

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

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

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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

- 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.

O contrato que regula o produto de assistência odontológica HAP IOD PROT ODONT INED (Reg. ANS No. 495.62523-7), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo 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 alveolite; colagem de fragmentos; início e drenagem de abscesso; extração de dentes não tratáveis; tratamento de fraturas de dentes; restauração de dentes com coroa; higienização bucal; evidênciação 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 CBPHO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na data em que ocorrer a sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico.

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

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 SUL	NOSSO MEDICO LESTE	NOSSO MEDICO NORTE
SEGMENTAÇÃO		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA
REGISTRO ANS	498.755/24-1	498.753/24-5	498.754/24-3
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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				SEM COPARTICIPAÇÃO
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		432.753/00-5
CÓD. 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

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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			
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL
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

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

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 adquirir, 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

Campinas-SP, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica ¹: 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 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 MEDICO
COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
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		COPARTICIPAÇÃO PARCIAL								SEM COPARTICIPAÇÃO			
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO				REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				ENFERMARIA				ENFERMARIA				ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0				494.614/23-6				498.749/24-7				432.753/00-5
COD. 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 RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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										
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				ENFERMARIA				ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0				494.614/23-6				498.749/24-7			
COD. 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.

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

Jundiaí-SP, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica ¹: 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 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	498.749/24-7
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	
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO		REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		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	

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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					
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		498.750/24-1	
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33620	37372
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.

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

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

Mogi das Cruzes-SP, ____ de ____ de 20__

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

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 +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 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERENCIA
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	498.750/24-1
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		
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				SEM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				ENFERMARIA				ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL			
REGISTRO ANS	494.612/23-0				494.614/23-6				432.753/00-5	
CÓD. 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					
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +			NOTRELIFE		
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR			AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL		Médica ¹	Médica + ROL	
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\$ 790,91	R\$ 252,04	R\$ 252,04	R\$ 252,04
19 a 23 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 276,54	R\$ 276,54	R\$ 276,54
24 a 28 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 284,21	R\$ 284,21	R\$ 284,21
29 a 33 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 315,78	R\$ 315,78	R\$ 315,78
34 a 38 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 326,33	R\$ 326,33	R\$ 326,33
39 a 43 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 358,98	R\$ 358,98	R\$ 358,98
44 a 48 anos	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 1.187,94	R\$ 511,09	R\$ 511,09	R\$ 511,09
49 a 53 anos	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 1.187,96	R\$ 518,69	R\$ 518,69	R\$ 518,69
54 a 58 anos	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 1.217,24	R\$ 657,53	R\$ 657,53	R\$ 657,53
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.740,08	R\$ 1.012,61	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 ofertada 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.

Santos-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

Notas:

- Assistência Médica ¹: 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
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%

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidênciação 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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										SEM COPARTICIPAÇÃO	
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO		REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				ENFERMARIA				ENFERMARIA		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.612/23-0				494.614/23-6				498.744/24-6		432.753/00-5	
COD. INTERNO	28411		37350		32169		37354		33488		37369	
00 a 18 anos	R\$	933,27	R\$	933,27	R\$	318,47	R\$	318,47	R\$	251,54	R\$	251,54
19 a 23 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	349,42	R\$	349,42	R\$	306,66	R\$	306,66
24 a 28 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	359,10	R\$	359,10	R\$	315,16	R\$	315,16
29 a 33 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	398,99	R\$	398,99	R\$	350,17	R\$	350,17
34 a 38 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	412,32	R\$	412,32	R\$	361,87	R\$	361,87
39 a 43 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	453,57	R\$	453,57	R\$	398,06	R\$	398,06
44 a 48 anos	R\$	1.401,77	R\$	1.401,77	R\$	645,76	R\$	645,76	R\$	566,72	R\$	566,72
49 a 53 anos	R\$	1.401,79	R\$	1.401,79	R\$	655,36	R\$	655,36	R\$	575,16	R\$	575,16
54 a 58 anos	R\$	1.436,34	R\$	1.436,34	R\$	830,79	R\$	830,79	R\$	729,13	R\$	729,13
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

DECLARAÇÃO DE OFERTA E RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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										
PRODUTO	NOT RELIFE				NOT RELIFE 50 +				NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA				APARTAMENTO				ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL	
REGISTRO ANS	494.614/23-6				494.612/23-0				498.744/24-6			
COD. INTERNO	32167		37353		28410		37349		33608		37370	
00 a 18 anos	R\$	252,04	R\$	252,04	R\$	790,91	R\$	790,91	R\$	199,07	R\$	199,07
19 a 23 anos	R\$	276,54	R\$	276,54	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	242,68	R\$	242,68
24 a 28 anos	R\$	284,21	R\$	284,21	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	249,40	R\$	249,40
29 a 33 anos	R\$	315,78	R\$	315,78	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	277,11	R\$	277,11
34 a 38 anos	R\$	326,33	R\$	326,33	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	286,37	R\$	286,37
39 a 43 anos	R\$	358,98	R\$	358,98	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	315,00	R\$	315,00
44 a 48 anos	R\$	511,09	R\$	511,09	R\$	1.187,94	R\$	1.187,94	R\$	448,47	R\$	448,47
49 a 53 anos	R\$	518,69	R\$	518,69	R\$	1.187,96	R\$	1.187,96	R\$	455,16	R\$	455,16
54 a 58 anos	R\$	657,53	R\$	657,53	R\$	1.217,24	R\$	1.217,24	R\$	577,01	R\$	577,01
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.012,61	R\$	1.012,61	R\$	1.740,08	R\$	1.740,08	R\$	888,60	R\$	888,60

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidênciação 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

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.

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

São Bernardo do Campo-SP, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

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 +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 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	498.744/24-6
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	
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSE MÉDICO		REFERÊNCIA	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA		ENFERMARIA	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		498.752/24-7		432.753/00-5	
CÓD. INTERNO	28411	37350	32169	37354	33567	37367	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 RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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							
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSE MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL	Médica ¹	Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		498.752/24-7			
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33616	37368		
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		

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidênciação 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 CBHO - 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

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 adquirir, 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 ¹: 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+	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	REFERÊNCIA
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 + OBSTETRICIA
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

COPARTICIPAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL										SEM COPARTICIPAÇÃO			
PRODUTO	NOTRELIFE 50 +				NOTRELIFE				NOSSO MÉDICO		REFERÊNCIA			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		REFERÊNCIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO				ENFERMARIA				ENFERMARIA		ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL		Médica ¹		Médica + ROL			
REGISTRO ANS	494.612/23-0				494.614/23-6				498.745/24-4		432.753/00-5			
COD. INTERNO	28411		37350		32169		37354		33490		37373			
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 RECUSA DO PLANO-REFERÊNCIA

() Declaro, para os devidos fins, que me foi ofertada a contratação de plano-referência, o qual encontra-se registrado na ANS sob o nº 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							
PRODUTO	NOTRELIFE 50+		NOTRELIFE		NOSSO MÉDICO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA			
ASSISTÊNCIA	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL	Médica *	Médica + ROL		
REGISTRO ANS	494.612/23-0		494.614/23-6		498.745/24-4			
CÓD. INTERNO	28410	37349	32167	37353	33633	37374		
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		

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos a 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

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.

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

Americana-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 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 50+	NOTRELIFE	REFERÊNCIA
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	REFERENCIA
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 + OBSTETRÍCIA			REFERÊNCIA
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA			ENFERMARIA
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL	Médica ¹		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 + OBSTETRÍCIA		
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO			ENFERMARIA		
ASSISTÊNCIA	Médica ¹		Médica + ROL	Médica ¹		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 ofertada 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 ¹: 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
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	REFERÊNCIA
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%
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%

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; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; replante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

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