

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ R\$ 73,03	Valor fixo R\$ R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ R\$ 39,33	Valor fixo R\$ R\$ 39,33
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.

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

**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 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.

São Paulo-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; rimentação 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

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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.

Campinas-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recantagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

**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 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.

**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 avulsinado; 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 CBHP – 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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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	60,89%	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 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.

Jundiaí-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; 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.

Jundiaí-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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		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	60,89%	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 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.

Mogi das Cruzes-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; implante 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

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$	1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$	1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$	2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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	495.367/23-3		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	60,89%	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 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	495.617/23-6	33109	R\$ 0,00

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

**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.

**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 POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Santos-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 "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

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recotagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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.

São Bernardo do Campo-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

**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 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.

**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 CBHPD - 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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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	60,89%	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 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

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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.

Americana-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
2. O desconto não será progressivo.
3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.
5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.

**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 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.

**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.

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\$	287,52	R\$	216,80	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	289,56	R\$	218,34	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	294,85	R\$	222,33	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	303,33	R\$	228,73	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	313,46	R\$	236,36	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	344,81	R\$	260,00	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	554,75	R\$	418,30	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	557,46	R\$	420,33	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	666,70	R\$	502,70	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.026,74	R\$	774,17	R\$ 3.689,09

PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.267/23-7		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	60,89%	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 Especiais e Demais Terapias, e de 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\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% Limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
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; evidenciamento 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

**DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO**

- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, será aplicado o desconto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de desconto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas abaixo:

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem récontagem.
- O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.
- Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.
- O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

( ) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.