



PROPOSTA CONTRATUAL PLANO COLETIVO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica LTDA • Av. Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº36.825-3

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato		Tabela											
C.N.P.J	Razão Social																
Nome Fantasia	Ramo de Atividade		Inscrição Estadual														
02 - Dados Complementares																	
Endereço																	
Complemento		Bairro	CEP														
Cidade	UF		Telefone	FAX													
03 - Se outro Endereço para Cobrança																	
Endereço																	
Complemento		Bairro	CEP														
Cidade	UF		Telefone	FAX													
04 - Dados do Responsável																	
Nome do Responsável																	
CPF	Cargo																
Telefone	E-mail																
05 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários ()		Porte II: de 16 a 29 usuários ()											
06 - Adesão / Vigência / Vencimento																	
Adesão	01 a 05		06 a 10		11 a 15		16 a 20		21 a 25		26 a 30						
Vencimento	05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30
07 - Cálculo do Custo Total do Contrato			() Integral () Parcial / Sem custeio		Observações:												
Plano de Saúde	Plano Odonto		EMD	Tx. de Adesão		Total Geral											
08 - Produtos																	
ASSISTENCIA MÉDICA																	

NOSSO PLANO					
AMBULATORIAL					
Cód. ANS - Saúde	484.247/19-2		Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 089		Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	
Segmentação	Ambulatorial		Segmentação	Ambulatorial	
Acomodação	-		Acomodação	-	
Fator Moderador	-		Fator Moderador	Coparticipação	
Código Interno	8592		Código Interno	8591	
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios		Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC		Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	
Nº de Vidas			Nº de Vidas		

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
Cód. ANS - Saúde	484.228/19-6	Cód. ANS - Saúde	484.250/19-2
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 091	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 092
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	-	Fator Moderador	-
Código Interno	8587	Código Interno	8590
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI, Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal, Mossoró./RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró./RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	8589	Código Interno	8588
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró./RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró./RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	463.005/10-0
Nome Comercial	EMPRESARIAL PREMIUM MAIS
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	2738
Abrangência Geográfica	Grupo de Estados
Nº de Vidas	
ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	9732
Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas	

09 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 259/2011, da ANS.

10 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

10.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

10.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO, esta será de 25% (vinte por cento) sobre consultas e exames, eletivos ou de Urgência/Emergência, podendo a Operadora, por liberdade, estabelecer limites máximos de valores de Coparticipação, os quais nunca excederão aos valores dos procedimentos multiplicados pelo percentual acima estabelecido.** Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continuará(o) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

11 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

11.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas.

11.2 A CONTRATANTE declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

12 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

13 - Dados do representante

Nome do vendedor:		Código:	
Nome da representação:		Código:	Rúbrica:



PROPOSTA CONTRATUAL PLANO COLETIVO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica LTDA • Av. Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº36.825-3

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato		Tabela											
C.N.P.J		Razão Social															
Nome Fantasia		Ramo de Atividade		Inscrição Estadual													
02 - Dados Complementares																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
03 - Se outro Endereço para Cobrança																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
04 - Dados do Responsável																	
Nome do Responsável																	
CPF		Cargo															
Telefone		E-mail															
05 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários ()	Porte II: de 16 a 29 usuários ()												
06 - Adesão / Vigência / Vencimento																	
Adesão	01 a 05		06 a 10			11 a 15		16 a 20		21 a 25		26 a 30					
Vencimento	05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30
07 - Cálculo do Custo Total do Contrato			() Integral () Parcial / Sem custeio		Observações:												
Plano de Saúde		Plano Odonto		EMD		Tx. de Adesão		Total Geral									
08 - Produtos																	
ASSISTENCIA MÉDICA																	

NOSSO PLANO					
AMBULATORIAL					
Cód. ANS - Saúde	484.247/19-2		Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 089		Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	
Segmentação	Ambulatorial		Segmentação	Ambulatorial	
Acomodação	-		Acomodação	-	
Fator Moderador	-		Fator Moderador	Coparticipação	
Código Interno	8592		Código Interno	8591	
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios		Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC		Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	
Nº de Vidas			Nº de Vidas		

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
Cód. ANS - Saúde	484.228/19-6	Cód. ANS - Saúde	484.250/19-2
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 091	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 092
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	-	Fator Moderador	-
Código Interno	8587	Código Interno	8590
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI, Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal, Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	8589	Código Interno	8588
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	463.005/10-0
Nome Comercial	EMPRESARIAL PREMIUM MAIS
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	2738
Abrangência Geográfica	Grupo de Estados
Nº de Vidas	
ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	9732
Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas	

09 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 259/2011, da ANS.

10 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

10.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

10.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO, esta será de 25% (vinte por cento) sobre consultas e exames, eletivos ou de Urgência/Emergência, podendo a Operadora, por liberdade, estabelecer limites máximos de valores de Coparticipação, os quais nunca excederão aos valores dos procedimentos multiplicados pelo percentual acima estabelecido.** Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continua(rá)o(s) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

11 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

11.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas

11.2 A CONTRATANTE declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

12 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

13 - Dados do representante

Nome do vendedor:		Código:	
Nome da representação:		Código:	Rúbrica:



PROPOSTA CONTRATUAL PLANO COLETIVO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica LTDA • Av. Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº36.825-3

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato				Tabela										
C.N.P.J		Razão Social																
Nome Fantasia		Ramo de Atividade		Inscrição Estadual														
02 - Dados Complementares																		
Endereço																		
Complemento		Bairro						CEP										
Cidade		UF		Telefone		FAX												
03 - Se outro Endereço para Cobrança																		
Endereço																		
Complemento		Bairro						CEP										
Cidade		UF		Telefone		FAX												
04 - Dados do Responsável																		
Nome do Responsável																		
CPF		Cargo																
Telefone		E-mail																
05 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários ()				Porte II: de 16 a 29 usuários ()										
06 - Adesão / Vigência / Vencimento																		
Adesão		01 a 05		06 a 10			11 a 15			16 a 20			21 a 25			26 a 30		
Vencimento		05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30
07 - Cálculo do Custo Total do Contrato		() Integral () Parcial / Sem custeio		Observações:														
Plano de Saúde		Plano Odonto		EMD		Tx. de Adesão		Total Geral										
08 - Produtos																		
ASSISTENCIA MÉDICA																		

NOSSO PLANO					
AMBULATORIAL					
Cód. ANS - Saúde	484.247/19-2		Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 089		Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	
Segmentação	Ambulatorial		Segmentação	Ambulatorial	
Acomodação	-		Acomodação	-	
Fator Moderador	-		Fator Moderador	Coparticipação	
Código Interno	8592		Código Interno	8591	
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios		Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Manaus/AM, Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA, Teresina/PI, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pacajus, São Gonçalo do Amarante/CE, Natal, Mossoró, São Gonçalo do Amarante/RN, João Pessoa, Campina Grande/PB, Recife, Paulista, Olinda, Goiana, Cabo de Santo Agostinho/PE, Maceió/AL, Aracaju/SE, Salvador, Feira de Santana, Camaçari, Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC		Área de Atuação	Manaus/AM, Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA, Teresina/PI, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pacajus, São Gonçalo do Amarante/CE, Natal, Mossoró, São Gonçalo do Amarante/RN, João Pessoa, Campina Grande/PB, Recife, Paulista, Olinda, Goiana, Cabo de Santo Agostinho/PE, Maceió/AL, Aracaju/SE, Salvador, Feira de Santana, Camaçari, Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	
Nº de Vidas			Nº de Vidas		

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
Cód. ANS - Saúde	484.228/19-6	Cód. ANS - Saúde	484.250/19-2
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 091	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 092
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	-	Fator Moderador	-
Código Interno	8587	Código Interno	8590
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI, Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal, Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	8589	Código Interno	8588
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	463.005/10-0
Nome Comercial	EMPRESARIAL PREMIUM MAIS
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	2738
Abrangência Geográfica	Grupo de Estados
Nº de Vidas	
ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	9732
Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas	

09 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 259/2011, da ANS.

10 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

10.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

10.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO, esta será de 25% (vinte por cento) sobre consultas e exames, eletivos ou de Urgência/Emergência, podendo a Operadora, por liberdade, estabelecer limites máximos de valores de Coparticipação, os quais nunca excederão aos valores dos procedimentos multiplicados pelo percentual acima estabelecido.** Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continua(rá)o(s) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

11 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

11.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas

11.2 A CONTRATANTE declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

12 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

13 - Dados do representante

Nome do vendedor:		Código:	
Nome da representação:		Código:	Rúbrica:



FOLHA DE CORREÇÃO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica LTDA • Av. Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº36.825-3

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato		Tabela											
C.N.P.J		Razão Social															
Nome Fantasia		Ramo de Atividade		Inscrição Estadual													
02 - Dados Complementares																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
03 - Se outro Endereço para Cobrança																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
04 - Dados do Responsável																	
Nome do Responsável																	
CPF		Cargo															
Telefone		E-mail															
05 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários ()	Porte II: de 16 a 29 usuários ()												
06 - Adesão / Vigência / Vencimento																	
Adesão	01 a 05		06 a 10			11 a 15		16 a 20		21 a 25		26 a 30					
Vencimento	05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30
07 - Cálculo do Custo Total do Contrato			() Integral () Parcial / Sem custeio		Observações:												
Plano de Saúde		Plano Odonto		EMD		Tx. de Adesão		Total Geral									
08 - Produtos																	
ASSISTENCIA MÉDICA																	

NOSSO PLANO					
AMBULATORIAL					
Cód. ANS - Saúde	484.247/19-2		Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 089		Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	
Segmentação	Ambulatorial		Segmentação	Ambulatorial	
Acomodação	-		Acomodação	-	
Fator Moderador	-		Fator Moderador	Coparticipação	
Código Interno	8592		Código Interno	8591	
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios		Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC		Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	
Nº de Vidas			Nº de Vidas		

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
Cód. ANS - Saúde	484.228/19-6	Cód. ANS - Saúde	484.250/19-2
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 091	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 092
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	-	Fator Moderador	-
Código Interno	8587	Código Interno	8590
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI, Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal, Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	8589	Código Interno	8588
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	463.005/10-0
Nome Comercial	EMPRESARIAL PREMIUM MAIS
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	2738
Abrangência Geográfica	Grupo de Estados
Nº de Vidas	
ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	9732
Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas	

09 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 259/2011, da ANS.

10 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

10.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

10.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO, esta será de 25% (vinte por cento) sobre consultas e exames, eletivos ou de Urgência/Emergência, podendo a Operadora, por liberdade, estabelecer limites máximos de valores de Coparticipação, os quais nunca excederão aos valores dos procedimentos multiplicados pelo percentual acima estabelecido.** Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continua(rá)o(s) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

11 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

11.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas

11.2 A CONTRATANTE declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

12 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

13 - Dados do representante

Nome do vendedor:		Código:	
Nome da representação:		Código:	Rúbrica:



FOLHA DE CORREÇÃO

PARA O UNIVERSO DE 02 (DOIS) A 29 (VINTE E NOVE)
Hapvida Assistência Médica LTDA • Av. Heráclito Graça, 406.
Centro. Fortaleza/CE • CEP 60140-060 • CNPJ 63554067/0001-98

Nº DA PROPOSTA

ANS - nº36.825-3

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato		Tabela											
C.N.P.J		Razão Social															
Nome Fantasia		Ramo de Atividade		Inscrição Estadual													
02 - Dados Complementares																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
03 - Se outro Endereço para Cobrança																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
04 - Dados do Responsável																	
Nome do Responsável																	
CPF		Cargo															
Telefone		E-mail															
05 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários ()	Porte II: de 16 a 29 usuários ()												
06 - Adesão / Vigência / Vencimento																	
Adesão	01 a 05		06 a 10			11 a 15		16 a 20		21 a 25		26 a 30					
Vencimento	05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30
07 - Cálculo do Custo Total do Contrato			() Integral () Parcial / Sem custeio		Observações:												
Plano de Saúde		Plano Odonto		EMD		Tx. de Adesão		Total Geral									
08 - Produtos																	
ASSISTENCIA MÉDICA																	

NOSSO PLANO					
AMBULATORIAL					
Cód. ANS - Saúde	484.247/19-2		Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 089		Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	
Segmentação	Ambulatorial		Segmentação	Ambulatorial	
Acomodação	-		Acomodação	-	
Fator Moderador	-		Fator Moderador	Coparticipação	
Código Interno	8592		Código Interno	8591	
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios		Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC		Área de Atuação	Manaus/AM,Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA,Teresina/PI,Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú,Pacajus,São Gonçalo do Amarante/CE,Natal,Mossoró,São Gonçalo do Amarante/RN,João Pessoa, Campina Grande/PB,Recife,Paulista,Olinda,Goiana,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	
Nº de Vidas			Nº de Vidas		

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
Cód. ANS - Saúde	484.228/19-6	Cód. ANS - Saúde	484.250/19-2
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 091	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 092
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	-	Fator Moderador	-
Código Interno	8587	Código Interno	8590
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI, Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal, Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	8589	Código Interno	8588
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	463.005/10-0
Nome Comercial	EMPRESARIAL PREMIUM MAIS
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	2738
Abrangência Geográfica	Grupo de Estados
Nº de Vidas	
ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	9732
Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas	

09 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 259/2011, da ANS.

10 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

10.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

10.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO, esta será de 25% (vinte por cento) sobre consultas e exames, eletivos ou de Urgência/Emergência, podendo a Operadora, por liberdade, estabelecer limites máximos de valores de Coparticipação, os quais nunca excederão aos valores dos procedimentos multiplicados pelo percentual acima estabelecido.** Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continua(rá)o(s) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

11 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

11.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas

11.2 A CONTRATANTE declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

12 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

13 - Dados do representante

Nome do vendedor:		Código:	
Nome da representação:		Código:	Rúbrica:

01 - Dados da Empresa Contratante				Contrato		Tabela											
C.N.P.J		Razão Social															
Nome Fantasia		Ramo de Atividade		Inscrição Estadual													
02 - Dados Complementares																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
03 - Se outro Endereço para Cobrança																	
Endereço																	
Complemento		Bairro		CEP													
Cidade		UF		Telefone		FAX											
04 - Dados do Responsável																	
Nome do Responsável																	
CPF		Cargo															
Telefone		E-mail															
05 - Porte da Empresa Conforme o Número de Beneficiários				Porte I: de 02 a 15 usuários ()	Porte II: de 16 a 29 usuários ()												
06 - Adesão / Vigência / Vencimento																	
Adesão	01 a 05		06 a 10			11 a 15		16 a 20		21 a 25		26 a 30					
Vencimento	05	10	15	05	10	15	10	15	20	15	20	25	20	25	30	25	30
07 - Cálculo do Custo Total do Contrato			() Integral () Parcial / Sem custeio		Observações:												
Plano de Saúde		Plano Odonto		EMD		Tx. de Adesão		Total Geral									
08 - Produtos																	
ASSISTENCIA MÉDICA																	

NOSSO PLANO					
AMBULATORIAL					
Cód. ANS - Saúde	484.247/19-2		Cód. ANS - Saúde	484.248/19-1	
Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 089		Nome Comercial	NOSSO PLANO A CE GM JN 090	
Segmentação	Ambulatorial		Segmentação	Ambulatorial	
Acomodação	-		Acomodação	-	
Fator Moderador	-		Fator Moderador	Coparticipação	
Código Interno	8592		Código Interno	8591	
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios		Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	
Área de Atuação	Manaus/AM, Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA, Teresina/PI, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pacajus, São Gonçalo do Amarante/CE, Natal, Mossoró, São Gonçalo do Amarante/RN, João Pessoa, Campina Grande/PB, Recife, Paulista, Olinda, Goiana, Cabo de Santo Agostinho/PE, Maceió/AL, Aracaju/SE, Salvador, Feira de Santana, Camaçari, Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC		Área de Atuação	Manaus/AM, Belém, Ananindeua/PA, São Luís/MA, Teresina/PI, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Pacajus, São Gonçalo do Amarante/CE, Natal, Mossoró, São Gonçalo do Amarante/RN, João Pessoa, Campina Grande/PB, Recife, Paulista, Olinda, Goiana, Cabo de Santo Agostinho/PE, Maceió/AL, Aracaju/SE, Salvador, Feira de Santana, Camaçari, Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	
Nº de Vidas			Nº de Vidas		

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
Cód. ANS - Saúde	484.228/19-6	Cód. ANS - Saúde	484.250/19-2
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 091	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 092
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	-	Fator Moderador	-
Código Interno	8587	Código Interno	8590
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI, Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal, Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

Cód. ANS - Saúde	484.252/19-9	Cód. ANS - Saúde	484.251/19-1
Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM ENF JN 093	Nome Comercial	NOSSO PLANO AHO CE GM APT JN 094
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia
Acomodação	Enfermaria	Acomodação	Apartamento
Fator Moderador	Coparticipação	Fator Moderador	Coparticipação
Código Interno	8589	Código Interno	8588
Abrangência Geográfica	Grupo de municípios	Abrangência Geográfica	Grupo de municípios
Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC	Área de Atuação	Manaus/AM,Belém/PA,São Luís/MA,Teresina/PI,- Fortaleza,Juazeiro do Norte,Maracanaú/CE,Natal,- Mossoró,/RN,João Pessoa/PB,Recife,Cabo de Santo Agostinho/PE,Maceió/AL, Aracaju/SE,Salvador,Feira de Santana,Camaçari,Lauro de Freitas/BA e Joinville/SC
Nº de Vidas		Nº de Vidas	

ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	463.005/10-0
Nome Comercial	EMPRESARIAL PREMIUM MAIS
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	2738
Abrangência Geográfica	Grupo de Estados
Nº de Vidas	
ODONTOLOGIA	
Cód. ANS - Saúde	471.904/14-2
Nome Comercial	ODONTO PREMIUM NACIONAL EMP
Segmentação	Odontologia
Acomodação	N/A
Código Interno	9732
Abrangência Geográfica	Nacional
Nº de Vidas	

09 - Abrangência Geográfica e da Área de Atuação do(s) Plano(s) Contratado(s)

A contratante declara para os devidos fins que, por questões de conveniência, opta por receber correspondências, faturas, notificações e quaisquer informações relacionadas à presente contratação, no endereço informado na presente proposta de adesão e que está ciente de que somente poderá demandar atendimento junto à Operadora contratada no município de celebração da presente proposta ao final informado, bem como nos municípios pertencentes às áreas de abrangência geográfica e de atuação do(s) produto(s) contratado(s), especificados na página de Apresentação de Produtos, parte integrante do Caderno de Proposta, nos termos da RN No. 259/2011, da ANS.

10 - Mecanismos de Regulação Financeira do(s) Plano(s) Contratado(s)

10.1 - Para todo e qualquer produto que envolva a cobertura hospitalar, inclusive aquele elencados como "Sem Coparticipação", a contratante será cobrada, a título de coparticipação, do percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o custo total das internações psiquiátricas a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, ininterruptos ou não, a cada ano de contrato, realizadas pelos beneficiários do(s) plano(s) contratado(s).

10.2 - A contratante declara para os devidos fins que, se o(s) produto(s) contratado(s), descrito(s) na página de Apresentação de Produtos de Assistência Médica constante da presente Proposta, prevê a cobrança de **COPARTICIPAÇÃO, esta será de 25% (vinte por cento) sobre consultas e exames, eletivos ou de Urgência/Emergência, podendo a Operadora, por liberdade, estabelecer limites máximos de valores de Coparticipação, os quais nunca excederão aos valores dos procedimentos multiplicados pelo percentual acima estabelecido.** Entende-se por COPARTICIPAÇÃO, a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à Operadora, para custeio de parte da despesa de determinado procedimento realizado pelos beneficiários titulares ou seus dependentes, a qual será cobrada juntamente com a mensalidade do plano, em fatura posterior à realização do procedimento. Declara, também, que é de seu conhecimento de que, ainda que o contrato preveja a cobrança de Coparticipação, os beneficiário(s) continuará(ão) sujeito(s) ao cumprimento integral dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CTP) para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), quando for o caso.

11 - Condições Gerais da Contratação e Contratos Que Regulamentam os Planos Contratados

11.1 - A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento das condições gerais da contratação previstas no Instrumento Jurídico de Contratação de Planos de Assistência Médica e/ou Odontológica Coletivos Empresariais, firmado por ocasião de presente Proposta, bem como de todas as condições estabelecidas nos instrumentos contratuais que regulam os planos contratados, cujas minutas foram recebidas na presente data, através de documentos eletrônicos salvos em mídia digital, declarando-se responsável, ainda, pelo fiel cumprimento das mesmas

11.2 A CONTRATANTE declara que utiliza os Dados Pessoais constantes nesta proposta para finalidade específica de contratação e operacionalização de Plano de Saúde e/ou Odontológico, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

_____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) CONTRATANTE.

12 - Recibo de pagamento

Recebemos da empresa acima a importância de R\$ _____ (_____), através de _____ relativo ao valor da primeira mensalidade dos planos contratados, módulos opcionais e taxa de adesão por usuário.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do representante autorizado: _____

13 - Dados do representante

Nome do vendedor:	_____	Código:	_____
Nome da representação:	_____	Código:	_____ Rúbrica: _____