

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

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\$ R\$ 68,90	Valor fixo R\$ R\$ 68,90
Demais Terapias	Valor fixo R\$ R\$ 37,10	Valor fixo R\$ R\$ 37,10
Internações	-	-

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.

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.

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	1,020,77	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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; reimentação 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.

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



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

ANS nº 359017

Campinas-SP

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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

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

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.

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3
CÓD. INTERNO	28015		35027
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

Campinas-SP, ____ 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 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.

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	NOTRELIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

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

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.

Jundiaí-SP, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3
CÓD. INTERNO	28015		35027
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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; evidenciação 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

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



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

ANS nº 359017

Mogi das Cruzes-SP

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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.617/23-6	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

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.

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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

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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *
ODONTO PROTEÇÃO	495.617/23-6	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

PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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 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; 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

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.

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	NOTRELIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

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

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.

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3
CÓD. INTERNO	28015		35027
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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 CBPO – 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.

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	NOTRELIFE			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013	35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$ 197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$ 198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$ 202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$ 207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$ 214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$ 236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$ 380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$ 382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$ 457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$ 703,81	R\$ 3.689,09

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

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.

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3
CÓD. INTERNO	28015		28013
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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; 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

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	NOTRELIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28015		28013		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

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

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.

PRODUTO	NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.367/23-3		495.367/23-3
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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

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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.267/23-7		495.267/23-7		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28274		28272		35027
00 a 18 anos	R\$	261,38	R\$	197,09	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	263,23	R\$	198,49	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	268,04	R\$	202,12	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	275,75	R\$	207,94	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	284,96	R\$	214,88	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	313,46	R\$	236,37	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	504,31	R\$	380,28	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	506,77	R\$	382,13	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	606,08	R\$	457,01	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	933,38	R\$	703,81	R\$ 3.689,09

PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		AMBULATORIAL
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	495.267/23-7		495.267/23-7
CÓD. INTERNO	28274		28272
De "00 a 18" a "19 a	0,71%	0,71%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a	1,83%	1,83%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a	2,88%	2,88%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a	3,34%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a	10,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a	60,88%	60,88%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a	0,49%	0,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a	19,60%	19,60%	28,00%
De "54 a 58" a "59 o	54,00%	54,00%	29,28%

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.

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.

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

Rio de Janeiro-RJ, ____ 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 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

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

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.