

NOSSO PLANO - FRANQUIA		SEM COPARTICIPAÇÃO				PLANOS ODONTOLÓGICOS		
COPARTICIPAÇÃO	SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	SEM COPARTICIPAÇÃO			
ACOMODAÇÃO	ASSISTÊNCIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ODONTOLÓGICO			
REGISTRO ANS	COD. INTERNO	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	VALOR PROMO	VALOR	
		469.978/13-5	8821	469.975/13-1	8820	436.062/01-1	472.185/14-3	
		9937	8821	9936	8820	9574	9919	
0 A 18 ANOS	R\$	196,56	R\$ 211,90	R\$ 294,84	R\$ 310,18	R\$ 1.615,78	R\$ 14,34	R\$ 41,50
19 A 23 ANOS	R\$	259,44	R\$ 279,71	R\$ 389,18	R\$ 409,44	R\$ 2.132,81	R\$ 14,34	R\$ 41,50
24 A 28 ANOS	R\$	298,35	R\$ 321,67	R\$ 447,56	R\$ 470,86	R\$ 2.452,73	R\$ 14,34	R\$ 41,50
29 A 33 ANOS	R\$	334,15	R\$ 360,27	R\$ 501,27	R\$ 527,36	R\$ 2.747,05	R\$ 14,34	R\$ 41,50
34 A 38 ANOS	R\$	350,86	R\$ 378,28	R\$ 526,33	R\$ 553,73	R\$ 2.884,39	R\$ 14,34	R\$ 41,50
39 A 43 ANOS	R\$	396,46	R\$ 427,46	R\$ 594,74	R\$ 625,71	R\$ 3.259,36	R\$ 14,34	R\$ 41,50
44 A 48 ANOS	R\$	483,68	R\$ 521,50	R\$ 725,57	R\$ 763,37	R\$ 3.976,41	R\$ 14,34	R\$ 41,50
49 A 53 ANOS	R\$	667,47	R\$ 719,67	R\$ 1.001,28	R\$ 1.053,45	R\$ 5.487,44	R\$ 14,34	R\$ 41,50
54 A 58 ANOS	R\$	901,09	R\$ 971,55	R\$ 1.351,73	R\$ 1.422,16	R\$ 7.408,04	R\$ 14,34	R\$ 41,50
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.171,40	R\$ 1.263,02	R\$ 1.757,25	R\$ 1.848,81	R\$ 9.630,45	R\$ 14,34	R\$ 41,50

MIX - FRANQUIA		SEM COPARTICIPAÇÃO			
COPARTICIPAÇÃO	SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	ASSISTÊNCIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	COD. INTERNO	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2
		469.974/13-2	8825	469.980/13-7	8824
		9940	8825	9941	8824
0 A 18 ANOS	R\$	240,70	R\$ 256,04	R\$ 361,04	R\$ 376,38
19 A 23 ANOS	R\$	317,72	R\$ 337,97	R\$ 476,57	R\$ 496,82
24 A 28 ANOS	R\$	365,37	R\$ 388,67	R\$ 548,06	R\$ 571,34
29 A 33 ANOS	R\$	409,21	R\$ 435,31	R\$ 613,81	R\$ 639,90
34 A 38 ANOS	R\$	429,66	R\$ 457,08	R\$ 644,49	R\$ 671,90
39 A 43 ANOS	R\$	485,51	R\$ 516,50	R\$ 728,25	R\$ 759,25
44 A 48 ANOS	R\$	592,32	R\$ 630,13	R\$ 888,47	R\$ 926,29
49 A 53 ANOS	R\$	817,40	R\$ 869,58	R\$ 1.226,09	R\$ 1.278,28
54 A 58 ANOS	R\$	1.103,48	R\$ 1.173,93	R\$ 1.655,22	R\$ 1.725,68
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.434,51	R\$ 1.526,11	R\$ 2.151,77	R\$ 2.243,38

PLANO	NOSSO PLANO	MIX
TX. ADESÃO	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:

() Ciente 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:

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

() Ciente, ainda, que o valor da Franquia será reajustado anualmente conforme previsto em contrato.

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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. Casa 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.



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

Para contratos assinados de 01/01/2019 a 30/06/2019

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