TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL
São Paulo-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

NotreDame																							
COPARTICIPAÇÃO				COPARTIC	CIPAÇA	AO PARCIAL			COPARTICIPAÇÃO PARCIAL													REFERÊNCIA	
PRODUTO		NOTREL	TFE	50 +		N O	NOTRELIFE					NOSSO MÉDICO SUL NOSSO MÉDICO LESTE								NORTE	SEM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL					LAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA											REFERÊNCIA				
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENT	0		EN	FERMA			ENFER	RMARI	A		ENFER	MARIA			ENFER	MARI		ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL			
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			494.614/23-6			498.7	55/24-			498.75	3/24-5			498.75	4/24-3			432.753/00-5		
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354		33613		37361		33612		37360		33615		37357		35027	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47		318,47	R\$	229,88		229,88	R\$	229,88	R\$	229,88	R\$	229,88	R\$	229,88	R\$	614,91	
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42		349,42		280,25		280,25	R\$	280,25	R\$	280,25	R\$	280,25	R\$	280,25	R\$	830,15	
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	288,01		288,01	R\$	288,01	R\$	288,01	R\$	288,01	R\$	288,01	R\$	971,59	
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	320,01	R\$	320,01	R\$	320,01	R\$	320,01	R\$	320,01	R\$	320,01	R\$	1.020,75	
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	330,70	R\$	330,70	R\$	330,70	R\$	330,70	R\$	330,70	R\$	330,70	R\$	1.020,75	
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	363,77	R\$	363,77	R\$	363,77	R\$	363,77	R\$	363,77	R\$	363,77	R\$	1.020,77	
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	517,90	R\$	517,90	R\$	517,90	R\$	517,90	R\$	517,90	R\$	517,90	R\$	1.506,31	
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79		655,36	R\$	655,36	R\$	525,62		525,62	R\$	525,62	R\$	525,62	R\$	525,62	R\$	525,62	R\$	2.229,33	
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	666,33	R\$	666,33	R\$	666,33	R\$	666,33	R\$	666,33	R\$	666,33	R\$	2.853,57	
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$	1.279,44	R\$	1.026,15	R\$	1.026,15	R\$	1.026,15	R\$	1.026,15	R\$	1.026,15	R\$	1.026,15	R\$	3.689,09	

COPARTICIPAÇÃO				сом со	PARTI	CIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO												
PRODUTO		NOTREL	IFE	50+		NO.	TREL	.IFE	NOSSO MÉDICO SUL						NOSSO MÉDICO LESTE					ORTE	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA											
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				ENFERMARIA					ENFER	MARIA	١	ENFERMARIA				ENFERMARIA				
ASSISTÊNCIA		Médica 1		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL	Médica 1			Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0						4.614/2			498.75	5/24-1			498.75	3/24-5		498.754/2				
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353		33621		37362		33614		37359		33623		37358	
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	181,93	R\$	181,93	R\$	181,93	R\$	181,93	R\$	181,93	R\$	181,93	
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	221,79	R\$	221,79	R\$	221,79	R\$	221,79	R\$	221,79	R\$	221,79	
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	227,93	R\$	227,93	R\$	227,93	R\$	227,93	R\$	227,93	R\$	227,93	
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	253,25	R\$	253,25	R\$	253,25	R\$	253,25	R\$	253,25	R\$	253,25	
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	261,71	R\$	261,71	R\$	261,71	R\$	261,71	R\$	261,71	R\$	261,71	
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	287,88	R\$	287,88	R\$	287,88	R\$	287,88	R\$	287,88	R\$	287,88	
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	409,85	R\$	409,85	R\$	409,85	R\$	409,85	R\$	409,85	R\$	409,85	
49 a 53 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	415,96	R\$	415,96	R\$	415,96	R\$	415,96	R\$	415,96	R\$	415,96	
54 a 58 anos	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	527,31	R\$	527,31	R\$	527,31	R\$	527,31	R\$	527,31	R\$	527,31	
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	812,06	R\$	812,06	R\$	812,06	R\$	812,06	R\$	812,06	R\$	812,06	

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR					
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54					
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90					
* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.									

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 <u>Coparticipação Parcial</u> 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 <u>Coparticipação</u> 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 "COPARTICIPACÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Ciente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em

COPA	RTICIPAÇÃO POR PROCEDIME	NTO
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

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.
- 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 recontacem:
- 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.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do termino 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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 9856/98. Declaro, ainda, que por mera liberalidade recusei a oferta, optando pela contratação de produto diverso.

O contrato que reguia o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.82523-7), 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 incluidos no valor da mensalidade do plano odontológico, so procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, de 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-ora; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; ovidenciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de fluor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no tem 7.3, de Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante dou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBIPPO — Classificação Brasileira Hierarquisda de Procedimentos Odontológicos (giente, na adontológica), juntamente com co valor pré-estabelectido de mensalidade do plano adontológicos.

ão Paulo-SP, de	de 20
Assinatura do Contratante ou	ı Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

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 adontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

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



REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETARIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE São Paulo-SP

ANS nº 359017

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

Hobicbane			
PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42.95%	54 00%	29.28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO SUL	NOSSO MÉDICO LESTE	NOSSO MÉDICO 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 prese etária a serem implementados neste documento, em plena	no plano de saúde or	a contratado,	de acordo com a	variação das faix	as etárias estabelecidas
	São Paulo-SP,	_de		_ de 20	
	Assinatura (do Contratante	ou Responsável	Legal	



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAUDE INDIVIDUAL

Campinas-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

NotreDame														
COPARTICIPAÇÃO						COPA	RTICIF	PAÇÃO PARCIAL					SEM C	OPARTICIPAÇÃO
PRODUTO		NOTREL	IFE	50+		N O	DICO	F	REFERÊNCIA					
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	SPITALAR	-	AMBULATORIAL + F	HOSPI1	TALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENT	0		EN	NFERM	ARIA		EN	ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0				49	94.614/	23-6		49	8.746/24	-2	432.753/00-5		
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354		33611		37363		35027
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06	R\$	1.020,77
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72	R\$	1.506,31
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13	R\$	2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$	1.279,44	R\$	1.122,86	R\$	1.122,86	R\$	3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

ANS nº 359017

) 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						COM	A COPA	ARTICIPAÇÃO					
PRODUTO		NOTREL	IFE:	50+		N O	TRE	LIFE	NOSSO MÉDICO				
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	. + HOS	PITALAR	- 1	AMBULATORIAL + F	OSPIT.	ALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO)		EN	IFERM/	ARIA		EN	FERMAF	RIA	
ASSISTÊNCIA		Médica ¹	I	lédica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica 1	Médica + ROL		
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			49	94.614/2	23-6		49	8.746/24	-2	
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353		33447		37364	
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	199,07	R\$	199,07	
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	242,68	R\$	242,68	
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	249,40	R\$	249,40	
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	277,11	R\$	277,11	
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	286,37	R\$	286,37	
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	315,00	R\$	315,00	
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	448,47	R\$	448,47	
49 a 53 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	455,16	R\$	455,16	
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24 R\$ 1.217,24		R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	577,01	R\$	577,01			
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	888,60	R\$	888,60	

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

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

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

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: Cobranca de coparticipação por procedimento realizado

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 haia mudanca 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
- 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
- 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 termino do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três)

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

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 RESIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estás osigitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, está 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 orientação de majerie outar, evidenticação de placa declariana, e aplicitação procedimentos previstos no ROL da ANS para a segementação odoniológicas, não constantes no tiem 7.3, da Cláusua Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelos cientrata terraquizada de dependenta Section de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO - Classificação Brasilenta Herarquizada de Procedimentos Odontológicos vígente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal	inas-SP, de	de 20
Assume as a contractante ou responsaver Legal	Assinatura do Contra	atante ou Responsável Legal
	Assinatura do Contra	atante ou kesponsavei Legai

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional específicado nesta tabela

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.



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

Campinas-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

NotreDame			
PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
Do "E4 o E9" o "E0 ou moio"	42.05%	54.00%	20 28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
COPARTICIPAÇÃO	COPÁRTICIPAÇÃO PARCIAL
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
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

ANS nº 359017



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAUDE INDIVIDUAL

Jundiaí-SF Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

NotreDame														
COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										SEM C	OPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO		NOTREL	IFE:	50+	NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO					REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR					MBULATORIAL + H	OSPIT/	ALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO)		ENI	ERMA	RIA	ENFERMARIA					ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA		Médica ¹		lédica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL	edica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0					494	1.614/2	3-6	498.749/24-7					432.753/00-5
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354		33607		37365		35027
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06	R\$	1.020,77
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72	R\$	1.506,31
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13	R\$	2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$	1.279,44	R\$	1.122,86	R\$	1.122,86	R\$	3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

ANS nº 359017

) 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	COM COPARTICIPAÇÃO											
CUPARTICIPAÇÃO												
PRODUTO		NOTREL	IFE 5	50+		NO.	reli	FE		NOS	SO MÉD	ICO
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOSE	PITALAR	A	MBULATORIAL + H	OSPITAL	AR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO		ENFERMARIA				ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA		Médica 1	M	édica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			49	4.614/23-	6		49	8.749/24	-7
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353		33610		37366
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	199,07	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	242,68	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	249,40	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	277,11	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	286,37	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	315,00	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	448,47	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	455,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	577,01	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	888,60	R\$	888,60

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

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

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.

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: Cobranca de coparticipação por procedimento realizado

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:
- I. 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
- 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 termino do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três)
-) Ciente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em

<u> ATENÇAO -</u>	PLANO	ODONTO	<u>LOGICO</u>
-------------------	-------	--------	---------------

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 préestabelecido, 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 fluor). Os demais procedimentos previstos no evidericação de praca bacteriania, y apritação topica de indury. Os beinhais procedimentos previstos no ROL da ARS 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 déstima do 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

ındiaí-SP, de	de 20
Assinatura do Contratante o	u Responsável Legal
Assinatura do Representante	Camazzial Autorianda

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela

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 precos 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



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

Jundiaí-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

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

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

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos indices 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.								
Jundia-SP, de de 20								
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal								

ANS nº 359017



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Mogi das Cruzes-SP
Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

ANS no 359017

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL														COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO		NOTREL	IFE	50+	NOTRELIFE						NOSSO		REFERÊNCIA			
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOS	PITALAR	Α	MBULATORIAL + H	IOSPIT/	ALAR + OBSTETR	RÍCIA	AN	IBULATORIAL + HOSI	PITALA	R + OBSTETRÍCIA	REFERÊNCIA		
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENT)		EN	FERMA	RIA			ENFER	MARIA		ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA		Médica 1	N	Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1 Médica + ROL						
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			49	4.614/2	3-6			498.75	0/24-1			432.753/00-5	
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354			33619		37371		35027	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$		318,47	R\$	251,54	R\$	251,54	R\$	614,91	
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$		349,42	R\$	306,66	R\$	306,66	R\$	830,15	
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$		359,10	R\$	315,16	R\$	315,16	R\$	971,59	
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$		398,99	R\$	350,17	R\$	350,17	R\$	1.020,75	
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$		412,32	R\$	361,87	R\$	361,87	R\$	1.020,75	
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$		453,57	R\$	398,06	R\$	398,06	R\$	1.020,77	
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$		645,76	R\$	566,72	R\$	566,72	R\$	1.506,31	
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$		655,36	R\$	575,16	R\$	575,16	R\$	2.229,33	
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$		830,79	R\$	729,13	R\$	729,13	R\$	2.853,57	
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$		1.279,44	R\$	1.122,86	R\$	1.122,86	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	COM COPARTICIPAÇÃO													
PRODUTO		NOTREL	IFE :	50+		NO.	TREL	FE	NOSSO MÉDICO					
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOSI	PITALAR	Α	MBULATORIAL + H	OSPITAI	AR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO			EN	FERMAR	RIA		ENFER	RMARIA			
ASSISTÊNCIA		Médica ¹	M	lédica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		Médica 1		Médica + ROL		
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			49	4.614/23	-6		498.7	50/24-1			
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353		33620	37372			
00 a 18 anos	R\$	790,91	90,91 R\$ 790,9	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	199,07	R\$	199,07		
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	242,68	R\$	242,68		
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	249,40	R\$	249,40		
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	277,11	R\$	277,11		
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	1.187,94 R\$ 326,33 R\$ 326		326,33	R\$	286,37	R\$	286,37			
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	94 R\$ 1.187,94		R\$ 358,98		R\$ 358,98		R\$	315,00	R\$	315,00		
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	448,47	R\$	448,47		
49 a 53 anos	R\$	R\$ 1.187,96		1.187,96	R\$ 518,69		R\$	R\$ 518,69		455,16	R\$	455,16		
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24 R\$		R\$	1.217,24	R\$ 657,53		R\$ 657,53		R\$	577,01	R\$	577,01		
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	888,60	R\$	888,60		

ODONTOLOGIA REGISTRO CÓD, INTERNO VALOR PROMO* VALOR ODONTO PROTEÇÃO 495.625/23-7 33199 R\$ 0.00 R\$ 18,54 PREMIUM NACIONAL 495.617/23-6 33108 R\$ 19,90 R\$ 49,90

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

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 <u>Coparticipação Parcial</u> 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 <u>Coparticipação</u> 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 "COPARTICIPACÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Ciente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

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

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.
- 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.
- Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do termino 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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência adontológica 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. Estás sujeitos a regime de preco pré-estabelecido, ou seja, estás incluidos 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; inicisão e drenagem de abscesso catera ora; inicisão e drenagem de abscesso catera ora; inicisão e drenagem de abscesso catera ora; inicisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do más subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

Mogi das Cruzes-SP, de	de 20
Assinatura do Contratante ou Re	esponsável Legal
Assinatura do Representante Con	nercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

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 "Notreifie" 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



REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÀRIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE Mogi das Cruzes-SP

Para	contratos	assinados	de	01/06/2025	а	30/06/202

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

NOSSO MEDICO
AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
ENFERMARIA
498.750/24-1
21,91%
2,77%
11,11%
3,34%
10,00%
42,37%
1,49%
26,77%
54,00%

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.
Mogi das Cruzes-SP, de de 20
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Santos-SP



Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

NotreDame						rai	a contra	itos assiriados	s de 01/00/2	.025 a	30/00/2023						
COPARTICIPAÇÃO				COPARTI	CIPAÇ	ÃO PARCIAL					REFERÊNCIA		DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO				
PRODUTO		NOTREL	IFE :	0 +	NOTRELIFE SE						COPARTICIPAÇÃ	10					
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	PITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA						- No ato da contratação do plano de assistência médica e/ou odontológica, s							
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO	ENTO		NTO		NTO		ENFE	RMARIA	1			ENFERMARIA		nto promocional por tempo determinado no percentual de 15% (quinze por cento) de nto nas 3 (três) primeiras parcelas do plano de saúde, considerando as premissas
ASSISTÊNCIA		Médica 1		lédica + ROL		Médica 1		Médica + RO	OL			abaixo					
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			494.	614/23-6				432.753/00-5	ubuixo	•				
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354			35027	1. O de	esconto será aplicado a todas as faixas etárias.				
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$		318,47	R\$	614,	1					
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$		349,42	R\$	830,	5 2. O de	esconto não será progressivo.				
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$		359,10	R\$		9 3 0 46	esconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto				
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99			398,99	R\$		5 contra	atado possua mecanismo de regulação financeira.				
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32			412,32	R\$							
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57			453,57	R\$			o haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da				
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76			645,76	R\$			ão do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo				
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36			655,36	R\$		· .	do o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.				
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79			830,79	R\$			esconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.				
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$		1.279,44	R\$	3.689,	9					
COPARTICIPAÇÃO				сом со	PART	TCIPAÇÃO						6. Apó	s o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela				
PRODUTO		NOTREL	IFE :	0 +		NOT	RELIFE			i							
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOS	PITALAR		AMBULATORIAL + HO	SPITALA	R + OBSTETE	RÍCIA				esconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o				
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO			ENFE	RMARIA	١				period	lo de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.				
ASSISTÊNCIA		Médica 1		lédica + ROL		Médica 1		Médica + RO	OL			8 Por	não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar				
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			494.	614/23-6						lo do termino do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado				
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353					3 (três) primeiras parcelas.				
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04			252,04								
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54			276,54				iente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse				
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21			284,21			em mii	nha adesão.				
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78			315,78	_							
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33			326,33				CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES				
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98			358,98	Ι.	,						
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09			511,09								
49 a 53 anos 54 a 58 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69			518,69	0111	unuas de seus ter	ios, o chen	ne deciara sua ciencia e concordancia nos campos abaixo muicados.				
59 ANOS OU MAIS	R\$ R\$	1.217,24 1.740,08	R\$ R\$	1.217,24 1.740,08	R\$ R\$	657,53 1.012,61			657,53 1.012,61	1) Ciente da escol	a de preço	com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de				
59 AINOS OU IVIAIS	ĽΦ	1.740,06	ĽΦ	1.740,06	Ľφ	1.012,61	ĽΦ		1.012,61		rapias Especiais OCEDIMENTO".	e Demais	Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR				
ODONTOLOGIA		REGISTRO	C	ÓD. INTERNO		VALOR PROMO *		VALOR		1) Ciente da es	olha de n	reço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de				
ODONTO PROTEÇÃO		495.625/23-7		33109		R\$ 0,00		R\$ 18,54			ocedimentos, e d	e seus lim	nitadores, e de valor fixo e nos grupos de procedimentos informados no quadro				
PREMIUM NACIONAL		495.617/23-6		33108		R\$ 19,90		R\$ 49,90		"CO	OPARTICIPAÇÃO	OR PROCE	EDIMENTO".				
* Valor Promocional quando benefi	ciário adq	uire, no ato da contrata	ção, um	plano médico-hospital	ar.							ue o valor	máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme				
COPART	ICIPAÇÃ	O POR PROCEDIME	NTO								evisto em contrato						
PROCEDIMENTO	COPAR	TICIPAÇÃO PARCIAL	CC	PARTICIPAÇÃO		DECLARAÇÃO DE O	FERTA	E RECUSA D	O PLANO	-REF	<u>ERÊNCIA</u>						
Consultas Eletivas		-	Va	lor fixo R\$ 40,39	l								Santos-SP, de de 20				
Consultas de Urgência		-	Va	lor fixo R\$ 57,24		Declaro, para os de											
Exames Simples		-	40%	imitado a R\$ 47,70						na ANS sob o n°							
Exames Complexos		-	40% I	mitado a R\$ 116,60						no art. 10 da Lei nº							
Terapias Especiais	Va	lor fixo R\$ 73,03	Va	lor fixo R\$ 73,03						de recusei a oferta, Assinatura do Contratante ou Responsável Legal							
Demais Terapias	Va	alor fixo R\$ 39,33	Va	lor fixo R\$ 39,33	opta	ando pela contrataçã	o ae pro	auto aiverso).				. •				
Internações		-		-													
Obs: Cobrança de coparticipação p	or proced	limento realizado											Assinatura do Representante Comercial Autorizado				

Santos-SP, de	de 20_
Assinatura do Contratante o	u Responsável Legal
Assinatura da Banyasantanta	Camanaial Autoninada

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

Observações:

*****Hapvida

- 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.



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

Santos-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

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

	s índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no neste documento, em plena conformidade com os termos do
Santos-SP, de	_ de 20
Assinatura do Contratante ou Responsável	l Legal

ANS no 359017

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 agudalpulpectomia/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 intraoral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor préestabelecido da mensalidade do plano odontológico

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAUDE INDIVIDUAL

São Bernardo do Campo-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

* Hapvida
NotreDame

COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										SEM C	OPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO		NOTRELIFE 50+				NOTRE	LIF		NOSSO MÉDICO					REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOS	PITALAR		AMBULATORIAL + HOSPI	TALAR	+ OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSF	PITALAI	R + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO)		ENFERMARIA				ENFER	MARIA			ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA		Médica 1 Médica + ROL				Médica 1		Médica + ROL	Médica 1			Médica + ROL		
REGISTRO ANS		494.612/23-0				494.614/23-6				498.74	4/24-6			432.753/00-5
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354		33488		37369		35027
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06	R\$	1.020,77
14 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72	R\$	1.506,31
19 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13	R\$	2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$	1.279,44	R\$	1.122,86	R\$	1.122,86	R\$	3.689,09

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

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-

) 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		COM COPARTICIPAÇÃO											
PRODUTO	NOTRELIFE					NOTREL	IFE :	5 0 +	NOSSO MÉDICO				
SEGMENTAÇÃO	AMBUL	ATORIAL + HOSP	ITALAR	+ OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL	+ HOSF	PITALAR	ı	AMBULATORIAL + HOSF	ITALAR	+ OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	EN	FERMARIA				APARTAI	MENTO			ENFER	MARIA		
ASSISTÊNCIA		Médica ¹	M	lédica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL	
REGISTRO ANS	49	4.614/23-6				494.612	2/23-0			498.74	4/24-6		
CÓD. INTERNO		32167		37353		28410		37349		33608		37370	
00 a 18 anos	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	199,07	R\$	199,07	
19 a 23 anos	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	242,68	R\$	242,68	
24 a 28 anos	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	249,40	R\$	249,40	
29 a 33 anos	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	277,11	R\$	277,11	
34 a 38 anos	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	286,37	R\$	286,37	
39 a 43 anos	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,00	R\$	315,00	
44 a 48 anos	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	448,47	R\$	448,47	
49 a 53 anos	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	455,16	R\$	455,16	
54 a 58 anos	R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	577,01	R\$	577,01	
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	888,60	R\$	888,60	

R\$ 0,00

R\$ 19.90

oral: incisão e drenagem de abscesso intra-oral: reimplante de dente avulsionado: orientação de higiene bucal: evidenciação de placa bacteriana: e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

495.625/23-7 PREMIUM NACIONAL 495.617/23-6 33108 * Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar

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

- () 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.

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

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:

R\$ 18,54

R\$ 49.90

- . O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- 2. O desconto não será progressivo
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franguja, caso o produto contratado possua necanismo de regulação financeira.
- 4. Caso haja mudanca 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.
- 8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do termino 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.

São Bernardo do Campo-SP, de	de 20
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal	

Assinatura do Renresentante Comercial Autorizado

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

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

33109

- · 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.

ANS

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

São Bernardo do Campo-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

*****Hapvida

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

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
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 contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os term	
São Bernardo do Campo-SP, de	de 20
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal	_

ANS

Sorocaba-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

566,72 R\$

575,16 R\$

729.13

1.122.86

566,72 R\$

575,16 R\$

729.13 R\$

1.122.86 R\$ 1.506.31

2.229,33

2.853.57

3.689.09

OPARTICIPAÇÃO SEM COPARTICIPAÇÃO NOTRELIFE 50+ NOSSO MÉDICO NOTRELIFE REFERÊNCIA AMBULATORIAL + HOSPITALAR AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTE REFERÊNCIA APARTAMENTO ENFERMARIA ENFERMARIA ENFERMARIA ASSISTÊNCIA 494.612/23-0 494.614/23-6 498.752/24-7 REGISTRO ANS 432.753/00-5 CÓD. INTERN 33567 28411 32169 37354 35027 00 a 18 anos R\$ 933.27 R\$ 933,27 R\$ 318.47 R\$ 318.47 R\$ 251.54 R\$ 251,54 R\$ 614,91 R\$ 1.401,77 1.401,77 R\$ 349,42 R\$ 349,42 R\$ 306.66 306,66 R\$ 19 a 23 anos R\$ R\$ 830.15 R\$ R\$ R\$ 1 401 77 359 10 R\$ 359 10 R\$ 315 16 R\$ 315.16 R\$ 971 59 24 a 28 anns 1 401 77 29 a 33 anns R\$ 1 401 77 R\$ 1 401 77 R\$ 398 99 R\$ 398 99 R\$ 350 17 R\$ 350 17 R\$ 1 020 75 34 a 38 anns R\$ 1 401 77 R\$ 1 401 77 R\$ 412 32 R\$ 412 32 R\$ 361.87 R\$ 361.87 R\$ 1 020 75 39 a 43 anos R\$ 1.401.77 R\$ 1.401.77 R\$ 453.57 R\$ 453.57 R\$ 398,06 R\$ 398,06 R\$ 1.020.77

645.76 R\$

655.36 R\$

830.79

1.279.44

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de ano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432 753/00-5 cuias 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		COM COPARTICIPAÇÃO										
PRODUTO	NOTRELIFE 50+				NOTR	ELIF	E	NOSSO MÉDICO				
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOSF	PITALAR	,	AMBULATORIAL + HOSE	PITALA	R + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			R + OBSTETRÍCIA
ACOMODAÇÃO		APARTA	MENTO			ENFER	MARIA	1		ENFERI	MARIA	
ASSISTÊNCIA		Médica ¹		lédica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			494.614/23-6				498.75	2/24-7	
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353		33616		37368
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	199,07	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	242,68	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	249,40	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	277,11	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	286,37	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	315,00	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	448,47	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	455,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	577,01	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	888,60	R\$	888,60

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

1.401,77 R\$

1.401,79 R\$

1.436.34 R\$

2.053.28 R\$

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

R\$

R\$

R\$

1.401.77 R\$

1.401.79 R\$

1.436.34

2.053.28 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

- () 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

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

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

645.76 R\$

655.36 R\$

830.79

1.279.44

 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 nismo 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 termino 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

30100	aba-se, de	de 20
_		
	Assinatura do Contratante ou Resp	onsåvel Legal
	Assinatura do Representante Comer	rial Autorizado

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela

44 a 48 anos

49 a 53 anos

54 a 58 anos

59 ANOS OU MAIS

- 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

ANS

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

Sorocaba-SP

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

NotreDame			
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 + OBSTETRÍCIA
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%

*****Hapvida

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar ciente dos indices 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

59 ANOS OU MAIS

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Americana-SP

era contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/20

1.122,86 R\$

1.122,86 R\$

3.689,09

NotreDame								Pai	ra conti	atos assinados de 01/06/.	2025 a	30/06/2025		
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL S									SEM (COPARTICIPAÇÃO			
PRODUTO	NOTRELIFE 50+					NOTRELIFE			NOSSO MÉDICO					REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA				ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica ¹ Médica + ROL				Médica 1		Médica + ROL	Médica 1			Médica + ROL			
REGISTRO ANS	494.612/23-0			494.614/23-6			498.745/24-4				432.753/00-5			
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354		33490		37373		35027
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06	R\$	1.020,77
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72	R\$	1.506,31
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13	R\$	2.853,57

1.279,44 R\$

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

ANS no 359017

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

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO										
PRODUTO	NOTRELIFE 50+			NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO				
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL	+ HOSP	ITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			+ OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA					
ASSISTÊNCIA	Médica ¹ Médica + ROL			Médica 1	Médica + ROL			Médica ¹ Médica +		Médica + ROL		
REGISTRO ANS		494.61	2/23-0			494.614/2	23-6		498.745/24-4			
CÓD. INTERNO		28410		37349		32167		37353		33633		37374
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	199,07	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	242,68	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	249,40	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	277,11	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	286,37	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	315,00	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	448,47	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	455,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	577,01	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	888,60	R\$	888,60

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMILIM NACIONAL	495 617/23-6	33108	R\$ 19.90	R\$ 49.90

2.053,28

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

2.053,28

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 <u>Coparticipação Parcial</u> 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 <u>Coparticipação</u> 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.

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					

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

1.279,44 R\$

- 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:
- I. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- 2. 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.
- 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.

Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do termino 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

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 pole contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preco pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor a mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3 ac Cláusula Sélima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protetica; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; inicisão e drenagem de abscessos intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação de place abscrienais; e aplicação tópica de fluior). 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 CRIPDO - 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

-	de	de 20
Assinatu	ra do Contratante ou R	tesponsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional específicado nesta tabela.

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 "Notreifie" 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.



REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÀRIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE Americana-SP

ANS nº 359017

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

1100100001110			
PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
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 indices de reajus saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena cor	
Americana-SP, de de 20	_
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal	



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Rio de Janeiro-R.I

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				RE	FERÊNCIA			
PRODUTO		NOTREL	IFE 5	0 +		NOTR	ELIFE		SEM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMB	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO		APARTAMENTO				ENFERMARIA			EN	IFERMARIA
ASSISTÊNCIA		Médica ¹ Médica + ROL				Médica ¹	Médica + ROL			
REGISTRO ANS		495.269/23-3			495.270/23-7				432.753/00-5	
CÓD. INTERNO		28482		37352		32166		37355		35027
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	1.020,77
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	1.506,31
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$	1.279,44	R\$	3.689,09

COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO						
PRODUTO		NOTRELIFE 50+			NOTRELIFE			
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO		APARTAMENTO			ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA		Médica ¹ Médica + ROL			Médica ¹ Médica + ROL			/lédica + ROL
REGISTRO ANS		495.26	9/23-3			495.27	0/23-7	
CÓD. INTERNO		28481		37351		32164		37356
00 a 18 anos	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	252,04	R\$	252,04
19 a 23 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	276,54	R\$	276,54
24 a 28 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	284,21	R\$	284,21
29 a 33 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,78	R\$	315,78
34 a 38 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	326,33	R\$	326,33
39 a 43 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	358,98	R\$	358,98
44 a 48 anos	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	511,09	R\$	511,09
49 a 53 anos	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	518,69	R\$	518,69
54 a 58 anos	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	657,53	R\$	657,53
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

^{*} Valor Promocional guando 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

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.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

ANS nº 359017

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 termino 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 <u>Coparticipação</u> 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.

lio de Ja	neiro-RJ, de de 20
-	Assinatura do Contratante ou Responsável Legal
	Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

- 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.



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

Rio de Janeiro-RJ

Para contratos assinados de 01/06/2025 a 30/06/2025

AN			

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

Após a devida análise do presente instrument faixa etária a serem implementados no plano estabelecidas neste documento, em plena con	de saúde ora contratado, de	e acordo com a variação das faixas etárias
Rio de Janeiro-RJ,	de	de 20
Assinatura (do Contratante ou Responsável	Legal

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 incluidos 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; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; reimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extraoral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação de placa bacteriana; e aplicação tópica de fluor). 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 polo contratane 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