|  |  |
| --- | --- |
| **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 DA CONTRATANTE PRINCIPAL (SE HOUVER MULTICONTRATANTES)** | | | | |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | |
| CNPJ: | E-MAIL: | | TELEFONE: | |
| ENDEREÇO: | | COMPLEMENTO: | | UF: |
| BAIRRO: | | CIDADE: | | CEP: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | | CELULAR / WHATSAPP: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DA CONTRATANTE** | | | | |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | |
| CNPJ: | E-MAIL: | | TELEFONE: | |
| 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) até 58 anos;  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. |

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

\*MÊS SUBSEQUENTE

| **DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS - ODONTOLÓGICOS** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPÇÃO** | **LINHA** | **REGISTRO ANS** | **NOME DO PLANO** | **ACOMODAÇÃO** | **FORMAÇÃO DE PREÇO** | **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** | **ABRANGÊNCIA** |
|  | Essencial | 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE | Não se aplica | Misto | Odontologia | Grupo de Estados |
| FORMAÇÃO DE PREÇO: MISTO  \*\*O PRODUTO Humana Odonto S Essencial M/CE - 493511220 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 | 497.026/23-8 | Humana Odonto Sul Pleno CE | Não se aplica | Preestabelecido | Odontologia | Grupo de Estados |
|  | Plus | 497.025/23-0 | Humana Odonto Sul Plus R CE | Não se aplica | Preestabelecido | Odontologia | Nacional |
|  | Master Orto | 497.024/23-1 | Humana Odonto Sul Master Orto R CE | Não se aplica | Preestabelecido | Odontologia | Nacional |
|  | Master Prótese | 497.023/23-3 | Humana Odonto Sul Master Prótese R CE | Não se aplica | Preestabelecido | Odontologia | Nacional |
|  | Premium | 497.027/23-6 | Humana Odonto Sul Premium R CE | Não se aplica | Preestabelecido | Odontologia | Nacional |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DOS PRODUTOS CONTRATADOS - MÉDICOS** | | | | | | | |
| **OPÇÃO** | **REGISTRO ANS** | **NOME DO PLANO** | **ACOMODAÇÃO** | **FORMAÇÃO DE PREÇO** | **FATOR MODERADOR** | **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** | **ABRANGÊNCIA** |
|  | 495.075/23-5 | CP AMBULATORIAL MCR QC CE | - | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial | Grupo de Municípios |
|  | 495.078/23-0 | CP VITAL MCR COM OBS QC CE | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 495.073/23-9 | CP VITAL MCR COM OBS QP CE | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 495.070/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QC CE | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 495.067/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QP CE | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 498.423/24-4 | CP IDEAL MCR SEM OBS QC CE | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 498.422/24-6 | CP IDEAL MCR SEM OBS QP CE | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 495.065/23-8 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 495.063/23-1 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 498.424/24-2 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QC CE | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 498.421/24-8 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QP CE | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Grupo de Municípios |
|  | 495.061/23-5 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Nacional |
|  | 495.059/23-3 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE | Individual | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Nacional |
|  | 460.516/09-1 | PLANO COLETIVO ENFERMARIA MODERADOR FORA | Coletiva | Preestabelecido | Coparticipação e Franquia | Referência | Municipal |

| **ÁREA DE ATUAÇÃO** | |
| --- | --- |
| **NOME DO PLANO** | **ÁREA DE ATUAÇÃO** |
| Humana Odonto S Essencial M/CE | Paraná (PR), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) |
| Humana Odonto Sul Pleno CE | Paraná (PR), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) |
| Humana Odonto Sul Plus R CE | Em todo território nacional. |
| Humana Odonto Sul Master Orto R CE | Em todo território nacional. |
| Humana Odonto Sul Master Prótese R CE | Em todo território nacional. |
| Humana Odonto Sul Premium R CE | Em todo território nacional. |
| CP AMBULATORIAL MCR QC CE | Marechal Cândido Rondon (PR) e Toledo (PR) |
| CP VITAL MCR COM OBS QC CE | Marechal Cândido Rondon (PR) e Toledo (PR) |
| CP VITAL MCR COM OBS QP CE | Marechal Cândido Rondon (PR) e Toledo (PR) |
| CP IDEAL MCR COM OBS QC CE | Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP IDEAL MCR COM OBS QP CE | Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP IDEAL MCR SEM OBS QC CE | Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP IDEAL MCR SEM OBS QP CE | Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE | Cascavel (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE | Cascavel (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QC CE | Cascavel (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QP CE | Cascavel (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Toledo (PR), Entre Rios do Oeste (PR), Guaíra (PR), Maripá (PR), Nova Santa Rosa (PR), Pato Bragado (PR), Santa Helena (PR), Terra Roxa (PR) e Quatro Pontes (PR) |
| CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE | Nacional |
| CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE | Nacional |
| PLANO COLETIVO ENFERMARIA MODERADOR FORA | Marechal Cândido Rondon (PR) |

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

| **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 +** |
| 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE | **Tabela Original** | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 |
| 497.026/23-8 | Humana Odonto Sul Pleno CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.025/23-0 | Humana Odonto Sul Plus R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.024/23-1 | Humana Odonto Sul Master Orto R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.023/23-3 | Humana Odonto Sul Master Prótese R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.027/23-6 | Humana Odonto Sul Premium R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.075/23-5 | CP AMBULATORIAL MCR QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.078/23-0 | CP VITAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.073/23-9 | CP VITAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.423/24-4 | CP IDEAL MCR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.422/24-6 | CP IDEAL MCR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.070/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.067/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.424/24-2 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.421/24-8 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.065/23-8 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.063/23-1 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.061/23-5 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.059/23-3 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 +** |
| 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE | **Tabela Promocional** | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 |
| 497.026/23-8 | Humana Odonto Sul Pleno CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.025/23-0 | Humana Odonto Sul Plus R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.024/23-1 | Humana Odonto Sul Master Orto R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.023/23-3 | Humana Odonto Sul Master Prótese R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.027/23-6 | Humana Odonto Sul Premium R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.075/23-5 | CP AMBULATORIAL MCR QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.078/23-0 | CP VITAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.073/23-9 | CP VITAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.423/24-4 | CP IDEAL MCR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.422/24-6 | CP IDEAL MCR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.070/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.067/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.424/24-2 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.421/24-8 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.065/23-8 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.063/23-1 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.061/23-5 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.059/23-3 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 +** |
| 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE | **Tabela Original** | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 | 10,53 |
| 497.026/23-8 | Humana Odonto Sul Pleno CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.025/23-0 | Humana Odonto Sul Plus R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.024/23-1 | Humana Odonto Sul Master Orto R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.023/23-3 | Humana Odonto Sul Master Prótese R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.027/23-6 | Humana Odonto Sul Premium R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.075/23-5 | CP AMBULATORIAL MCR QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.078/23-0 | CP VITAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.073/23-9 | CP VITAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.423/24-4 | CP IDEAL MCR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.422/24-6 | CP IDEAL MCR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.070/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.067/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.424/24-2 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.421/24-8 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.065/23-8 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.063/23-1 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.061/23-5 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.059/23-3 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 +** |
| 493.511/22-0 | Humana Odonto S Essencial M/CE | **Tabela Promocional** | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 | 3,53 |
| 497.026/23-8 | Humana Odonto Sul Pleno CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.025/23-0 | Humana Odonto Sul Plus R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.024/23-1 | Humana Odonto Sul Master Orto R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.023/23-3 | Humana Odonto Sul Master Prótese R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 497.027/23-6 | Humana Odonto Sul Premium R CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.075/23-5 | CP AMBULATORIAL MCR QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.078/23-0 | CP VITAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.073/23-9 | CP VITAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.423/24-4 | CP IDEAL MCR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.422/24-6 | CP IDEAL MCR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.070/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.067/23-4 | CP IDEAL MCR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.424/24-2 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 498.421/24-8 | CP SUPERIOR OESTE PR SEM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.065/23-8 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.063/23-1 | CP SUPERIOR OESTE PR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.061/23-5 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QC CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 495.059/23-3 | CP PREMIUM NACIONAL OPR COM OBS QP CE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 +** | |
| 460.516/09-1 | Plano Coletivo Enfermaria Moderador Fora | 312,43 | 395,85 | 428,94 | 460,73 | 476,07 | 557,00 | 797,80 | 1093,46 | 1300,56 | 1870,47 | |

\* 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 | REFERÊNCIA** |
| 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.humanasaude.com.br/sul/).**

|  |
| --- |
| **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% |
| Humana Odonto Sul Pleno CE | 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 CE | 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 CE | 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 CE | 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 CE | 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 IDEAL MCR SEM 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 SEM 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 SUPERIOR OESTE PR SEM 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 SEM 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% |
| PLANO COLETIVO ENFERMARIA MODERADOR 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$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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** | | |
| --- | --- | --- |
| AMBULATORIAL MRC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  VITAL MCR (Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  VITAL MRC (Privativa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IDEAL MCR (Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IDEAL MCR (Privativa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IDEAL MCR SEM OBS(Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IDEAL MCR SEM OBS (Privativa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SUPERIOR OESTE PR (Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SUPERIOR OESTE PR (Privativa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SUPERIOR OESTE PR SEM OBS (Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SUPERIOR OESTE PR SEM OBS (Privativa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PREMIUM NACIONAL (Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PREMIUM NACIONAL (Privativa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  REFERÊNCIA (Coletiva) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Odonto S Essencial M/CE \_\_\_\_\_\_\_\_  Odonto Sul Pleno CE \_\_\_\_\_\_\_\_  Odonto Sul Plus R CE \_\_\_\_\_\_\_\_  Odonto Sul Master Orto R CE \_\_\_\_\_\_\_\_  Odonto Sul Master Prótese R CE \_\_\_\_\_\_\_\_  Odonto Sul Premium R CE \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **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 PLANO COLETIVO ENFERMARIA MODERADOR FORA – 460.516/09-1, 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. 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 |