

## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR CAMAÇARI - BA

Para contratos assinados de 01/05/2024 a 30/06/2024

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL				REFERÊNCIA	NOSSO PLANO - AMBULATORIAL			PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPART	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL			SEM COPART	COM COPARTICIPAÇÃO			SEM COPARTICIPAÇÃO	
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2			Médica 1	Médica 2		VALOR PROMO	VALOR
REGISTRO ANS	484.253/19-7			436.062/01-1	484.253/19-7			471.474/14-1	
Cód. Interno	21028	21029		9574	11330	11331		9982	
00 a 18 anos	R\$ 201,69	R\$ 206,34	R\$ 206,34	R\$ 2.676,61	R\$ 128,09	R\$ 132,74	R\$ 132,74	R\$ 3,65	R\$ 18,01
19 a 23 anos	R\$ 266,84	R\$ 272,99	R\$ 272,99	R\$ 3.533,13	R\$ 169,46	R\$ 175,62	R\$ 175,62	R\$ 3,65	R\$ 18,01
24 a 28 anos	R\$ 304,73	R\$ 311,75	R\$ 311,75	R\$ 4.063,10	R\$ 193,52	R\$ 200,56	R\$ 200,56	R\$ 3,65	R\$ 18,01
29 a 33 anos	R\$ 340,38	R\$ 348,22	R\$ 348,22	R\$ 4.550,67	R\$ 216,16	R\$ 224,03	R\$ 224,03	R\$ 3,65	R\$ 18,01
34 a 38 anos	R\$ 358,42	R\$ 366,68	R\$ 366,68	R\$ 4.778,20	R\$ 227,62	R\$ 235,90	R\$ 235,90	R\$ 3,65	R\$ 18,01
39 a 43 anos	R\$ 402,86	R\$ 412,15	R\$ 412,15	R\$ 5.399,37	R\$ 255,84	R\$ 265,15	R\$ 265,15	R\$ 3,65	R\$ 18,01
44 a 48 anos	R\$ 493,50	R\$ 504,88	R\$ 504,88	R\$ 6.587,23	R\$ 313,40	R\$ 324,81	R\$ 324,81	R\$ 3,65	R\$ 18,01
49 a 53 anos	R\$ 685,97	R\$ 701,78	R\$ 701,78	R\$ 9.090,38	R\$ 435,63	R\$ 451,49	R\$ 451,49	R\$ 3,65	R\$ 18,01
54 a 58 anos	R\$ 926,06	R\$ 947,40	R\$ 947,40	R\$ 12.272,01	R\$ 588,10	R\$ 609,51	R\$ 609,51	R\$ 3,65	R\$ 18,01
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.203,88	R\$ 1.231,62	R\$ 1.231,62	R\$ 15.953,61	R\$ 764,53	R\$ 792,36	R\$ 792,36	R\$ 3,65	R\$ 18,01

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-	- Valor fixo R\$ 20,00
Consultas de Urgência	-	-	- Valor fixo R\$ 35,00
Exames Simples	-	-	- Valor fixo R\$ 10,00
Exames Complexos	-	-	- Valor fixo R\$ 75,00
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 65,00	- Valor fixo R\$ 65,00
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 20,00	- Valor fixo R\$ 20,00

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

PLANO	NOSSO PLANO
TX. ADESÃO	R\$ 25,00

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA				
REGISTRO ANS	484.253/19-7	436.062/01-1	484.253/19-7	471.474/14-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	32,00%	32,30%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	15,00%	14,20%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	12,00%	11,70%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	5,00%	5,30%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	13,00%	12,40%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	22,00%	22,50%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	38,00%	39,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%	0,00%

**Notas:**

- Assistência Médica 1: Plano de assistência médica com desconto no valor da mensalidade, em caso de contratação concomitante do plano de assistência odontológica.
- Assistência Médica 2: Plano de assistência médica sem desconto no valor da mensalidade, em caso de não contratação concomitante do plano de assistência odontológica.

**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 5% (cinco por cento) no valor de sua mensalidade no ato da contratação.

**Atenção!**

- Para os descontos do Plano Familiar, só será considerada a quantidade de beneficiários inscritos no ato da contratação. Casa haja inclusões posteriores à contratação, não haverá incidência de novo desconto. Caso haja cancelamento posterior à contratação e que faça o contrato não se classificar mais no grupo de desconto, o mesmo será reduzido ou até mesmo deixará de ser aplicado.

- Na tabela acima à direita 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 PLANO AMBULATORIAL NÃO COBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA.**

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.

CAMAÇARI - BA

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

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

NOSSO PLANO - FRANQUIA										PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL					SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA				REFERÊNCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA	ENFERMARIA		APARTAMENTO		SEM ACOMODAÇÃO	
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2		Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	VALOR PROMO	VALOR
REGISTRO ANS	485.115/20-3		485.116/20-1		436.062/01-1	485.115/20-3		485.116/20-1		471.474/14-1	
COD. INTERNO	21065	21066	21067	21064	9574	21349	11861	21350	11284	9982	
00 a 18 anos	R\$ 255,44	R\$ 260,09	R\$ 383,16	R\$ 387,81	R\$ 2.676,61	R\$ 209,28	R\$ 213,93	R\$ 313,92	R\$ 318,57	R\$ 3,65	R\$ 18,01
19 a 23 anos	R\$ 337,18	R\$ 343,32	R\$ 505,77	R\$ 511,91	R\$ 3.533,13	R\$ 276,25	R\$ 282,39	R\$ 414,37	R\$ 420,51	R\$ 3,65	R\$ 18,01
24 a 28 anos	R\$ 387,76	R\$ 394,82	R\$ 581,64	R\$ 588,70	R\$ 4.063,10	R\$ 317,69	R\$ 324,75	R\$ 476,53	R\$ 483,59	R\$ 3,65	R\$ 18,01
29 a 33 anos	R\$ 434,29	R\$ 442,20	R\$ 651,44	R\$ 659,34	R\$ 4.550,67	R\$ 355,81	R\$ 363,72	R\$ 533,71	R\$ 541,62	R\$ 3,65	R\$ 18,01
34 a 38 anos	R\$ 456,00	R\$ 464,31	R\$ 684,01	R\$ 692,31	R\$ 4.778,20	R\$ 373,60	R\$ 381,91	R\$ 560,40	R\$ 568,70	R\$ 3,65	R\$ 18,01
39 a 43 anos	R\$ 515,28	R\$ 524,67	R\$ 772,93	R\$ 782,31	R\$ 5.399,37	R\$ 422,17	R\$ 431,56	R\$ 633,25	R\$ 642,63	R\$ 3,65	R\$ 18,01
44 a 48 anos	R\$ 628,64	R\$ 640,10	R\$ 942,97	R\$ 954,42	R\$ 6.587,23	R\$ 515,05	R\$ 526,50	R\$ 772,57	R\$ 784,01	R\$ 3,65	R\$ 18,01
49 a 53 anos	R\$ 867,52	R\$ 883,34	R\$ 1.301,30	R\$ 1.317,10	R\$ 9.090,38	R\$ 710,77	R\$ 726,57	R\$ 1.066,15	R\$ 1.081,93	R\$ 3,65	R\$ 18,01
54 a 58 anos	R\$ 1.171,15	R\$ 1.192,51	R\$ 1.756,76	R\$ 1.778,09	R\$ 12.272,01	R\$ 959,54	R\$ 980,87	R\$ 1.439,30	R\$ 1.460,61	R\$ 3,65	R\$ 18,01
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.522,50	R\$ 1.550,26	R\$ 2.283,79	R\$ 2.311,52	R\$ 15.953,61	R\$ 1.247,40	R\$ 1.275,13	R\$ 1.871,09	R\$ 1.898,79	R\$ 3,65	R\$ 18,01

**ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO**

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 471.474/14-1), 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 alveólites; 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 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

**REGULAMENTO PROMOÇÃO "SAÚDE INTEGRAL"**

1. No ato de contratação do plano de assistência médica, o cliente poderá optar, caso possua interesse, pela contratação concomitante do plano de assistência odontológica, através de instrumentos distintos, hipótese na qual será beneficiado com desconto no valor da mensalidade de ambos os produtos.

2. O desconto mencionado no item "1" do presente regulamento será concedido durante a vigência concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica. Caso algum dos planos seja cancelado, o cliente perderá o benefício concedido nesta promoção, restabelecendo-se imediatamente o valor original da mensalidade, sem desconto, conforme indicado na coluna "Médica 2" do respectivo produto.

3. Além do desconto no valor da mensalidade, conforme indicado no item "1" deste regulamento, a contratação concomitante do plano de assistência médica e plano de assistência odontológica beneficiará o cliente com a cobrança de uma única taxa de adesão.

4. Atenção! Os termos desta promoção não se aplicam ao produto "Referência" (registro nº 436.062/01-1).

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 no campo abaixo indicado:

( ) Ciente dos termos da Promoção "Saúde Integral", manifesto interesse em minha adesão.

**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 incidência da Franquia nas Internações e de seu valor de R\$ 1.950,00 (mil novecentos e cinquenta reais) em todos os planos de segmentação assistencial "AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA" contidos nesta tabela.

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

( ) Ciente da escolha de preço com incidência de Coparticipação de valor fixo nos grupos de procedimentos informados no quadro "COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO".

( ) Ciente, ainda, que a franquia e o valor máximo de coparticipação por procedimento serão reajustados anualmente conforme previsto em contrato.

CAMAÇARI - BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

**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 436.062/01-1, 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.