



Qualificação da Empresa Contratante

Razão Social:			
C.N.P.J.:			
Endereço (conforme cartão CNPJ):			Nº
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		UF:	Cep:
Inscrição Estadual:		Inscrição Municipal:	
Representante Legal:			
Pessoa de Contato e Setor:			
Telefone:		E-mail:	

Dados para correspondência (Caso seja diferente do endereço acima)

Endereço:			Nº
Complemento:		Bairro:	Cep:
Cidade:		UF:	

Dados de Pagamento

Data de Pagamento de Boletos: () 10 () 15 () 20 () 25
Será descontada Contribuição do Funcionário na Mensalidade? (RN 279 ANS) () Sim () Não

Dados do Plano Contratado

() Produto Integral V, Enfermaria, Nº de registro na ANS 473.594/15-3 e Registro Nº 01546093 do Cartório do 1º Ofício de Títulos e Documentos de Belo Horizonte/MG

Faixa etária (idade)	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou +
INTEGRAL V (473.594/15-3)	R\$ 136,31	R\$ 149,94	R\$ 174,68	R\$ 213,62	R\$ 257,22	R\$ 297,72	R\$ 351,32	R\$ 432,11	R\$ 561,75	R\$ 817,33

Valores de Coparticipação

Consulta eletiva	R\$ 27,00 (vinte e sete reais)
Consulta em pronto socorro	R\$ 44,00 (quarenta e quatro reais)
Exames e procedimentos simples	30% (trinta por cento), limitado a R\$ 30,00 (trinta reais) por procedimento realizado
Exames e procedimentos especiais	30% (trinta por cento), limitado a R\$ 90,00 (noventa reais) por procedimento realizado

Taxa de Implantação por beneficiário:
R\$ 10,00

Valor 2a. Via de Carteirainha:
R\$ 10,00

Eu, CONTRATANTE, devidamente identificado nesta PROPOSTA DE ADESÃO, declaro que optei, recebi, li, analisei, compreendi e discuti o teor dos documentos: PROPOSTA DE ADESÃO, Minuta do PLANO registrado na ANS em que fiz a opção acima (inclusive não optando pelo PLANO REFERÊNCIA ofertado), DECLARAÇÃO DE SAÚDE, CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO, MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E GUIA DE LEITURA CONTRATUAL, compreendendo o seu sentido e alcance. Estou também ciente das condições de admissão do (s) BENEFICIÁRIO (S) ao PLANO e assumo ainda a responsabilidade por todas as informações prestadas nestes documentos, inclusive as que estão impressas.

Data de Vigência do Contrato ____/____/____
(01 ou 15 do mês)

Assinatura do Representante Legal e carimbo da Empresa

Corretora

Plataforma

Tabelas exigidas no artigo 15 da RN nº 279, de 2011

Faixas Etárias	TABELA ATIVOS	TABELA INATIVOS (EX-Funcionários e Aposentados contribuintes)	Percentuais de Reajustes
	INTEGRAL V 473.594/15-3	INTEGRAL V 473.594/15-3	
00_18 (01)	R\$ 136,31	R\$ 164,94	0,00%
19_23 (02)	R\$ 149,94	R\$ 181,43	10,00%
24_28 (03)	R\$ 174,68	R\$ 211,36	16,50%
29_33 (04)	R\$ 213,62	R\$ 258,49	22,30%
34_38 (05)	R\$ 257,22	R\$ 311,22	20,40%
39_43 (06)	R\$ 297,72	R\$ 360,25	15,75%
44_48 (07)	R\$ 351,32	R\$ 425,10	18,00%
49_53 (08)	R\$ 432,11	R\$ 522,87	23,00%
54_58 (09)	R\$ 561,75	R\$ 679,72	30,00%
59 ou + (10)	R\$ 817,33	R\$ 988,99	45,50%

Períodos de Carências Contratuais:

- Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato: 24 (vinte e quatro) horas;
- Consultas médicas e Exames/Procedimentos Simples: 24 (vinte e quatro) horas;
- Exames/Procedimentos Especiais: 180 (cento e oitenta) dias;
- Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, procedimentos de fisioterapia e psicoterapia: 180 (cento e oitenta) dias;
- Cirurgias, inclusive Ambulatoriais: 180 (cento e oitenta) dias;
- Parto a termo: 300 (trezentos) dias;
- Demais Casos, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: 180 (cento e oitenta) dias.

Multa pecuniária pela rescisão do Contrato antes da vigência mínima: 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação.

ANS - Nº 34.852-0