

TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR FEIRA DE SANTANA - BA

Para contratos assinados de 01/07/2024 a 30/09/2024

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\$ 214,19	R\$ 218,79	R\$ 2.842,56	R\$ 136,03	R\$ 140,63	R\$ 3,60	R\$ 18,00
19 a 23 anos	R\$ 283,37	R\$ 289,46	R\$ 3.752,18	R\$ 179,97	R\$ 186,05	R\$ 3,60	R\$ 18,00
24 a 28 anos	R\$ 323,61	R\$ 330,56	R\$ 4.315,01	R\$ 205,53	R\$ 212,47	R\$ 3,60	R\$ 18,00
29 a 33 anos	R\$ 361,47	R\$ 369,24	R\$ 4.832,81	R\$ 229,58	R\$ 237,33	R\$ 3,60	R\$ 18,00
34 a 38 anos	R\$ 380,63	R\$ 388,81	R\$ 5.074,45	R\$ 241,75	R\$ 249,91	R\$ 3,60	R\$ 18,00
39 a 43 anos	R\$ 427,83	R\$ 437,02	R\$ 5.734,13	R\$ 271,73	R\$ 280,90	R\$ 3,60	R\$ 18,00
44 a 48 anos	R\$ 524,09	R\$ 535,35	R\$ 6.995,64	R\$ 332,87	R\$ 344,10	R\$ 3,60	R\$ 18,00
49 a 53 anos	R\$ 728,49	R\$ 744,14	R\$ 9.653,98	R\$ 462,69	R\$ 478,30	R\$ 3,60	R\$ 18,00
54 a 58 anos	R\$ 983,46	R\$ 1.004,59	R\$ 13.032,87	R\$ 624,63	R\$ 645,71	R\$ 3,60	R\$ 18,00
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.278,50	R\$ 1.305,97	R\$ 16.942,73	R\$ 812,02	R\$ 839,42	R\$ 3,60	R\$ 18,00

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%

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			PLANO	NOSSO PLANO
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		TX. ADESÃO	R\$ 25,00
	COPARTICIPAÇÃO			
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 21,20
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 37,10
Exames Simples	-	-	-	Valor fixo R\$ 10,60
Exames Complexos	-	-	-	Valor fixo R\$ 79,50
Terapias Neurológicas Especiais	-	Valor fixo R\$ 68,90	-	Valor fixo R\$ 68,90
Demais Terapias	-	Valor fixo R\$ 21,20	-	Valor fixo R\$ 21,20

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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.

FEIRA DE SANTANA - BA

, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

NOSSO PLANO - FRANQUIA											PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL					SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO					SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					REFERÊNCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA					ODONTOLÓGICO
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA					ENFERMARIA	ENFERMARIA					SEM ACOMODAÇÃO
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	Médica 2	ENFERMARIA	Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	VALOR PROMO	VALOR
REGISTRO ANS	485.115/20-3					436.062/01-1	485.115/20-3					471.474/14-1
COD. INTERNO	21065	21066	21067	21064		9574	21349	11861	21350	11284		9982
00 a 18 anos	R\$ 242,66	R\$ 247,26	R\$ 406,92	R\$ 411,52	R\$ 411,52	R\$ 2.842,56	R\$ 220,02	R\$ 224,62	R\$ 333,38	R\$ 337,98	R\$ 3,60	R\$ 18,00
19 a 23 anos	R\$ 320,31	R\$ 326,38	R\$ 537,13	R\$ 543,21	R\$ 543,21	R\$ 3.752,18	R\$ 290,43	R\$ 296,50	R\$ 440,06	R\$ 446,13	R\$ 3,60	R\$ 18,00
24 a 28 anos	R\$ 368,36	R\$ 375,34	R\$ 617,70	R\$ 624,69	R\$ 624,69	R\$ 4.315,01	R\$ 333,99	R\$ 340,98	R\$ 506,07	R\$ 513,05	R\$ 3,60	R\$ 18,00
29 a 33 anos	R\$ 412,56	R\$ 420,38	R\$ 691,82	R\$ 699,65	R\$ 699,65	R\$ 4.832,81	R\$ 374,07	R\$ 381,90	R\$ 566,80	R\$ 574,62	R\$ 3,60	R\$ 18,00
34 a 38 anos	R\$ 433,19	R\$ 441,40	R\$ 726,41	R\$ 734,63	R\$ 734,63	R\$ 5.074,45	R\$ 392,77	R\$ 401,00	R\$ 595,14	R\$ 603,35	R\$ 3,60	R\$ 18,00
39 a 43 anos	R\$ 489,50	R\$ 498,78	R\$ 820,84	R\$ 830,13	R\$ 830,13	R\$ 5.734,13	R\$ 443,83	R\$ 453,13	R\$ 672,51	R\$ 681,79	R\$ 3,60	R\$ 18,00
44 a 48 anos	R\$ 597,19	R\$ 608,51	R\$ 1.001,42	R\$ 1.012,76	R\$ 1.012,76	R\$ 6.995,64	R\$ 541,47	R\$ 552,82	R\$ 820,46	R\$ 831,78	R\$ 3,60	R\$ 18,00
49 a 53 anos	R\$ 824,12	R\$ 839,74	R\$ 1.381,96	R\$ 1.397,61	R\$ 1.397,61	R\$ 9.653,98	R\$ 747,23	R\$ 762,89	R\$ 1.132,23	R\$ 1.147,86	R\$ 3,60	R\$ 18,00
54 a 58 anos	R\$ 1.112,56	R\$ 1.133,65	R\$ 1.865,65	R\$ 1.886,77	R\$ 1.886,77	R\$ 13.032,87	R\$ 1.008,76	R\$ 1.029,90	R\$ 1.528,51	R\$ 1.549,61	R\$ 3,60	R\$ 18,00
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.446,33	R\$ 1.473,75	R\$ 2.425,35	R\$ 2.452,80	R\$ 2.452,80	R\$ 16.942,73	R\$ 1.311,39	R\$ 1.338,87	R\$ 1.987,06	R\$ 2.014,49	R\$ 3,60	R\$ 18,00

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 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; evidência de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológica, 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 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

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.

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

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-
Consultas de Urgência	-	-
Exames Simples	-	-
Exames Complexos	-	-
Terapias Neurológicas Especiais	Valor fixo R\$ 68,90	-
Demais Terapias	Valor fixo R\$ 21,20	-

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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!

- No verso desta folha estão contidos os índices de reajuste por mudança de faixa etária, permitindo assim o pleno conhecimento da mudança do valor de sua mensalidade em decorrência da variação de idade.

- Para 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.

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.

FEIRA DE SANTANA - BA, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado