

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPACAO PARCIAL								REFERÊNCIA
	NOTRE LIFE 50+				NOTRE LIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		NOSSO MEDICO SUL		NOSSO MEDICO LESTE		SEM COPARTICIPAÇÃO
	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	498.755/24-1	498.753/24-5	33615	37360	33612	37357	432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	33613	37361	33612	37357	35027
00 a 18 anos	R\$ 93,27	R\$ 93,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 229,88	R\$ 229,88	R\$ 229,88	R\$ 229,88	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 280,25	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 288,01	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 320,01	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 330,70	R\$ 330,70	R\$ 330,70	R\$ 330,70	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 363,77	R\$ 363,77	R\$ 363,77	R\$ 363,77	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 517,90	R\$ 517,90	R\$ 517,90	R\$ 517,90	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 525,62	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 666,33	R\$ 666,33	R\$ 666,33	R\$ 666,33	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 1.026,15	R\$ 3.689,09

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO								DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO- REFERÊNCIA
	NOTRE LIFE 50+				NOTRE LIFE				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		NOSSO MEDICO SUL		NOSSO MEDICO LESTE		NOSSO MÉDICO NORTE
	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	498.755/24-1	498.753/24-5	33614	37359	33612	37358	33623
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33621	37362	33612	37358	
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 181,93	R\$ 181,93	R\$ 181,93	R\$ 181,93	R\$ 181,93
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 221,79	R\$ 221,79	R\$ 221,79	R\$ 221,79	R\$ 221,79
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 227,93	R\$ 227,93	R\$ 227,93	R\$ 227,93	R\$ 227,93
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 253,25	R\$ 253,25	R\$ 253,25	R\$ 253,25	R\$ 253,25
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 261,71	R\$ 261,71	R\$ 261,71	R\$ 261,71	R\$ 261,71
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 287,88	R\$ 287,88	R\$ 287,88	R\$ 287,88	R\$ 287,88
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 409,85	R\$ 409,85	R\$ 409,85	R\$ 409,85	R\$ 409,85
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 415,96	R\$ 415,96	R\$ 415,96	R\$ 415,96	R\$ 415,96
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 527,31	R\$ 527,31	R\$ 527,31	R\$ 527,31	R\$ 527,31
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61	R\$ 812,06	R\$ 812,06	R\$ 812,06	R\$ 812,06	R\$ 812,06

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

#### CIÊNCIA DOS FATORES MODERADORES

Após a devida leitura do presente regulamento, bem como, ainda, devolutivamente 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 Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

#### COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

#### ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estende-se ao regime de pagamento o tratamento odontológico preventivo, no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial, curativo em caso de odontologia aguda/pulpotomia/ncrose, immobilização dental temporária; recuperação de peça protética; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplanto de dente avulsivo; orientação de higiene bucal; evidenciado 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 do Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

São Paulo-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

#### Notas:

- Assistência Médica<sup>1</sup>: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

#### Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- Atenção! No verso desta folha 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.

Para contratos assinados de 01/07/2025 a 31/08/2025

PRODUTO	NOTRE LIFE 60+		REFERÊNCIA
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
REGISTRO ANS			
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MEDICO SUL		NOSSO MEDICO NORTE
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
SEGMENTAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
ACOMODAÇÃO	498.755/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3
REGISTRO ANS			
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%	21,91%	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	2,77%	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	11,11%	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	3,34%	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	10,00%	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	42,37%	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	1,49%	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	26,77%	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	54,00%	54,00%

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.

São Paulo-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Para contratos assinados de 01/07/2025 a 31/08/2025

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						SEM COPARTICIPAÇÃO	DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA
	NOTRE LIFE 50+		NOTRE LIFE		NOSSO MÉDICO			
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA		REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	494.612/23-0		494.614/23-6		498.746/24-2			
REGISTRO ANS								
CÓD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	33611	37363	432.753/00-5	35027
00 a 18 anos	R\$ 93,27	R\$ 93,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 251,54	R\$ 251,54	R\$ 614,91	
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 306,66	R\$ 306,66	R\$ 830,15	
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 315,16	R\$ 315,16	R\$ 971,59	
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 350,17	R\$ 350,17	R\$ 1.020,75	
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 361,87	R\$ 361,87	R\$ 1.020,75	
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 398,06	R\$ 398,06	R\$ 1.020,77	
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 566,72	R\$ 566,72	R\$ 1.506,31	
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 575,16	R\$ 575,16	R\$ 2.229,33	
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 729,13	R\$ 729,13	R\$ 2.853,57	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	R\$ 3.689,09	

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO						ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO	
	NOTRE LIFE 50+		NOTRE LIFE		NOSSO MÉDICO			
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA			
ACOMODAÇÃO	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL		
ASSISTÊNCIA	494.612/23-0		494.614/23-6		498.746/24-2			
REGISTRO ANS								
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33447	37364		
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 199,07	R\$ 199,07		
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 242,68	R\$ 242,68		
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 249,40	R\$ 249,40		
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 277,11	R\$ 277,11		
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 286,37	R\$ 286,37		
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 315,00	R\$ 315,00		
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 449,47	R\$ 449,47		
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 455,16	R\$ 455,16		
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 577,01	R\$ 577,01		
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61	R\$ 888,60	R\$ 888,60		

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

\*Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

#### CIÉNCIA 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 Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de **Coparticipação de 40%** (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletrivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Campinas-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

#### Notas:

- Assistência Médica<sup>1</sup>: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

#### Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- Atenção! No verso desta folha 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.

PRODUTO	NOTRE LIFE 50+		REFERÊNCIA REFERÊNCIA
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA	
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
ACOMODAÇÃO	494.612/23-0	494.614/23-6	ENFERMARIA
REGISTRO ANS			432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MEDICO
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.746/24-2
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

Campinas-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	NOTRE LIFE 50+		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				SEM COPARTICIPAÇÃO	
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		NOSSO MÉDICO		REFERÊNCIA	
PRODUTO	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA	ENFERMARIA
SEGMENTAÇÃO								
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	
ASSISTÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		498.749/24-7		432.753/00-5	
CÓD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	33607	37365	35027	
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 251,54	R\$ 251,54	R\$ 614,91	
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 306,66	R\$ 306,66	R\$ 830,15	
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 315,16	R\$ 315,16	R\$ 971,59	
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 350,17	R\$ 350,17	R\$ 1.020,75	
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 361,87	R\$ 361,87	R\$ 1.020,75	
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 398,06	R\$ 398,06	R\$ 1.020,77	
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 566,72	R\$ 566,72	R\$ 1.506,31	
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 575,16	R\$ 575,16	R\$ 2.229,33	
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 729,13	R\$ 729,13	R\$ 2.853,57	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	R\$ 3.689,09	

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUA DO PLANO:	
( ) Declaro, para os devidos fins, que me foi oferecida a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, 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.	
REFERÊNCIA	

COPARTICIPAÇÃO	NOTRE LIFE 50+		COM COPARTICIPAÇÃO				NOSSO MÉDICO	
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA	
PRODUTO	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA	ENFERMARIA
SEGMENTAÇÃO								
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		498.749/24-7			
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33610	37366		
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 199,07	R\$ 199,07		
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 242,68	R\$ 242,68		
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 249,40	R\$ 249,40		
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 277,11	R\$ 277,11		
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 286,37	R\$ 286,37		
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 315,00	R\$ 315,00		
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 448,47	R\$ 448,47		
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 455,16	R\$ 455,16		
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 577,01	R\$ 577,01		
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61	R\$ 888,60	R\$ 888,60		

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO*	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

#### CIÉNCIA 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 ciéncia 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 Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de **Coparticipação de 40%** (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletrivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Jundiaí-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

#### Notas:

- Assistência Médica<sup>1</sup>: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

**Observações:** - A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor da mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- Atenção! No verso desta folha 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.

PRODUTO	NOTRE LIFE 50+	NOTRE LIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a "18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MEDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.749/24-7
De "00 a "18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

Jundiaí-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL								SEM COPARTICIPAÇÃO		DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA		
PRODUTO		NOTRE LIFE 50+				NOTRE LIFE				NOSSO MEDICO				REFÉRÉNCIA
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA		REFÉRÉNCIA								
ACOMODAÇÃO		APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA								
ASSISTÊNCIA		Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA
REGISTRO ANS		494.612/23-0		494.614/23-6		498.750/24-1		498.750/24-1		498.750/24-1		498.750/24-1		432.753/00-5
CÓD. INTERNO		28411		37350		32169		37354		33619		37371		35027
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54	R\$	614,91
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66	R\$	830,15
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16	R\$	971,59
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17	R\$	1.020,75
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87	R\$	1.020,75
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06	R\$	1.020,77
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72	R\$	1.506,31
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16	R\$	2.229,33
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13	R\$	2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$	2.053,28	R\$	2.053,28	R\$	1.279,44	R\$	1.279,44	R\$	1.122,86	R\$	1.122,86	R\$	3.689,09

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar

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 Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro **"COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO"**.

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de **Coparticipação** de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Intervenções		

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

## Notas

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
  - Assistência Médica +BOI: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND QD), com valor promocional especificado nesta tabela

#### **Observações:**

- Observações:**  
- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- Atenção! No verso desta folha 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.

Magi das Cruzes-SR de 20

**Assinatura do Contratante ou Responsável Legal**

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

PRODUTO	NOTRE LIFE 50+		REFERÊNCIA REFERÊNCIA
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA	
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
ACOMODAÇÃO			
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MEDICO	
	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTÉTRICA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.750/24-1	
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%	
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	

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.

Mogi das Cruzes-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						REFERÊNCIA
	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		SEM COPARTICIPAÇÃO		
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA		
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		REFERÊNCIA		
ACOMODAÇÃO	Médica <sup>1</sup>		Médica + ROL		ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA							
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		432.753/00-5		
COD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	35027		
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 614,91		
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 830,15		
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 971,59		
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 1.020,75		
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 1.020,75		
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 1.020,77		
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 1.506,31		
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 2.229,33		
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 2.853,57		
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 3.689,09		

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO						CIÉNCIA DOS FATORES MODERADORES
	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		APARTAMENTO		ENFERMARIA		
SEGMENTAÇÃO							
ACOMODAÇÃO	Médica <sup>1</sup>		Médica + ROL		Médica <sup>1</sup>		
ASSISTÊNCIA							
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6				
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353			
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04			
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54			
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21			
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78			
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33			
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98			
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09			
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69			
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53			
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61			

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

**DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA**

( ) Declaro, para os devidos fins, que me foi oferecida a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, 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.

Santos-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

<b>Notas:</b>
- Assistência Médica <sup>1</sup> : Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.
<b>Observações:</b>
- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- Atenção! No verso desta folha 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.

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "0 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

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.

Santos-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

**ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO**

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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/pulpectomia/necrose; immobilização 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; reimplanto de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciado 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

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

São Bernardo do Campo-SP  
Para contratos assinados de 01/07/2025 a 31/08/2025

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL								SEM COPARTICIPAÇÃO							
	NOTRE LIFE 50+				NOTRE LIFE				NOSSO MÉDICO				REFERÊNCIA			
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA		REFERÊNCIA	
	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0				494.614/23-6				498.744/24-6				432.753/00-5			
CÓD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	33488	37369	35027	35027	33608	37370	33608	37370	37370	37370	37370	37370
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 251,54	R\$ 251,54	R\$ 614,91	R\$ 614,91	R\$ 199,07	R\$ 199,07	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 306,66	R\$ 306,66	R\$ 830,15	R\$ 830,15	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 315,16	R\$ 315,16	R\$ 971,59	R\$ 971,59	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 350,17	R\$ 350,17	R\$ 1.020,75	R\$ 1.020,75	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 277,11	R\$ 277,11	R\$ 277,11	R\$ 277,11	R\$ 277,11	R\$ 277,11
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 361,87	R\$ 361,87	R\$ 1.020,75	R\$ 1.020,75	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 398,06	R\$ 398,06	R\$ 1.020,77	R\$ 1.020,77	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 566,72	R\$ 566,72	R\$ 1.506,31	R\$ 1.506,31	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 448,47
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 575,16	R\$ 575,16	R\$ 2.229,33	R\$ 2.229,33	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 729,13	R\$ 729,13	R\$ 2.853,57	R\$ 2.853,57	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	R\$ 3.689,09	R\$ 3.689,09	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA																
( ) Declaro, para os devidos fins, que me foi ofereta a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, 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.																

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO								ATENÇÃO - PLANO ODONTOLOGICO							
	NOTRE LIFE				NOTRE LIFE 50+				NOSSO MÉDICO				ATENÇÃO - PLANO ODONTOLOGICO			
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		APARTAMENTO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA	
	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL
REGISTRO ANS	494.614/23-0				494.612/23-0				498.744/24-6				432.753/23-7			
CÓD. INTERNO	32167	37353	28410	37349	33608	37370	33608	37370	33608	37370	33608	37370	33608	37370	33608	37370
00 a 18 anos	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 199,07	R\$ 199,07	R\$ 199,07	R\$ 199,07	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68
19 a 23 anos	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 242,68	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40
24 a 28 anos	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 249,40	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37	R\$ 286,37
29 a 33 anos	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00	R\$ 315,00
34 a 38 anos	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 448,47	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16	R\$ 455,16
39 a 43 anos	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60
44 a 48 anos	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01	R\$ 577,01
49 a 53 anos	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60
54 a 58 anos	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60	R\$ 888,60

* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.
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 Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
( ) Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

**COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO**

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

São Bernardo do Campo-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

<b>Notas:</b>
- Assistência Médica <sup>1</sup> : Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.
<b>Observações:</b>
- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".
- Atenção! No verso desta folha 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.

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MÉDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.744/24-6
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

São Bernardo do Campo-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										SEM COPARTICIPAÇÃO	DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA	
	NOTRE LIFE 50+			NOTRE LIFE			NOSSO MÉDICO			REFERÊNCIA			
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA		REFERÊNCIA	REFERÊNCIA			
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA	ENFERMARIA			
ACOMODAÇÃO	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA	494.612/23-0		494.614/23-6		498.752/24-7		498.753/00-5		35027				
REGISTRO ANS	28411		37350		32169		37354		33567		37367		
CÓD. INTERNO	28411		37350		32169		37354		33567		37367		
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 251,54	R\$ 251,54	R\$ 614,91		
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 306,66	R\$ 306,66	R\$ 830,15		
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 315,16	R\$ 315,16	R\$ 971,59		
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 350,17	R\$ 350,17	R\$ 1.020,75		
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 361,87	R\$ 361,87	R\$ 1.020,75		
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 398,06	R\$ 398,06	R\$ 1.020,77		
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 566,72	R\$ 566,72	R\$ 1.506,31		
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 575,16	R\$ 575,16	R\$ 2.229,33		
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 729,13	R\$ 729,13	R\$ 2.853,57		
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	R\$ 3.689,09		

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO										ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO		
	NOTRE LIFE 50+			NOTRE LIFE			NOSSO MÉDICO			REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA		REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR	
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		ENFERMARIA		REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR	
ACOMODAÇÃO	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO *	VALOR	
ASSISTÊNCIA	494.612/23-0		494.614/23-6		498.752/24-7		498.753/00-5		495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54	
REGISTRO ANS	28410		37349		32167		37353		495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90	
* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.													

#### 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 Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de **Coparticipação de 40%** (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Sorocaba-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

#### Notas:

- Assistência Médica<sup>1</sup>: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

#### Observações:

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- Atenção! No verso desta folha 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.

PRODUTO	NOTRELIFE	NOTRELIFE 50+	REFERÉNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÉNCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.614/23-6	494.612/23-0	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	9,72%	50,20%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%	0,00%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%	0,00%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%	0,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%	0,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%	0,00%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%	0,00%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%	2,46%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%	42,95%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MEDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.752/24-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

Sorocaba-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Para contratos assinados de 01/07/2025 a 31/08/2025

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						SEM COPARTICIPAÇÃO	DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA
	NOTRE LIFE 50+		NOTRE LIFE		NOSSO MÉDICO			
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	REFERÊNCIA				
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA			
ACOMODAÇÃO	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL		
ASSISTÊNCIA	494.612/23-0	494.614/23-6	494.614/23-6	498.745/24-4	498.745/24-4	498.745/24-4	432.753/00-5	
REGISTRO ANS	28411	37350	32169	37354	33490	37373	35027	
CÓD. INTERNO	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 251,54	R\$ 251,54	R\$ 614,91	
00 a 18 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 306,66	R\$ 306,66	R\$ 830,15	
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 315,16	R\$ 315,16	R\$ 971,59	
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 350,17	R\$ 350,17	R\$ 1.020,75	
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 361,87	R\$ 361,87	R\$ 1.020,75	
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 398,06	R\$ 398,06	R\$ 1.020,77	
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 566,72	R\$ 566,72	R\$ 1.506,31	
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 575,16	R\$ 575,16	R\$ 2.229,33	
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 729,13	R\$ 729,13	R\$ 2.853,57	
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	R\$ 3.689,09	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 1.122,86	R\$ 1.122,86	R\$ 3.689,09	

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO						ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO
	NOTRE LIFE 50+		NOTRE LIFE		NOSSO MÉDICO		
PRODUTO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	
SEGMENTAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA		
ACOMODAÇÃO	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL	
ASSISTÊNCIA	494.612/23-0	494.614/23-6	494.614/23-6	498.745/24-4	498.745/24-4	498.745/24-4	
REGISTRO ANS	28410	37349	32167	37353	33633	37374	
CÓD. INTERNO	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 199,07	R\$ 199,07	
00 a 18 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 242,68	R\$ 242,68	
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 249,40	R\$ 249,40	
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 277,11	R\$ 277,11	
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 286,37	R\$ 286,37	
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 315,00	R\$ 315,00	
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 448,47	R\$ 448,47	
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 455,16	R\$ 455,16	
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 577,01	R\$ 577,01	
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61	R\$ 888,60	R\$ 888,60	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61	R\$ 888,60	R\$ 888,60	

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

#### CIÉNCIA 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** do valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".
- ( ) Ciente da escolha de preço com incidência de **Coparticipação de 40%** (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletrivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

Americanas-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:	
- Assistência Médica *: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.	
- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.	
<b>Observações:</b>	
- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.	
- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor da sua mensalidade no ato da contratação.	
- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Médico" e "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".	
- Atenção! No verso desta folha 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.	

Para contratos assinados de 01/07/2025 a 31/08/2025

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	494.612/23-0	494.614/23-6	432.753/00-5
De "00 a 18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%

PRODUTO	NOSSO MEDICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.745/24-4
De "00 a 18" a "19 a 23"	21,91%
De "19 a 23" a "24 a 28"	2,77%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,11%
De "29 a 33" a "34 a 38"	3,34%
De "34 a 38" a "39 a 43"	10,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	42,37%
De "44 a 48" a "49 a 53"	1,49%
De "49 a 53" a "54 a 58"	26,77%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	54,00%

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.

Americana-SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				REFERÊNCIA
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	495.269/23-3		495.270/23-7		432.753/00-5
CÓD. INTERNO	28482	37352	32166	37355	35027
00 a 18 anos	R\$ 933,27	R\$ 933,27	R\$ 318,47	R\$ 318,47	R\$ 614,91
19 a 23 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 349,42	R\$ 349,42	R\$ 830,15
24 a 28 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 359,10	R\$ 359,10	R\$ 971,59
29 a 33 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 398,99	R\$ 398,99	R\$ 1.020,75
34 a 38 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 412,32	R\$ 412,32	R\$ 1.020,75
39 a 43 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 453,57	R\$ 453,57	R\$ 1.020,77
44 a 48 anos	R\$ 1.401,77	R\$ 1.401,77	R\$ 645,76	R\$ 645,76	R\$ 1.506,31
49 a 53 anos	R\$ 1.401,79	R\$ 1.401,79	R\$ 655,36	R\$ 655,36	R\$ 2.229,33
54 a 58 anos	R\$ 1.436,34	R\$ 1.436,34	R\$ 830,79	R\$ 830,79	R\$ 2.853,57
59 ANOS OU MAIS	R\$ 2.053,28	R\$ 2.053,28	R\$ 1.279,44	R\$ 1.279,44	R\$ 3.689,09

COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO			
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL	Médica <sup>1</sup>	Médica + ROL
REGISTRO ANS	495.269/23-3		495.270/23-7	
CÓD. INTERNO	28481	37351	32164	37356
00 a 18 anos	R\$ 790,91	R\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	R\$ 1.012,61

ODONTOLOGIA	REGISTRO	CÓD. INTERNO	VALOR PROMO*	VALOR
ODONTO PROTEÇÃO	495.625/23-7	33109	R\$ 0,00	R\$ 18,54
PREMIUM NACIONAL	495.617/23-6	33108	R\$ 19,90	R\$ 49,90

\* Valor Promocional quando beneficiário adquire, no ato da contratação, um plano médico-hospitalar.

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO		
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	40% limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	40% limitado a R\$ 116,60
Terapias Especiais	Valor fixo R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33
Internações	-	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

**DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA**

( ) Declaro, para os devidos fins, que me foi oferetada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 432.753/00-5, 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:

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação Parcial de valor fixo no grupo de procedimentos de Terapias Especiais e Demais Terapias, e dos seus limitadores informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de 40% (quarenta por cento) no grupo de procedimentos, e de seus limitadores, e de valor fixo e 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.

Rio de Janeiro-RJ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**Notas:**

- Assistência Médica<sup>1</sup>: Plano de assistência médica com contratação promocional do plano odontológico com Registro ANS 495.625/23-7 (HAPVIDA INTERODONTO PROTEÇÃO ODONTOLOGICA IND), sem acréscimo no valor da mensalidade.

- Assistência Médica +ROL: Plano de assistência médica com contratação do plano odontológico com Registro ANS 495.617/23-6 (HAPVIDA INTERODONTO PREMIUM IND OD), com valor promocional especificado nesta tabela.

**Observações:**

- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.

- Os planos de assistência médica para grupos familiares, a partir de 02 (duas) vidas, poderão sofrer desconto de até 7% (sete por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Notrelife" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

- Atenção! No verso desta folha 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.

PRODUTO	NOTRELIFE 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA	ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	REFERENCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	
REGISTRO ANS	495.269/23-3	495.270/23-7	432.753/00-5	
De "00 a "18" a "19 a 23"	50,20%	9,72%	35,00%	O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT IND (Reg. ANS No. 495.625/23-7), 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/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveóite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplantante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidenciação 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
De "19 a 23" a "24 a 28"	0,00%	2,77%	17,04%	
De "24 a 28" a "29 a 33"	0,00%	11,11%	5,06%	
De "29 a 33" a "34 a 38"	0,00%	3,34%	0,00%	
De "34 a 38" a "39 a 43"	0,00%	10,00%	0,00%	
De "39 a 43" a "44 a 48"	0,00%	42,37%	47,57%	
De "44 a 48" a "49 a 53"	0,00%	1,49%	48,00%	
De "49 a 53" a "54 a 58"	2,46%	26,77%	28,00%	
De "54 a 58" a "59 ou mais"	42,95%	54,00%	29,28%	

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.

Rio de Janeiro-RJ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal