| **DADOS DA OPERADORA** | |
| --- | --- |
| NOME DA OPERADORA: **HUMANA SAÚDE SUL LTDA** | REGISTRO ANS: **34818-0** |
| ENDEREÇO: **Rua Cabral, 985, Sala B – CEP: 85960-000 – Marechal Cândido Rondon / PR** | CNPJ: **95.642.179/0024-83** |
| TELEFONE: **0800 600 0055** | SITE: **https://www.humanasaude.com.br/sul/** |

| **DADOS DA(S) CONCESSIONÁRIA(S)/PLATAFORMA(S)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| CORRETORA (CÓDIGO): | CORRETORA (RAZÃO SOCIAL): | | CNPJ: |
| VENDEDOR (NOME COMPLETO): | | VENDEDOR (CÓDIGO): | |
| TELEFONE DO CORRETOR: | | CPF: | |

| **DADOS DA CONTRATANTE PRINCIPAL (SE HOUVER MULTICONTRATANTES)** | | |
| --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL: | | |
| CNPJ: | E-MAIL: | TELEFONE: |

Endereço de Localização

| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| --- | --- | --- |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | CELULAR / WHATSAPP: | |

Endereço de Correspondência

| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| --- | --- | --- |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | CELULAR / WHATSAPP: | |

| **DADOS DA CONTRATANTE** | | |
| --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL: | | |
| CNPJ: | E-MAIL: | TELEFONE: |

Endereço de Localização

| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| --- | --- | --- |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | CELULAR / WHATSAPP: | |

Endereço de Correspondência

| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| --- | --- | --- |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | CELULAR / WHATSAPP: | |

| **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO PARA DEPENDENTE** |
| --- |
| O(a) cônjuge, o(a) companheiro;  o(s) filho(s), o(s) enteado(s) até 58 anos;  o(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s);  o(s) neto(s) até 58 anos;  o(s) sobrinho(s) até 58 anos;  o(s) irmão(s) até 58 anos;  o(s) pai(s) até 58 anos. |

| **MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL** |
| --- |
| Toda solicitação de movimentação cadastral deverá ser realizada através do WebEmpresarial (de acordo com as orientações recebidas) ou através do e-mail atendimento.posvendas@humanasaudesul.com.br |

| **VIGÊNCIA E VENCIMENTO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DURAÇÃO DO CONTRATO:** 12 meses | | | | | | |
| **PERIODO VENDA:** | de 01 a 05  ☐ dia 10 | de 06 a 10  ☐ dia 15 | de 11 a 15  ☐ dia 20 | de 16 a 20  ☐ dia 25 | de 21 a 25  ☐ dia 30 | de 26 a 31  ☐ dia 05\* |
| **VIGÊNCIA/VENCIMENTO:** |

\*MÊS SUBSEQUENTE

| **DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS - ODONTOLÓGICOS** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPÇÃO** | **LINHA** | **REGISTRO ANS** | **NOME DO PLANO** | **ACOMODAÇÃO** | **FORMAÇÃO DE PREÇO** | **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** | **ABRANGÊNCIA** |
| ☐ | COMBO ESSENCIAL | 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE \*\* | NÃO SE APLICA | MISTO | ODONTOLOGIA | ESTADUAL |
| FORMAÇÃO DE PREÇO: MISTO  \*\*O PRODUTO POSSUI FORMAÇÃO DE PREÇO MISTO, ESTANDO GARANTIDOS, SEM QUAISQUER COBRANÇAS DE COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA, OS SEGUINTES PROCEDIMENTOS:  I - CONSULTA INICIAL; II - CURATIVO EM CASO DE HEMORRAGIA BUCAL; III - CURATIVO EM CASO DE ODONTALGIA AGUDA/PULPECTOMIA/NECROSE; IV - IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA TEMPORÁRIA; V - RECIMENTAÇÃO DE PEÇA PROTÉTICA; VI - TRATAMENTO DE ALVEOLITE; VII - COLAGEM DE FRAGMENTOS; VIII - INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA-ORAL; IX - INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA-ORAL; X - REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO; XI - ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL; XII - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA; XIII - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR. DEMAIS PROCEDIMENTOS SERÃO COBRADOS EM REGIME DE PÓS-PAGAMENTO, DE ACORDO COM A TABELA DISPONIBILIZADA NO SITE DA OPERADORA. | | | | | | | |

| **DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS - MÉDICO** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPÇÃO** | **REGISTRO ANS** | **NOME DO PLANO** | **ACOMODAÇÃO** | **FORMAÇÃO DE PREÇO** | **FATOR MODERADOR** | **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** | **ABRANGÊNCIA** |
| ☐ | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx |
| ☐ | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx |
| ☐ | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx | xxx |

| **ÁREA DE ATUAÇÃO** | |
| --- | --- |
| **NOME DO PLANO** | **ÁREA DE ATUAÇÃO** |
| Humana Odonto S Essencial M/CE | Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul |
| xxx | xxx |
| xxx | xxx |
| xxx | xxx |

| **CONTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO / CUSTEIO** |
| --- |
| ☐ Patrocínio integral pela empresa ☐ Patrocínio parcial pela empresa ☐ Empresa não patrocina |

| **VALORES MENSAIS POR FAIXA ETÁRIA (R$)** | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO PRODUTO /**  **FAIXA ETÁRIA** | | | **00 a 18 anos** | **19 a 23 anos** | **24 a 28 anos** | **29 a 33 anos** | **34 a 38 anos** | **39 a 43 anos** | **44 a 48 anos** | **49 a 53 anos** | **54 a 58 anos** | **59 anos ou +** |
| 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE | **Tabela de Preços** | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 |
| xxx | xxx |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| xxx | xxx |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| xxx | xxx |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| **TABELA DE COPARTICIPAÇÃO** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO** | **PROCEDIMENTOS** | Produto XXX | Produto XXX |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |
| xxx | xxx | xxx | xxx |

| **REAJUSTE** |
| --- |
| **A PARTIR DE 30 VIDAS:** conforme cláusula 12 das condições gerais o cálculo de reajuste será informado pela operadora. |

| **PERCENTUAL DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA** | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FAIXA ETÁRIA** | **0 a 18 anos** | **19 a 23 anos** | **24 a 28 anos** | **29 a 33 anos** | **34 a 38 anos** | **39 a 43 anos** | **44 a 48 anos** | **49 a 53 anos** | **54 a 58 anos** | **59 anos ou mais** |
| Humana Odonto S Essencial M/CE | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| xxx | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% |
| xxx | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% |
| xxx | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% | xx,xx% |
| SANTA RITA - REF/0CE | 0,00% | 26,67% | 8,37% | 7,41% | 3,36% | 16,97% | 43,25% | 37,03% | 18,94% | 43,91% |

| **DADOS PARA PAGAMENTO** |
| --- |
| Valor total da contraprestação pecuniária (mensalidade): R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número total de vidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  O valor mensal a ser pago será a soma de todos os proponentes. Para os planos com coparticipação, a mensalidade será composta do valor desta, acrescido dos valores da coparticipação correspondente aos procedimentos realizados.  O boleto para o pagamento será enviado ao endereço eletrônico informado nesta proposta.  Atenção: BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS. |

| **NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR PLANO** | |
| --- | --- |
| Produto XXX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Produto XXX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Produto XXX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| **DECLARAÇÕES, AUTORIZAÇÕES E ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** |
| --- |
| A contratante declara que:   1. foi fornecido acesso ao Contrato de Prestação Continuada de Serviços ou Cobertura de Custos Assistenciais na Forma de Plano Privado de Assistência à Saúde (Condições Gerais), e está ciente que o documento digital está disponível para download no site da Contratada. 2. foi fornecido antes e no ato da contratação, respectivamente, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, os quais estão disponíveis para consulta no link enviado por e-mail. 3. obriga-se a fornecer ao beneficiário o GLC, MPS e cópia do contrato. 4. foi oferecido pela contratada o plano Referência PJ – 485.339/20-3, conforme determina a lei nº 9656/98, art. 10, §2º, como sendo o plano com segmentação assistência referência que inclui as segmentações ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e urgência/emergência integral após 24 horas, em acomodação padrão enfermaria, entretanto, a oferta não foi aceita, sendo a opção final pelo plano ora contratado. 5. foi cientificada que a operadora oferece produtos odontológicos em sistema exclusivo de pré-pagamento. 6. foi cientificada que o atendimento assistencial será de acordo com a área de atuação do produto e seus prestadores disponíveis na localidade. 7. foi cientificada que os instrumentos contratuais relacionados aos produtos poderão ser disponibilizados de forma física ou virtual, podendo, nesse caso ser firmado mediante assinatura eletrônica, a qual dá plena validade, ou física. 8. que as informações prestadas são verdadeiras e completas e sendo de sua inteira responsabilidade quaisquer omissões ou falsidades, sob as penas da lei. 9. A contratante autoriza a operadora proceder às comunicações e cobranças por meio físico, de forma digital, por e-mail e/ou WhatsApp informados nesta proposta.   A CONTRATANTE DECLARA SEU PRÉ CONSENTIMENTO ÀS ATUALIZAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS GARANTIDOS EM PÓS PAGAMENTO, CONSTITUINDO AS INFORMAÇÕES POR E-MAIL, WHATSAPP, APLICATIVOS, MENSAGENS ELETRÔNICAS, CARTAS, EM ADITIVOS CONTRATUAIS AO PLANO ODONTOLÓGICO, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCAL E DATA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATANTE |