

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	REFERÊNCIA
PRODUTO	N O T R E L I F E		SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ASSISTÊNCIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição 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

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			COM COPARTICIPAÇÃO		
	PRODUTO	NOSSO MÉDICO SUL	NOSSO MÉDICO LESTE	NOSSO MÉDICO NORTE	NOSSO MÉDICO SUL	NOSSO MÉDICO LESTE
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.755/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3	498.755/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3
CÓD. INTERNO	33613	33612	33615	33621	33614	33623
00 a 18 anos	R\$ 229,88	R\$ 229,88	R\$ 229,88	R\$ 181,93	R\$ 181,93	R\$ 181,93
19 a 23 anos	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 221,79	R\$ 221,79	R\$ 221,79
24 a 28 anos	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 227,93	R\$ 227,93	R\$ 227,93
29 a 33 anos	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 253,25	R\$ 253,25	R\$ 253,25
34 a 38 anos	R\$ 330,70	R\$ 330,70	R\$ 330,70	R\$ 261,71	R\$ 261,71	R\$ 261,71
39 a 43 anos	R\$ 363,77	R\$ 363,77	R\$ 363,77	R\$ 287,88	R\$ 287,88	R\$ 287,88
44 a 48 anos	R\$ 517,90	R\$ 517,90	R\$ 517,90	R\$ 409,85	R\$ 409,85	R\$ 409,85
49 a 53 anos	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 415,96	R\$ 415,96	R\$ 415,96
54 a 58 anos	R\$ 666,33	R\$ 666,33	R\$ 666,33	R\$ 527,31	R\$ 527,31	R\$ 527,31
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 812,06	R\$ 812,06	R\$ 812,06

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 escolha de preço com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Neurológicas Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Cliente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e nos grupos de procedimentos informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Cliente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

São Paulo-SP, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica *: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- 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.

PRODUTO	NOTRELIFE		NOTRELIFE 50+		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.612/23-0		432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	9,72%		50,20%		35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%		0,00%		17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%		0,00%		5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%		0,00%		0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%		0,00%		0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%		0,00%		47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%		0,00%		48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%		2,46%		28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%		42,95%		29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO SUL	NOSSO MEDICO LESTE	NOSSO MEDICO NORTE
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.756/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%	21,91%	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	2,77%	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	11,11%	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	42,37%	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	1,49%	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	26,77%	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	54,00%	54,00%

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.

São Paulo-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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/pulpctomia/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; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.746/24-2	498.746/24-2
CÓD. INTERNO	33611	33447
00 a 18 anos	R\$ 235,08	R\$ 186,05
19 a 23 anos	R\$ 286,59	R\$ 226,81
24 a 28 anos	R\$ 294,53	R\$ 233,09
29 a 33 anos	R\$ 327,25	R\$ 258,99
34 a 38 anos	R\$ 338,18	R\$ 267,64
39 a 43 anos	R\$ 372,00	R\$ 294,40
44 a 48 anos	R\$ 529,62	R\$ 419,14
49 a 53 anos	R\$ 537,51	R\$ 425,39
54 a 58 anos	R\$ 681,40	R\$ 539,27
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.049,36	R\$ 830,48

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Campinas-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- 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.

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	9,72%	50,20%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	0,00%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	0,00%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	0,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	0,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	0,00%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	0,00%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	2,46%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.746/24-2
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

Campinas-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.749/24-7	498.749/24-7
CÓD. INTERNO	33607	33610
00 a 18 anos	R\$ 235,08	R\$ 186,05
19 a 23 anos	R\$ 286,59	R\$ 226,81
24 a 28 anos	R\$ 294,53	R\$ 233,09
29 a 33 anos	R\$ 327,25	R\$ 258,99
34 a 38 anos	R\$ 338,18	R\$ 267,64
39 a 43 anos	R\$ 372,00	R\$ 294,40
44 a 48 anos	R\$ 529,62	R\$ 419,14
49 a 53 anos	R\$ 537,51	R\$ 425,39
54 a 58 anos	R\$ 681,40	R\$ 539,27
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.049,36	R\$ 830,48

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Jundiaí-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica !: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- 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.

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De *00 a 18* a *19 a 23*	9,72%	50,20%	35,00%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%	0,00%	17,04%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%	0,00%	5,06%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%	0,00%	0,00%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%	0,00%	0,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%	0,00%	47,57%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%	0,00%	48,00%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%	2,46%	28,00%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.749/24-7
De *00 a 18* a *19 a 23*	21,91%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%

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.

Jundiaí-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.614/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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; evidencição 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 a 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.750/24-1	498.750/24-1
CÓD. INTERNO	33619	33620
00 a 18 anos	R\$ 235,08	R\$ 186,05
19 a 23 anos	R\$ 286,59	R\$ 226,81
24 a 28 anos	R\$ 294,53	R\$ 233,09
29 a 33 anos	R\$ 327,25	R\$ 258,99
34 a 38 anos	R\$ 338,18	R\$ 267,64
39 a 43 anos	R\$ 372,00	R\$ 294,40
44 a 48 anos	R\$ 529,62	R\$ 419,14
49 a 53 anos	R\$ 537,51	R\$ 425,39
54 a 58 anos	R\$ 681,40	R\$ 539,27
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.049,36	R\$ 830,48

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Mogi das Cruzes-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica !: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrefife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- 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.

PRODUTO	NOTRE LIFE	NOTRE LIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De *00 a 18* a *19 a 23*	9,72%	50,20%	35,00%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%	0,00%	17,04%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%	0,00%	5,06%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%	0,00%	0,00%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%	0,00%	0,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%	0,00%	47,57%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%	0,00%	48,00%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%	2,46%	28,00%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.750/24-1
De *00 a 18* a *19 a 23*	21,91%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%

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.

Mogi das Cruzes-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Santos-SP

ANS nº 359017

Para contratos assinados de 25/11/2024 a 31/12/2024

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE		SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológica, 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

Notas:

- Assistência Médica ¹: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- 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.

Santos-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

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

Santos-SP

ANS nº 359017

Para contratos assinados de 25/11/2024 a 31/12/2024

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	9,72%	50,20%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	0,00%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	0,00%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	0,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	0,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	0,00%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	0,00%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	2,46%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	42,95%	29,28%

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.

Santos-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169		32167		35027
00 a 18 anos	R\$	289,52	R\$	229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	317,66	R\$	251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	326,46	R\$	258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	362,72	R\$	287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	374,84	R\$	296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	412,34	R\$	326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	587,06	R\$	464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	595,79	R\$	471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	755,27	R\$	597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.163,14	R\$	920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0	
CÓD. INTERNO	28411		28410	
00 a 18 anos	R\$	848,43	R\$	719,01
19 a 23 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
24 a 28 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
29 a 33 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
34 a 38 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
39 a 43 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
44 a 48 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
49 a 53 anos	R\$	1.274,36	R\$	1.079,97
54 a 58 anos	R\$	1.305,77	R\$	1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.866,63	R\$	1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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; evidencição 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	498.744/24-6		498.744/24-6	
CÓD. INTERNO	33488		33608	
00 a 18 anos	R\$	235,08	R\$	186,05
19 a 23 anos	R\$	286,59	R\$	226,81
24 a 28 anos	R\$	294,53	R\$	233,09
29 a 33 anos	R\$	327,25	R\$	258,99
34 a 38 anos	R\$	338,18	R\$	267,64
39 a 43 anos	R\$	372,00	R\$	294,40
44 a 48 anos	R\$	529,62	R\$	419,14
49 a 53 anos	R\$	537,51	R\$	425,39
54 a 58 anos	R\$	681,40	R\$	539,27
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.049,36	R\$	830,48

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

São Bernardo do Campo-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica !: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrefife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- 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.

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	9,72%	50,20%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	0,00%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	0,00%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	0,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	0,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	0,00%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	0,00%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	2,46%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.744/24-6
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

São Bernardo do Campo-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.752/24-7	498.752/24-7
CÓD. INTERNO	33567	33616
00 a 18 anos	R\$ 235,08	R\$ 186,05
19 a 23 anos	R\$ 286,59	R\$ 226,81
24 a 28 anos	R\$ 294,53	R\$ 233,09
29 a 33 anos	R\$ 327,25	R\$ 258,99
34 a 38 anos	R\$ 338,18	R\$ 267,64
39 a 43 anos	R\$ 372,00	R\$ 294,40
44 a 48 anos	R\$ 529,62	R\$ 419,14
49 a 53 anos	R\$ 537,51	R\$ 425,39
54 a 58 anos	R\$ 681,40	R\$ 539,27
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.049,36	R\$ 830,48

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Sorocaba-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica !: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- 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.

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De *00 a 18* a *19 a 23*	9,72%	50,20%	35,00%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%	0,00%	17,04%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%	0,00%	5,06%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%	0,00%	0,00%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%	0,00%	0,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%	0,00%	47,57%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%	0,00%	48,00%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%	2,46%	28,00%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.752/24-7
De *00 a 18* a *19 a 23*	21,91%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%

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.

Sorocaba-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169		32167		35027
00 a 18 anos	R\$	289,52	R\$	229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	317,66	R\$	251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	326,46	R\$	258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	362,72	R\$	287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	374,84	R\$	296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	412,34	R\$	326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	587,06	R\$	464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	595,79	R\$	471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	755,27	R\$	597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.163,14	R\$	920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0	
CÓD. INTERNO	28411		28410	
00 a 18 anos	R\$	848,43	R\$	719,01
19 a 23 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
24 a 28 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
29 a 33 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
34 a 38 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
39 a 43 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
44 a 48 anos	R\$	1.274,34	R\$	1.079,95
49 a 53 anos	R\$	1.274,36	R\$	1.079,97
54 a 58 anos	R\$	1.305,77	R\$	1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.866,63	R\$	1.581,90

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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/pulpoclonia/necrose; imobilização dentária temporária; cimentação 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; evidencição 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	498.745/24-4		498.745/24-4	
CÓD. INTERNO	33490		33633	
00 a 18 anos	R\$	235,08	R\$	186,05
19 a 23 anos	R\$	286,59	R\$	226,81
24 a 28 anos	R\$	294,53	R\$	233,09
29 a 33 anos	R\$	327,25	R\$	258,99
34 a 38 anos	R\$	338,18	R\$	267,64
39 a 43 anos	R\$	372,00	R\$	294,40
44 a 48 anos	R\$	529,62	R\$	419,14
49 a 53 anos	R\$	537,51	R\$	425,39
54 a 58 anos	R\$	681,40	R\$	539,27
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.049,36	R\$	830,48

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquirir, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Americana-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica !: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrefife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- 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.

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODADAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De *00 a 18* a *19 a 23*	9,72%	50,20%	35,00%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%	0,00%	17,04%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%	0,00%	5,06%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%	0,00%	0,00%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%	0,00%	0,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%	0,00%	47,57%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%	0,00%	48,00%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%	2,46%	28,00%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR
ACOMODADAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.745/24-4
De *00 a 18* a *19 a 23*	21,91%
De *19 a 23* a *24 a 28*	2,77%
De *24 a 28* a *29 a 33*	11,11%
De *29 a 33* a *34 a 38*	3,34%
De *34 a 38* a *39 a 43*	10,00%
De *39 a 43* a *44 a 48*	42,37%
De *44 a 48* a *49 a 53*	1,49%
De *49 a 53* a *54 a 58*	26,77%
De *54 a 58* a *59 ou mais*	54,00%

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.

Americana-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

ANS nº 359017

Rio de Janeiro-RJ

Para contratos assinados de 25/11/2024 a 31/12/2024

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE		SEM COPARTICIP
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.270/23-7	495.270/23-7	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32166	32164	35027
00 a 18 anos	R\$ 289,52	R\$ 229,13	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 317,66	R\$ 251,40	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 326,46	R\$ 258,37	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 362,72	R\$ 287,07	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 374,84	R\$ 296,66	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 412,34	R\$ 326,34	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 587,06	R\$ 464,62	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 595,79	R\$ 471,53	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 755,27	R\$ 597,75	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,14	R\$ 920,55	R\$ 3.689,09

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 432.753/00-5, 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.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	495.269/23-3	495.269/23-3
CÓD. INTERNO	28482	28481
00 a 18 anos	R\$ 848,43	R\$ 719,01
19 a 23 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
24 a 28 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
29 a 33 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
34 a 38 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
39 a 43 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
44 a 48 anos	R\$ 1.274,34	R\$ 1.079,95
49 a 53 anos	R\$ 1.274,36	R\$ 1.079,97
54 a 58 anos	R\$ 1.305,77	R\$ 1.106,59
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.866,63	R\$ 1.581,90

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, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

() Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 38,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 54,00
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 45,00
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 110,00
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 37,10	Valor fixo R\$ 37,10
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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 alveólite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição 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 CBHO – 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

Notas:

- Assistência Médica ¹: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- 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.

Rio de Janeiro-RJ, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE****ANS nº 359017**

Rio de Janeiro-RJ

Para contratos assinados de 25/11/2024 a 31/12/2024

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.270/23-7	495.269/23-3	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	9,72%	50,20%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	0,00%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	0,00%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	0,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	0,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	0,00%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	0,00%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	2,46%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	42,95%	29,28%

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.

Rio de Janeiro-RJ, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal