

COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						REFERÊNCIA				
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +			NOTRELIFE			NOSSO MEDICO SUL			NOSSO MEDICO LESTE			NOSSO MEDICO NORTE			SEM COPARTICIPAÇÃO		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA						AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA						REFERÊNCIA		
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA			ENFERMARIA			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			494.614/23-6			498.755/24-1			498.753/24-5			498.754/24-3					
COD. INTERNO	28411			32169			33613			33612			33615			432.753/00-5		
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$ 37350	R\$ 933,27	R\$ 32169	R\$ 318,47	R\$ 37354	R\$ 318,47	R\$ 33613	R\$ 229,88	R\$ 37361	R\$ 229,88	R\$ 33612	R\$ 229,88	R\$ 37360	R\$ 229,88	R\$ 35027	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 380,25	R\$ 380,25	R\$ 380,25	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 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\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 871,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 3.689,09

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO						COM COPARTICIPAÇÃO						DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA																	
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +			NOTRELIFE			NOSSO MÉDICO SUL			NOSSO MÉDICO LESTE					NOSSO MÉDICO NORTE															
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA						AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA																				
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA			ENFERMARIA					ENFERMARIA															
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL															
REGISTRO ANS	494.612/23-0						494.614/23-6						498.755/24-1						498.753/24-5						498.754/24-3					
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	R\$	812,06								

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

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	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 adquirir, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES			DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO	
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:			- 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:	
() Cliente 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".			1. O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.	
() Cliente 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".			2. O desconto não será progressivo.	
() Cliente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.			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.	
			() Cliente dos termos do desconto promocional por tempo determinado, manifesto interesse em minha adesão.	
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO		
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39		
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24		
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70		
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60		
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03		
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33		
Internações	-	-		

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Notas:
- Assistência Médica ¹: Plano de assistência médica com 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 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciación 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

São Paulo-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERÊNCIA
ACOMODACÃO	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 MEDICO SUL	NOSSO MEDICO LESTE	NOSSO MEDICO NORTE
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODACÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.755/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%	21,91%	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	2,77%	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	11,11%	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	42,37%	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	1,49%	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	26,77%	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	54,00%	54,00%

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

São Paulo-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	35027
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 251,54
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 306,66
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 315,16
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 350,17
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 361,87
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 398,06
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 566,72
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 575,16
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 729,13
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86

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	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6	
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353
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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	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.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

- O desconto será aplicado a todas as faixas etárias.
- O desconto não será progressivo.
- O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.
- Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recargagem.
- 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.

7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.

8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

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

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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Campinas-SP, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica *: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA 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 odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

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

PRODUTO	NOTRELIFE 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 MEDICO
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		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		498.749/24-7		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

() 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 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		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		498.749/24-7	
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.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

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

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

Jundiaí-SP, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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 odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

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

PRODUTO	NOTRELIFE 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 MEDICO
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 índices de reajuste por faixa etária a serem implementados no plano de saúde ora contratado, de acordo com a variação das faixas etárias estabelecidas neste documento, em plena conformidade com os termos do contrato e da legislação aplicável.

Jundiaí-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		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		498.750/24-1		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	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		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		498.750/24-1	
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33620	37372
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 adquirir, 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.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

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

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

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERENCIA
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 MEDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.750/24-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE 50+			NOTRELIFE			SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL		Médica ¹	Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0			494.614/23-6			432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28411	37350		32169	37354		35027
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	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\$ 349,42	R\$ 830,15	
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 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\$ 1.279,44	R\$ 3.689,09	

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO					
PRODUTO	NOTRELIFE 50+			NOTRELIFE		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL		Médica ¹	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0			494.614/23-6		
CÓD. INTERNO	28410	37349		32167	37353	
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 252,04	
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 276,54	
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 284,21	
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 315,78	
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 326,33	
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 358,98	
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 511,09	
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 518,69	
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	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	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 quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

- 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 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.

Santos-SP, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica ¹: Plano de assistência médica com 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 "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

PRODUTO	NOTRELIFE 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%

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

Santos-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										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				498.744/24-6				432.753/00-5
COD. 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\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 251,54	R\$ 251,54	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\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 306,66	R\$ 306,66	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\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 315,16	R\$ 315,16	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\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 350,17	R\$ 350,17	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\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 361,87	R\$ 361,87	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\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 398,06	R\$ 398,06	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\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 566,72	R\$ 566,72	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\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 575,16	R\$ 575,16	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\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 729,13	R\$ 729,13	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\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	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	NOT RELIFE				NOT RELIFE 50+				NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA				APARTAMENTO				ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.614/23-6				494.612/23-0				498.744/24-6			
COD. 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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

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 adquirir, 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: 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:

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

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

São Bernardo do Campo-SP, ____ 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 ODONTOLÓGICA 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 odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

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

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

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

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO				COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										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						498.752/24-7				432.753/00-5	
CÓD. INTERNO	28411		37350		32169			37354			33567		37367		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	NOT RELIFE 50 +				NOT RELIFE				NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				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				498.752/24-7			
COD. 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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

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 adquirir, 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: 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.

3. O desconto não incide sobre valores de coparticipação e/ou franquia, caso o produto contratado possua mecanismo de regulação financeira.

4. Caso haja mudança de faixa durante o período da concessão do desconto, o percentual da variação do preço se dará sobre o valor originário do plano para nova faixa etária, sendo aplicado o desconto até o final do prazo concedido e sem recontagem.

5. O desconto será aplicado somente para pagamentos realizados até a data do vencimento.

6. Após o prazo das 3 (três) primeiras parcelas do plano, o valor será cobrado conforme tabela de vendas.

7. O desconto será aplicado conforme tabelas de venda praticada no ato da contratação e o período de aplicação respeitará o prazo de vigência da respectiva tabela.

8. Por não se tratarem de descontos cumulativos, o desconto familiar somente irá vigorar quando do término do desconto promocional aderido no ato da adesão do contrato, aplicado nas 03 (três) primeiras parcelas.

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

Sorocaba-SP, ____ 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.

Observações:

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

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

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

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

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

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

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

Sorocaba-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				NOSSO MEDICO		REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		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	
COD. INTERNO	28411		37350		32169		37354		33490		37373	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13
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

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	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				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			
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

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

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.

DESCONTO PROMOCIONAL POR TEMPO DETERMINADO

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

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

Americana-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Notas:

- Assistência Médica *: 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 odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERENCIA
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 MEDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.745/24-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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

Americana-SP, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE 50+			NOTRELIFE			SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA
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\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 3.689,09

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO					
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +			NOTRELIFE		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL		Médica ¹	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	495.269/23-3			495.270/23-7		
CÓD. INTERNO	28481	37351		32164	37356	
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 252,04
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 276,54
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 284,21
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 315,78
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 326,33
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 358,98
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 511,09
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 518,69
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 657,53
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	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 quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

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

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

Rio de Janeiro-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.

Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- Atenção! No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

PRODUTO	NOTRELIFE 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%

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

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

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

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

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal