

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR UBERABA - MG

Para contratos assinados de 01/10/2024 a 31/12/2024

COPART ACOMODAÇÃO	NOSSO PLANO - AMB		REFERÊNCIA		NOSSO PLANO - AMB	
	COPARTICIPAÇÃO PARCI	SEM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	485.919/20-7	485.919/20-7	ENFERMARIA	457.753/08-1	485.919/20-7	485.919/20-7
Cód. Interno	21038	14827	14858	14858	14827	14827
00 a 18 anos	R\$ 185,63	R\$ 2.706,69	R\$ 2.706,69	R\$ 117,87	R\$ 117,87	R\$ 117,87
19 a 23 anos	R\$ 245,59	R\$ 3.112,69	R\$ 3.112,69	R\$ 155,94	R\$ 155,94	R\$ 155,94
24 a 28 anos	R\$ 280,46	R\$ 3.579,59	R\$ 3.579,59	R\$ 178,08	R\$ 178,08	R\$ 178,08
29 a 33 anos	R\$ 313,27	R\$ 4.116,53	R\$ 4.116,53	R\$ 198,92	R\$ 198,92	R\$ 198,92
34 a 38 anos	R\$ 329,87	R\$ 4.734,01	R\$ 4.734,01	R\$ 209,46	R\$ 209,46	R\$ 209,46
39 a 43 anos	R\$ 370,77	R\$ 5.444,11	R\$ 5.444,11	R\$ 235,43	R\$ 235,43	R\$ 235,43
44 a 48 anos	R\$ 454,19	R\$ 6.641,81	R\$ 6.641,81	R\$ 288,40	R\$ 288,40	R\$ 288,40
49 a 53 anos	R\$ 631,32	R\$ 8.634,35	R\$ 8.634,35	R\$ 400,88	R\$ 400,88	R\$ 400,88
54 a 58 anos	R\$ 852,28	R\$ 11.224,66	R\$ 11.224,66	R\$ 541,19	R\$ 541,19	R\$ 541,19
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.107,96	R\$ 16.236,47	R\$ 16.236,47	R\$ 703,55	R\$ 703,55	R\$ 703,55

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

REGISTRO ANS	485.919/20-7	457.753/08-1	485.919/20-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	15,00%	32,30%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	15,00%	14,20%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	15,00%	11,70%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	15,00%	5,30%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	15,00%	12,40%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	22,00%	22,50%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	30,00%	39,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	30,00%	35,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	44,65%	30,00%

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADEÇÃO	R\$ 25,00

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO	
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Neurológicas Especiais	Limitado a R\$ 68,90	Limitado a R\$ 106,00
Demais Terapias	Limitado a R\$ 37,10	Limitado a R\$ 37,10

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Observações:

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano - Ambulatorial" e "Referência" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica.

Atenção!

- Na tabela acima à direita 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.

- O PLANO AMBULATORIAL NÃO COBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA.

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.

UBERABA - MG, _____ de _____ de 20____

_____ Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR

UBERABA - MG

Para contratos assinados de 01/10/2024 a 31/12/2024

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 457.753/08-1, 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.

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 escolha de preço com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Neurológicas Especiais e Demais Terapias, informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Cliente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de valor fixo nos grupos de procedimentos informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
- () Cliente, ainda, que o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

UBERABA - MG, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR UBERLÂNDIA - MG

Para contratos assinados de 01/10/2024 a 31/12/2024

COPART ACOMODAÇÃO	NOSSO PLANO - AMBULATORIAL		REFERÊNCIA SEM COPART	NOSSO PLANO - AMBULATORIAL COM COPARTICIPAÇÃO		PLANOS ODONTOLÓGICOS	
	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL SEM ACOMODAÇÃO	Médica ¹		SEM ACOMODAÇÃO	Médica ²	SEM COPARTICIPAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		ENFERMARIA	Médica ²		VALOR PROMO	
REGISTRO ANS	485.919/20-7		457.753/08-1	485.919/20-7		471.474/14-1	
Cod. Interno	21039	21038	14858	14826	14827	9982	
00 a 18 anos	R\$ 226,73	R\$ 231,33	R\$ 2.706,69	R\$ 151,80	R\$ 156,40	R\$ 3,60	R\$ 18,00
19 a 23 anos	R\$ 299,96	R\$ 306,05	R\$ 3.112,69	R\$ 200,83	R\$ 206,92	R\$ 3,60	R\$ 18,00
24 a 28 anos	R\$ 342,55	R\$ 349,51	R\$ 3.579,59	R\$ 229,35	R\$ 236,30	R\$ 3,60	R\$ 18,00
29 a 33 anos	R\$ 382,63	R\$ 390,40	R\$ 4.116,53	R\$ 256,18	R\$ 263,95	R\$ 3,60	R\$ 18,00
34 a 38 anos	R\$ 402,91	R\$ 411,09	R\$ 4.734,01	R\$ 269,76	R\$ 277,94	R\$ 3,60	R\$ 18,00
39 a 43 anos	R\$ 452,87	R\$ 462,07	R\$ 5.444,11	R\$ 303,21	R\$ 312,40	R\$ 3,60	R\$ 18,00
44 a 48 anos	R\$ 554,77	R\$ 566,04	R\$ 6.641,81	R\$ 371,43	R\$ 382,69	R\$ 3,60	R\$ 18,00
49 a 53 anos	R\$ 771,13	R\$ 786,80	R\$ 8.634,35	R\$ 516,29	R\$ 531,94	R\$ 3,60	R\$ 18,00
54 a 58 anos	R\$ 1.041,03	R\$ 1.062,18	R\$ 11.224,66	R\$ 696,99	R\$ 718,12	R\$ 3,60	R\$ 18,00
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.353,34	R\$ 1.380,83	R\$ 16.236,47	R\$ 906,09	R\$ 933,56	R\$ 3,60	R\$ 18,00

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

REGISTRO ANS	485.919/20-7	457.753/08-1	485.919/20-7	471.474/14-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	15,00%	32,30%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	15,00%	14,20%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	15,00%	11,70%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	15,00%	5,30%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	15,00%	12,40%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	22,00%	22,50%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	30,00%	39,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	30,00%	35,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	44,65%	30,00%	0,00%

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESAO	R\$ 25,00

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 37,10
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 53,00
Exames Simples	-	Valor fixo R\$ 15,90
Exames Complexos	-	Valor fixo R\$ 106,00
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 37,10

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Notas:

- Assistência Médica¹: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
- Assistência Médica²: 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 preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano - Ambulatorial" e "Referência" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência odontológica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

Atenção!

- Na tabela acima à direita 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.

- O PLANO AMBULATORIAL NÃO COBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA.

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.

UBERLÂNDIA - MG, ____ de ____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR UBERLÂNDIA - MG

Para contratos assinados de 01/10/2024 a 31/12/2024

REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 457.753/08-1).

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.

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 457.753/08-1, 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.

ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 487.143/20-0), 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/pulpulpectomia/neurose; 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 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

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 Neurológicas Especiais e Demais Terapias, informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de valor fixo 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.

UBERLÂNDIA - MG, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado