.570,08
24 a 28 anos	R\$	168,80	R\$	112,21	R\$ 2.955,59
29 a 33 anos	R\$	188,55	R\$	125,34	R\$ 3.310,26
34 a 38 anos	R\$	198,54	R\$	131,98	R\$ 3.475,77
39 a 43 anos	R\$	223,16	R\$	148,35	R\$ 3.927,62
44 a 48 anos	R\$	273,37	R\$	181,73	R\$ 4.791,70
49 a 53 anos	R\$	379,98	R\$	252,60	R\$ 6.612,55
54 a 58 anos	R\$	512,97	R\$	341,01	R\$ 8.926,94
59 ANOS OU MAIS	R\$	666,86	R\$	443,31	R\$ 11.605,02

REGISTRO ANS	REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA		
	490.171/21-1	490.172/21-0	464.207/11-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	32,30%	32,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	14,20%	15,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	11,70%	12,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	5,30%	5,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	12,40%	13,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	22,50%	22,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	39,00%	38,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
PROCEDIMENTO	NOSSO PLANO
Consultas Eletivas	R\$ 25,00 -
Consultas de Urgência	R\$ 35,00 -
Exames Simples*	40,00% Limitado a R\$ 9,00
Exames Complexos*	40,00% Limitado a R\$ 40,00
Internações	-

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

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__

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 incidência de coparticipação de 40% (quarenta por cento) nos exames e dos seus limitadores de valor, e valores fixos nas consultas, 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.

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.

BELO HORIZONTE - MG, ____ de ____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado