

COPARTICIPAÇÃO	NOSSO PLANO - FRANQUIA						COM COPARTICIPAÇÃO						PLANOS ODONTOLÓGICOS					
	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO			SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO			SEM COPARTICIPAÇÃO					
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			ODONTOLÓGICO					
ACOMODADAÇÃO	ENFERMARIA			APARTAMENTO			ENFERMARIA			APARTAMENTO			SEM ACOMODADAÇÃO					
ASSISTÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	REFERÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	REFERÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	REFERÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	REFERÊNCIA	VALOR PRECATORIAL	VALOR				
REGISTRO ANS	469.978/13-9			469.975/13-1			436.062/01-1			469.976/13-9			469.977/13-7			472.185/14-3		
COD. INTERNO	9937			8821			9936			8820			9939			8822		
0 A 18 ANOS	R\$ 200,81	R\$ 216,87	R\$ 296,16	R\$ 302,22	R\$ 1.696,57	R\$ 170,69	R\$ 170,69	R\$ 186,75	R\$ 243,24	R\$ 259,30	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
19 A 23 ANOS	R\$ 265,06	R\$ 286,27	R\$ 377,72	R\$ 388,93	R\$ 2.239,45	R\$ 225,30	R\$ 225,30	R\$ 246,51	R\$ 321,06	R\$ 342,28	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
24 A 28 ANOS	R\$ 304,80	R\$ 329,21	R\$ 434,34	R\$ 458,77	R\$ 2.575,37	R\$ 259,08	R\$ 259,08	R\$ 283,49	R\$ 369,19	R\$ 393,62	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
29 A 33 ANOS	R\$ 341,39	R\$ 368,72	R\$ 486,48	R\$ 513,82	R\$ 2.884,40	R\$ 290,18	R\$ 290,18	R\$ 317,51	R\$ 413,51	R\$ 440,85	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
34 A 38 ANOS	R\$ 358,46	R\$ 387,16	R\$ 510,80	R\$ 539,51	R\$ 3.029,61	R\$ 304,69	R\$ 304,69	R\$ 333,39	R\$ 434,18	R\$ 462,89	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
39 A 43 ANOS	R\$ 405,05	R\$ 437,49	R\$ 577,20	R\$ 609,65	R\$ 3.422,33	R\$ 344,29	R\$ 344,29	R\$ 376,73	R\$ 490,62	R\$ 523,07	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
44 A 48 ANOS	R\$ 494,15	R\$ 533,74	R\$ 704,16	R\$ 743,77	R\$ 4.175,23	R\$ 420,03	R\$ 420,03	R\$ 459,61	R\$ 598,54	R\$ 638,15	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
49 A 53 ANOS	R\$ 681,92	R\$ 736,56	R\$ 971,74	R\$ 1.026,40	R\$ 5.761,81	R\$ 579,63	R\$ 579,63	R\$ 634,26	R\$ 825,98	R\$ 880,85	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
54 A 58 ANOS	R\$ 920,60	R\$ 994,36	R\$ 1.311,85	R\$ 1.385,64	R\$ 7.778,44	R\$ 782,51	R\$ 782,51	R\$ 856,25	R\$ 1.115,07	R\$ 1.188,88	R\$ 15,06	R\$ 43,58						
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.196,76	R\$ 1.292,67	R\$ 1.705,38	R\$ 1.801,33	R\$ 10.111,97	R\$ 1.017,25	R\$ 1.017,25	R\$ 1.113,13	R\$ 1.449,57	R\$ 1.545,54	R\$ 15,06	R\$ 43,58						

COPARTICIPAÇÃO	MIX - FRANQUIA					
	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO		
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		
ACOMODADAÇÃO	ENFERMARIA			APARTAMENTO		
ASSISTÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	REFERÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica <sup>2</sup>	REFERÊNCIA
REGISTRO ANS	469.978/13-9			469.980/13-7		
COD. INTERNO	9940			8825		
0 A 18 ANOS	R\$ 252,74	R\$ 268,80	R\$ 379,09	R\$ 395,15		
19 A 23 ANOS	R\$ 333,61	R\$ 354,82	R\$ 500,40	R\$ 521,60		
24 A 28 ANOS	R\$ 383,64	R\$ 408,04	R\$ 575,45	R\$ 599,84		
29 A 33 ANOS	R\$ 429,67	R\$ 457,00	R\$ 644,50	R\$ 671,82		
34 A 38 ANOS	R\$ 451,14	R\$ 479,85	R\$ 676,71	R\$ 705,41		
39 A 43 ANOS	R\$ 509,79	R\$ 542,23	R\$ 764,06	R\$ 797,11		
44 A 48 ANOS	R\$ 621,94	R\$ 661,52	R\$ 932,89	R\$ 972,47		
49 A 53 ANOS	R\$ 858,27	R\$ 912,90	R\$ 1.287,39	R\$ 1.342,01		
54 A 58 ANOS	R\$ 1.158,65	R\$ 1.232,42	R\$ 1.737,98	R\$ 1.811,71		
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.506,24	R\$ 1.602,15	R\$ 2.259,36	R\$ 2.355,22		

VALOR MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	NOSSO PLANO	MIX
Consultas Eletivas	R\$ 9,58	R\$ 19,15
Consultas de Urgência	R\$ 15,85	R\$ 23,83
Exames Simples	R\$ 7,87	R\$ 7,87
Exames Complexos	R\$ 47,77	R\$ 47,77

\* Coparticipação de 20% sobre consultas e exames, limitados aos valores acima.

PLANO	NOSSO PLANO	MIX
TX. ADESAO	R\$ 15,00	R\$ 15,00

**REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"**

- No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.
- O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2" do respectivo produto.
- Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.
- Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 436.062/01-1).

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 no campo abaixo indicado:

( ) Cliente dos termos da Promoção "Saúde Integral", 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:

( ) Cliente da incidência da Franquia nas Interações e de seu valor de R\$ 1.950,00 (mil novecentos e cinquenta reais) em todos os planos de segmentação assistencial "AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA" contidos nesta tabela.

( ) Cliente da incidência de coparticipação de 20% (vinte por cento) nos grupos de procedimentos e dos seus limitadores de valor informados no quadro "VALOR MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Cliente, ainda, que tanto o valor da Franquia como o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato, quando houver.

**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 436.062/01-1, 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.

SALVADOR - BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**Notas:**  
Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.  
Assistência Médica 2: Plano de assistência médica sem desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

**Observações:**  
- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.  
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 5% (cinco por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.  
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 04 (quatro) vidas, poderão sofrer desconto de até 10% (dez por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.  
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano" e "Mix" 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.  
- Para os descontos do Plano Familiar, só será considerada a quantidade de beneficiários inscritos no ato da contratação. Caso haja inclusões posteriores à contratação, não haverá incidência de novo desconto. Caso haja cancelamento posterior à contratação e que faça o contrato não se classificar mais no grupo de desconto, o mesmo será reduzido ou até mesmo deixará de ser aplicado.

NOSSO PLANO - FRANQUIA							PLANOS ODONTOLÓGICOS
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO			SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			ODONTOLÓGICO
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	REFERÊNCIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	SEM ACOMODAÇÃO	
REGISTRO ANS	469.978/13-5	469.975/13-1	436.062/01-1	469.976/13-9	469.977/13-7	472.185/14-3	
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%	0,00%	
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	0,00%	
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	0,00%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	0,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	0,00%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%	38,00%	38,00%	38,00%	38,00%	0,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	0,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	0,00%	
MIX - FRANQUIA							
COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO			COM COPARTICIPAÇÃO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO		ENFERMARIA	APARTAMENTO		
REGISTRO ANS	469.974/13-2	469.980/13-7					
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%					
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%					
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%					
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%					
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%					
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%					
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%	38,00%					
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%					
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%					

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.

SALVADOR - BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal