|  |
| --- |
| **DADOS DA OPERADORA** |
| NOME DA OPERADORA: **HUMANA SAÚDE LTDA** | REGISTRO ANS: **34818-0** |
| ENDEREÇO: **Rua Cabral, 985, Sala B – CEP: 85960-000 – Marechal Candido Rodon / 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 DO(A) CONTRATANTE/TITULAR** |
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIAÇÕES): |
| CPF: | E-MAIL: | CELULAR / WHATSAPP: |
| DATA DE NASCIMENTO: | PRC: |
| Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: |
| NOME COMPLETO DA MAE (SEM ABREVIAÇÕES): |
| SEXO: | ESTADO CIVÍL: [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |

|  |
| --- |
| **DADOS DO(A) RESPONSÁVEL (QUANDO ESTE NÃO FOR O TITULAR)** |
| NOME COMPLETO: | CPF: |
| CELULAR / WHATSAPP: | E-MAIL: |
| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |

|  |
| --- |
| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** |
| **1** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |
|  |
| **2** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |
|  |
| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** |
| **3** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **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) até 58 anos; o(s) neto(s) até 58 anos; o(s) sobrinho(s) até 58 anos; o(s) irmão(s) até 58 anos. |

|  |
| --- |
| **ATUALIZAÇÃO CADASTRAL** |
| Toda solicitação de atualização cadastral (cancelamento, troca de titularidade, inclusão de dependentes, troca de vencimento, troca de responsável pelo contrato, mudança de endereço/telefone), deverá ser realizada através de um dos canais de atendimento da Operadora, SAC (45) 3284-7229. |

|  |
| --- |
| **VIGÊNCIA E VENCIMENTO** |
| **DURAÇÃO DO CONTRATO:** 12 meses |
| **PERIODO VENDA:** | de 01 a 05[ ]  05  | de 06 a 10[ ]  10 | de 11 a 15[ ]  15 | de 16 a 20[ ]  20 | de 21 a 25[ ]  25 | de 26 a 31[ ]  30  |
| **VIGÊNCIA/VENCIMENTO:** |
| **PERÍODO DE COBERTURA:** De 01 a 31, onde a venda seria pro rata na primeira mensalidade |
| **VIGÊNCIA CONTRATUAL:** A data de início da vigência dos contratos celebrados de forma escrita tem início a partir da data de assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou da data de pagamento da mensalidade, o que ocorrer primeiro. |

| **DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS - ODONTOLÓGICOS** |
| --- |
| **OPÇÃO** | **LINHA** | **REGISTRO ANS** | **NOME DO PLANO** | **ACOMODAÇÃO** | **FORMAÇÃO DE PREÇO** | **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** | **ABRANGÊNCIA** |
|[ ]  Essencial | 493.512/22-8 | Humana Odonto S Essencial M/IF\*\* | Não se aplica | Misto | Odontologia | Grupo de Estados |
| FORMAÇÃO DE PREÇO: MISTO \*\*O PRODUTO Humana Odonto S Essencial M/IF - 493512228 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. |
|[ ]  Pleno | 497.557/23-0 | Humana Odonto Sul Pleno I/F | Não se aplica | Preestabelecido | Odontológico | Grupo de Estados |
|[ ]  Plus | 497.554/23-5 | Humana Odonto Sul Plus R I/F | Não se aplica | Preestabelecido | Odontológico | Nacional |
|[ ]  Master Orto | 497.555/23-3 | Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | Não se aplica | Preestabelecido | Odontológico | Nacional |
|[ ]  Master Prótese | 497.558/23-8 | Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | Não se aplica | Preestabelecido | Odontológico | Nacional |
|[ ]  Premium | 497.556/23-1 | Humana Odonto Sul Premium R I/F | Não se aplica | Preestabelecido | Odontológico | Nacional |

|  |
| --- |
| **DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS - MÉDICOS** |
| **OPÇÃO** | **REGISTRO ANS** | **NOME DO PLANO** | **ACOMODAÇÃO** | **FORMAÇÃO DE PREÇO** | **FATOR MODERADOR** | **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** | **ABRANGÊNCIA** |
|[ ]  495.077/23-1 | CP AMBULATORIAL MCR QC PF | Não se aplica | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial | Grupo de municípios |
|[ ]  495.074/23-7 | CP VITAL MCR COM OBS QC PF | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de municípios |
|[ ]  495.071/23-2 | CP VITAL MCR COM OBS QP PF | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de municípios |
|[ ]  495.068/23-2 | CP IDEAL MCR COM OBS QC PF | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de municípios |
|[ ]  495.066/23-6 | CP IDEAL MCR COM OBS QP PF | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de municípios |
|[ ]  459.009/08-1 | CGE 30% FM - FORA | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Referência | Municipal |

|  |
| --- |
| **ÁREA DE ATUAÇÃO** |
| **NOME DO PLANO** | **ÁREA DE ATUAÇÃO** |
| Humana Odonto S Essencial M/IF\*\* | Paraná (PR), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) |
| Humana Odonto Sul Pleno I/F | Paraná (PR), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) |
| Humana Odonto Sul Plus R I/F | Em todo território nacional. |
| Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | Em todo território nacional. |
| Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | Em todo território nacional. |
| Humana Odonto Sul Premium R I/F | Em todo território nacional. |
| CP AMBULATORIAL MCR QC PF | Marechal Cândido Rondon (PR) e Toledo (PR) |
| CP VITAL MCR COM OBS QC PF | Marechal Cândido Rondon (PR) e Toledo (PR) |
| CP VITAL MCR COM OBS QP PF | Marechal Cândido Rondon (PR) e Toledo (PR) |
| CP IDEAL MCR COM OBS QC PF | Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR), Toledo (PR), e Quatro Pontes (PR) |
| CP IDEAL MCR COM OBS QP PF | Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR), Toledo (PR), e Quatro Pontes (PR) |
| CGE 30% FM - FORA | Marechal Cândido Rondon (PR) |

| **VALORES MENSAIS POR FAIXA ETÁRIA (R$) - COPARTICIPAÇÃO I (CP = COMPLETA)/FRANQUIA** |
| --- |
| **NOME DO PRODUTO / 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 +** |
| 493.512/22-8 | Humana Odonto S Essencial M/IF\*\* | **Tabela Original** | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 |
| 497.557/23-0 | Humana Odonto Sul Pleno I/F | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 |
| 497.554/23-5 | Humana Odonto Sul Plus R I/F | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 |
| 497.555/23-3 | Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 |
| 497.558/23-8 | Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 |
| 497.556/23-1 | Humana Odonto Sul Premium R I/F | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 |
| 495.077/23-1 | CP AMBULATORIAL MCR QC PF | 110,84 | 140,44 | 152,18 | 163,45 | 168,90 | 197,61 | 283,03 | 387,93 | 461,40 | 663,59 |
| 495.074/23-7 | CP VITAL MCR COM OBS QC PF | 143,31 | 181,57 | 196,75 | 211,33 | 218,37 | 255,49 | 365,94 | 501,56 | 596,55 | 857,96 |
| 495.071/23-2 | CP VITAL MCR COM OBS QP PF | 158,46 | 200,77 | 217,55 | 233,67 | 241,45 | 282,50 | 404,63 | 554,58 | 659,62 | 948,66 |
| 495.068/23-2 | CP IDEAL MCR COM OBS QC PF | 159,51 | 202,10 | 218,99 | 235,22 | 243,05 | 284,37 | 407,31 | 558,26 | 663,99 | 954,95 |
| 495.066/23-6 | CP IDEAL MCR COM OBS QP PF | 176,60 | 223,76 | 242,46 | 260,43 | 269,10 | 314,85 | 450,96 | 618,08 | 735,15 | 1057,29 |
| **NOME DO PRODUTO / 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 +** |
| 493.512/22-8 | Humana Odonto S Essencial M/IF\*\* | **Tabela Promocional** | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 |
| 497.557/23-0 | Humana Odonto Sul Pleno I/F | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 |
| 497.554/23-5 | Humana Odonto Sul Plus R I/F | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 |
| 497.555/23-3 | Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 |
| 497.558/23-8 | Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 |
| 497.556/23-1 | Humana Odonto Sul Premium R I/F | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 |
| 495.077/23-1 | CP AMBULATORIAL MCR QC PF | 93,78 | 118,82 | 128,75 | 138,30 | 142,90 | 167,19 | 239,47 | 328,22 | 390,39 | 561,45 |
| 495.074/23-7 | CP VITAL MCR COM OBS QC PF | 126,25 | 159,96 | 173,33 | 186,17 | 192,37 | 225,08 | 322,38 | 441,85 | 525,54 | 755,83 |
| 495.071/23-2 | CP VITAL MCR COM OBS QP PF | 141,40 | 179,15 | 194,13 | 208,51 | 215,46 | 252,09 | 361,06 | 494,87 | 588,60 | 846,53 |
| 495.068/23-2 | CP IDEAL MCR COM OBS QC PF | 142,45 | 180,48 | 195,57 | 210,06 | 217,06 | 253,96 | 363,75 | 498,55 | 592,98 | 852,82 |
| 495.066/23-6 | CP IDEAL MCR COM OBS QP PF | 159,54 | 202,14 | 219,04 | 235,27 | 243,11 | 284,43 | 407,40 | 558,38 | 664,13 | 955,16 |
| **A TABELA COM VALOR PROMOCIONAL** será válida somente na contratação COMBO de um plano médico e plano odontológico. Havendo contratação de apenas um dos planos ou posterior cancelamento de qualquer um deles - médico ou odontológico - OS PREÇOS VÁLIDOS SERÃO OS DA TABELA VALOR ORIGINAL, acima exposto. |

| **VALORES MENSAIS POR FAIXA ETÁRIA (R$) - COPARTICIPAÇÃO II (CPB = BÁSICA)/FRANQUIA** |
| --- |
| **NOME DO PRODUTO / 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 +** |
| 493.512/22-8 | Humana Odonto S Essencial M/IF\*\* | **Tabela Original** | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 |
| 497.557/23-0 | Humana Odonto Sul Pleno I/F | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 | 35,40 |
| 497.554/23-5 | Humana Odonto Sul Plus R I/F | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 | 43,10 |
| 497.555/23-3 | Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 | 151,50 |
| 497.558/23-8 | Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 | 182,00 |
| 497.556/23-1 | Humana Odonto Sul Premium R I/F | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 | 199,00 |
| 495.077/23-1 | CP AMBULATORIAL MCR QC PF | 123,03 | 155,88 | 168,92 | 181,43 | 187,47 | 219,34 | 314,17 | 430,60 | 512,15 | 736,58 |
| 495.074/23-7 | CP VITAL MCR COM OBS QC PF | 159,72 | 202,37 | 219,29 | 235,53 | 243,38 | 284,75 | 407,85 | 559,00 | 664,87 | 956,22 |
| 495.071/23-2 | CP VITAL MCR COM OBS QP PF | 176,84 | 224,06 | 242,79 | 260,78 | 269,46 | 315,27 | 451,56 | 618,91 | 736,14 | 1058,71 |
| 495.068/23-2 | CP IDEAL MCR COM OBS QC PF | 178,03 | 225,56 | 244,42 | 262,53 | 271,27 | 317,39 | 454,60 | 623,07 | 741,08 | 1065,82 |
| 495.066/23-6 | CP IDEAL MCR COM OBS QP PF | 197,34 | 250,04 | 270,94 | 291,01 | 300,71 | 351,83 | 503,92 | 690,67 | 821,49 | 1181,46 |
| **NOME DO PRODUTO / 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 +** |
| 493.512/22-8 | Humana Odonto S Essencial M/IF\*\* | **Tabela Promocional** | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 |
| 497.557/23-0 | Humana Odonto Sul Pleno I/F | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 | 23,80 |
| 497.554/23-5 | Humana Odonto Sul Plus R I/F | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 | 28,98 |
| 497.555/23-3 | Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 | 99,90 |
| 497.558/23-8 | Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 | 135,00 |
| 497.556/23-1 | Humana Odonto Sul Premium R I/F | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 | 150,00 |
| 495.077/23-1 | CP AMBULATORIAL MCR QC PF | 105,97 | 134,27 | 145,49 | 156,27 | 161,48 | 188,93 | 270,60 | 370,89 | 441,14 | 634,44 |
| 495.074/23-7 | CP VITAL MCR COM OBS QC PF | 142,66 | 180,75 | 195,86 | 210,38 | 217,38 | 254,34 | 364,29 | 499,29 | 593,86 | 854,09 |
| 495.071/23-2 | CP VITAL MCR COM OBS QP PF | 159,78 | 202,44 | 219,37 | 235,62 | 243,47 | 284,86 | 408,00 | 559,21 | 665,12 | 956,58 |
| 495.068/23-2 | CP IDEAL MCR COM OBS QC PF | 160,97 | 203,95 | 221,00 | 237,37 | 245,28 | 286,97 | 411,03 | 563,36 | 670,06 | 963,68 |
| 495.066/23-6 | CP IDEAL MCR COM OBS QP PF | 180,28 | 228,42 | 247,52 | 265,86 | 274,71 | 321,41 | 460,36 | 630,97 | 750,47 | 1079,33 |
| **A TABELA COM VALOR PROMOCIONAL** será válida somente na contratação COMBO de um plano médico e plano odontológico. Havendo contratação de apenas um dos planos ou posterior cancelamento de qualquer um deles - médico ou odontológico - OS PREÇOS VÁLIDOS SERÃO OS DA TABELA VALOR ORIGINAL, acima exposto. |

|  |
| --- |
| **VALORES MENSAIS POR FAIXA ETÁRIA (R$) - REFERÊNCIA** |
| **NOME DO PRODUTO / 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 +** |
| 459.009/08-1 | CGE 30% FM - FORA | 528,01 | 668,99 | 724,92 | 778,63 | 804,56 | 941,34 | 1348,28 | 1847,95 | 2197,95 | 3161,09 |

\*Apenas coparticipação completa

|  |
| --- |
| **FATOR MODERADOR** |
| A mensalidade do plano varia de acordo com o modelo de coparticipação/franquia escolhido. Após analisar as tabelas de preços, marcar abaixo a opção escolhida:[ ]  COPARTICIPAÇÃO I (CP = COMPLETA) [ ]  COPARTICIPAÇÃO II (CPB = BÁSICA) [ ]  FRANQUIA |

|  |
| --- |
| **TABELA DE COPARTICIPAÇÃO I (CP = COMPLETA)/FRANQUIA** |
| **GRUPO** | **PROCEDIMENTOS** | **AMBULATORIAL** | **VITAL** | **IDEAL - SUPERIOR - PREMIUM NACIONAL** |
| 1 | Consulta Eletiva | 30% | 30% | 40% |
| 2 | Consulta em Hospital (Pronto Socorro) | 30% | 30% | 40% |
| 3 | Exames/Procedimentos Simples | 30% com limitador de R$ 195,00 | 30% com limitador de R$ 195,00 | 40% com limitador de R$ 195,00 |
| 4 | Exames/Procedimentos Especiais | 30% com limitador de R$ 195,00 | 30% com limitador de R$ 195,00 | 40% com limitador de R$ 195,00 |
| 5 | Terapias (Grupo 01) | 30% com limitador de R$ 195,00 | 30% com limitador de R$ 195,00 | 40% com limitador de R$ 195,00 |
| 6 | Terapias (Grupo 02) | ISENTO | ISENTO | ISENTO |
| 7 | Terapias (Grupo 03) | 30% com limitador de R$ 195,00 | 30% com limitador de R$ 195,00 | 40% com limitador de R$ 195,00 |
| 8 | Internação | Não se aplica | ISENTO | ISENTO |
| Os valores dos limitadores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.**O limitador do Grupo é por procedimento.** |

|  |
| --- |
| **TABELA DE COPARTICIPAÇÃO II (CPB = BÁSICA)/FRANQUIA** |
| **GRUPO** | **PROCEDIMENTOS** | **AMBULATORIAL** | **VITAL** | **IDEAL - SUPERIOR - PREMIUM NACIONAL** |
| 1 | Consulta Eletiva | 30% | 30% | 40% |
| 2 | Consulta em Hospital (Pronto Socorro) | 30% | 30% | 40% |
| 3 | Exames/Procedimentos Simples | ISENTO | ISENTO | ISENTO |
| 4 | Exames/Procedimentos Especiais | ISENTO | ISENTO | ISENTO |
| 5 | Terapias (Grupo 01) | ISENTO | ISENTO | ISENTO |
| 6 | Terapias (Grupo 02) | ISENTO | ISENTO | ISENTO |
| 7 | Terapias (Grupo 03) | 30% com limitador de R$ 195,00 | 30% com limitador de R$ 195,00 | 40% com limitador de R$ 195,00 |
| 8 | Internação | Não se aplica | ISENTO | ISENTO |
| Os valores dos limitadores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.**O limitador do Grupo é por procedimento.** |

**A lista contendo individualmente os nomes dos procedimentos e eventos em saúde pertencentes a cada grupo ou classe indicada na Proposta de Adesão poderá ser consultada pelos beneficiários no site da Contratada (https://www.semprevida.com.br/).**

|  |
| --- |
| **REAJUSTE ANUAL DOS VALORES DO CONTRATO** |
| **PLANO MÉDICO:** Índice publicado pela ANS para as mensalidades de plano de saúde contratados individualmente.**PLANO ODONTOLÓGICO:** IPCA (índice de preços ao consumidor amplo), publicado mensalmente pelo IBGE. |

| **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/IF\*\* | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Humana Odonto Sul Pleno I/F | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Humana Odonto Sul Plus R I/F | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Humana Odonto Sul Master Orto R I/F | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Humana Odonto Sul Master Prótese R I/F | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Humana Odonto Sul Premium R I/F | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| CP AMBULATORIAL MCR QC CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP VITAL MCR COM OBS QC CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP VITAL MCR COM OBS QP CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP IDEAL MCR COM OBS QC CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP IDEAL MCR COM OBS QP CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |
| CGE 30% FM - FORA | 0,00% | 26,70% | 8,36% | 7,41% | 3,33% | 17,00% | 43,23% | 37,06% | 18,94% | 43,82% |

| **DADOS PARA PAGAMENTO** |
| --- |
| Valor total da contraprestação pecuniária (mensalidade): R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VENCIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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, em até 5 (cinco) dias antes da data de vencimento.Atenção: BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS. |

| **DECLARAÇÕES, AUTORIZAÇÕES E ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** |
| --- |
| Declaro, na qualidade de contratante, que:1. me 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 estou ciente que o documento digital está disponível para download no site da Contratada.
2. me 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. me foi esclarecido que a Rede Credenciada do plano contratado, bem como as alterações realizadas nesta, ficarão disponíveis no site da Contratada https://www.semprevida.com.br/, SAC (45) 3284-7229.
4. me foi ofertado pela Contratada o plano referência CGE 30% FM - FORA – 459.009/08-1, 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. me foi ofertado pela Contratada o Plano Odontológico com Preço de Formação Preestabelecido.
6. estou ciente 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.
7. estou ciente que o atendimento assistencial será de acordo com a área de atuação do produto e seus prestadores disponíveis na localidade.
8. estou ciente que, independentemente de onde esteja o meu domicílio, a abrangência de cobertura de atendimento é conforme a área de atuação descrita na proposta.
9. Autorizo a operadora proceder às comunicações e cobranças por meio físico, de forma digital, por e-mail e/ou WhatsApp informados nesta proposta.
10. Autorizo a operadora encaminhar avisos, notificação em caso de atraso de pagamento, inclusive para fins de cancelamento, com efeitos do art. 13, ii, parágrafo único da lei 9.656/98, por ligação telefônica, e-mail e/ou WhatsApp informados nesta proposta.

O 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 PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL (QUANDO MENOR DE 18 ANOS) |