

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	REFERÊNCIA	
PRODUTO	N O T R E L I F E			SEM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA	ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6	432.753/00-5	
CÓD. INTERNO	32169		32167	35027	
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$	252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$	276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$	284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$	315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$	326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$	358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$	511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$	518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$	657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$	1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		
ASSISTÊNCIA	APARTAMENTO		APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411		28410
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$ 790,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.187,94
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.187,94
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.187,94
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.187,94
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.187,94
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.187,94
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$ 1.187,96
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$ 1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$ 1.740,08

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 a CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

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

CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devidamente esclarecido de quaisquer dúvidas oriundas de seus termos, o cliente declara sua ciência e concordância nos campos abaixo indicados:

() 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	495.625/23-7	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

São Paulo-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

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

PRODUTO	NOSSO MÉDICO SUL	NOSSO MEDICO LESTE	NOSSO MEDICO NORTE
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.755/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%	21,91%	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	2,77%	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	11,11%	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	42,37%	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	1,49%	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	26,77%	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	54,00%	54,00%

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

São Paulo-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$	318,47 R\$	252,04 R\$
19 a 23 anos	R\$	349,42 R\$	276,54 R\$
24 a 28 anos	R\$	359,10 R\$	284,21 R\$
29 a 33 anos	R\$	398,99 R\$	315,78 R\$
34 a 38 anos	R\$	412,32 R\$	326,33 R\$
39 a 43 anos	R\$	453,57 R\$	358,98 R\$
44 a 48 anos	R\$	645,76 R\$	511,09 R\$
49 a 53 anos	R\$	655,36 R\$	518,69 R\$
54 a 58 anos	R\$	830,79 R\$	657,53 R\$
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44 R\$	1.012,61 R\$

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$	933,27 R\$
19 a 23 anos	R\$	1.401,77 R\$
24 a 28 anos	R\$	1.401,77 R\$
29 a 33 anos	R\$	1.401,77 R\$
34 a 38 anos	R\$	1.401,77 R\$
39 a 43 anos	R\$	1.401,77 R\$
44 a 48 anos	R\$	1.401,77 R\$
49 a 53 anos	R\$	1.401,79 R\$
54 a 58 anos	R\$	1.436,34 R\$
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28 R\$

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.746/24-2	498.746/24-2
CÓD. INTERNO	33611	33447
00 a 18 anos	R\$	251,54 R\$
19 a 23 anos	R\$	306,66 R\$
24 a 28 anos	R\$	315,16 R\$
29 a 33 anos	R\$	350,17 R\$
34 a 38 anos	R\$	361,87 R\$
39 a 43 anos	R\$	398,06 R\$
44 a 48 anos	R\$	566,72 R\$
49 a 53 anos	R\$	575,16 R\$
54 a 58 anos	R\$	729,13 R\$
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.122,86 R\$

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	495.625/23-7	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

Campinas-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Campinas-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169		32167		35027
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$	252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$	276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$	284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$	315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$	326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$	358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$	511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$	518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$	657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$	1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0	
CÓD. INTERNO	28411		28410	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	790,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.187,96
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	1.740,08

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 faturo do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	498.749/24-7		498.749/24-7	
CÓD. INTERNO	33607		33610	
00 a 18 anos	R\$	251,54	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	306,66	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	315,16	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	350,17	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	361,87	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	398,06	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	566,72	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	575,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	729,13	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.122,86	R\$	888,60

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	495.625/23-7	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

Jundiaí-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Jundiaí-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$ 252,04
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$ 276,54
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$ 284,21
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$ 315,78
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$ 326,33
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$ 358,98
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$ 511,09
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$ 518,69
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$ 657,53
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$ 1.012,61

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.614/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$	933,27
19 a 23 anos	R\$	1.401,77
24 a 28 anos	R\$	1.401,77
29 a 33 anos	R\$	1.401,77
34 a 38 anos	R\$	1.401,77
39 a 43 anos	R\$	1.401,77
44 a 48 anos	R\$	1.401,77
49 a 53 anos	R\$	1.401,79
54 a 58 anos	R\$	1.436,34
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos a CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.750/24-1	498.750/24-1
CÓD. INTERNO	33619	33620
00 a 18 anos	R\$	251,54
19 a 23 anos	R\$	306,66
24 a 28 anos	R\$	315,16
29 a 33 anos	R\$	350,17
34 a 38 anos	R\$	361,87
39 a 43 anos	R\$	398,06
44 a 48 anos	R\$	566,72
49 a 53 anos	R\$	575,16
54 a 58 anos	R\$	729,13
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.122,86

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	495.625/23-7	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

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO	REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE		SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.614/23-6	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169	32167	35027
00 a 18 anos	R\$ 318,47	R\$ 252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 349,42	R\$ 276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 359,10	R\$ 284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 398,99	R\$ 315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 412,32	R\$ 326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 453,57	R\$ 358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 645,76	R\$ 511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 655,36	R\$ 518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 830,79	R\$ 657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.279,44	R\$ 1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.612/23-0
CÓD. INTERNO	28411	28410
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 790,91
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.187,94
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.187,94
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.187,94
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.187,94
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.187,94
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.187,94
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.187,96
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 1.740,08

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; 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

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.

Santos-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado



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

Santos-SP

ANS nº 359017

Para contratos assinados de 01/01/2025 a 31/03/2025

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Santos-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169		32167		35027
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$	252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$	276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$	284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$	315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$	326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$	358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$	511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$	518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$	657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$	1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0	
CÓD. INTERNO	28411		28410	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	790,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.187,96
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	1.740,08

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 CBHO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	498.744/24-6		498.744/24-6	
CÓD. INTERNO	33488		33608	
00 a 18 anos	R\$	251,54	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	306,66	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	315,16	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	350,17	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	361,87	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	398,06	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	566,72	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	575,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	729,13	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.122,86	R\$	888,60

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	495.625/23-7	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

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169		32167		35027
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$	252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$	276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$	284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$	315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$	326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$	358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$	511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$	518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$	657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$	1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0	
CÓD. INTERNO	28411		28410	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	790,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.187,96
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	1.740,08

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda;pulpctomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	498.752/24-7		498.752/24-7	
CÓD. INTERNO	33567		33616	
00 a 18 anos	R\$	251,54	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	306,66	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	315,16	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	350,17	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	361,87	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	398,06	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	566,72	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	575,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	729,13	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.122,86	R\$	888,60

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	495.625/23-7	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

Sorocaba-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Sorocaba-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	N O T R E L I F E				REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32169		32167		35027
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$	252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$	276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$	284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$	315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$	326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$	358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$	511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$	518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$	657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$	1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	N O T R E L I F E 5 0 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.612/23-0	
CÓD. INTERNO	28411		28410	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	790,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.187,96
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	1.740,08

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO		NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA		ENFERMARIA	
REGISTRO ANS		498.745/24-4		498.745/24-4	
CÓD. INTERNO		33490		33633	
00 a 18 anos	R\$		251,54	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$		306,66	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$		315,16	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$		350,17	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$		361,87	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$		398,06	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$		566,72	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$		575,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$		729,13	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$		1.122,86	R\$	888,60

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	495.625/23-7	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

Americana-SP, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

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

Observações:

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

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

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

- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Americana-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Rio de Janeiro-RJ

ANS nº 359017

Para contratos assinados de 01/01/2025 a 31/03/2025

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO		REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE				SEM COPARTICIP
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA
REGISTRO ANS	495.270/23-7		495.270/23-7		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	32166		32164		35027
00 a 18 anos	R\$	318,47	R\$	252,04	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$	349,42	R\$	276,54	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$	359,10	R\$	284,21	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$	398,99	R\$	315,78	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$	412,32	R\$	326,33	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$	453,57	R\$	358,98	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$	645,76	R\$	511,09	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$	655,36	R\$	518,69	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$	830,79	R\$	657,53	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.279,44	R\$	1.012,61	R\$ 3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, cujas características estão previstas no art. 10 da Lei nº 9656/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	495.269/23-3		495.269/23-3	
CÓD. INTERNO	28482		28481	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	790,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.187,94
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.187,96
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.217,24
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	1.740,08

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	495.625/23-7	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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveólite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsado; 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 CBHO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

Notas:

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

Observações:

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

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

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

- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado



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

ANS nº 359017

Rio de Janeiro-RJ

Para contratos assinados de 01/01/2025 a 31/03/2025

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal