

NOSSO PLANO											PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				SEM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO				SEM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				REFERÊNCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				ODONTOLOGICO	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		ENFERMARIA		APARTAMENTO		SEM ACOMODAÇÃO	
REGISTRO ANS	493.821/22-6		485.928/20-6		457.753/08-1		493.821/22-6		485.928/20-6		487.836/21-1	
CÓD. INTERNO	21211		21212		14858		14886		14841		2737	
00 a 18 anos	R\$	253,88	R\$	342,77	R\$	2.842,02	R\$	168,24	R\$	227,12	R\$	73,03
19 a 23 anos	R\$	291,96	R\$	394,19	R\$	3.268,32	R\$	193,48	R\$	261,19	R\$	73,03
24 a 28 anos	R\$	335,75	R\$	453,32	R\$	3.758,57	R\$	222,50	R\$	300,37	R\$	73,03
29 a 33 anos	R\$	386,11	R\$	521,32	R\$	4.322,36	R\$	255,88	R\$	345,43	R\$	73,03
34 a 38 anos	R\$	444,03	R\$	599,52	R\$	4.970,71	R\$	294,26	R\$	397,24	R\$	73,03
39 a 43 anos	R\$	510,63	R\$	689,45	R\$	5.716,32	R\$	338,40	R\$	456,83	R\$	73,03
44 a 48 anos	R\$	622,97	R\$	841,13	R\$	6.973,91	R\$	412,85	R\$	557,33	R\$	73,03
49 a 53 anos	R\$	809,86	R\$	1.093,47	R\$	9.066,08	R\$	536,71	R\$	724,53	R\$	73,03
54 a 58 anos	R\$	1.052,82	R\$	1.421,51	R\$	11.785,90	R\$	697,72	R\$	941,89	R\$	73,03
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.522,90	R\$	2.056,21	R\$	17.048,30	R\$	1.009,25	R\$	1.362,44	R\$	73,03

NOSSO MEDICO								
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL				COM COPARTICIPAÇÃO			
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO	
REGISTRO ANS	502.330/25-1		502.329/25-7		502.330/25-1		502.329/25-7	
CÓD. INTERNO	36134		36129		36133		36128	
00 a 18 anos	R\$	228,49	R\$	308,49	R\$	151,42	R\$	204,41
19 a 23 anos	R\$	301,61	R\$	407,21	R\$	199,87	R\$	269,82
24 a 28 anos	R\$	346,85	R\$	468,29	R\$	229,85	R\$	310,29
29 a 33 anos	R\$	388,47	R\$	524,48	R\$	257,43	R\$	347,52
34 a 38 anos	R\$	407,89	R\$	550,70	R\$	270,30	R\$	364,90
39 a 43 anos	R\$	460,92	R\$	622,29	R\$	305,44	R\$	412,34
44 a 48 anos	R\$	562,32	R\$	759,19	R\$	372,64	R\$	503,05
49 a 53 anos	R\$	776,00	R\$	1.047,68	R\$	514,24	R\$	694,21
54 a 58 anos	R\$	1.047,60	R\$	1.414,37	R\$	694,22	R\$	937,18
59 ANOS OU MAIS	R\$	1.361,88	R\$	1.838,68	R\$	902,49	R\$	1.218,33

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO				
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO	
Consultas Eletivas	-	-	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	40,00%	Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	40,00%	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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

Observações:

- 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.
- A contratação do plano de assistência odontológica será realizada por instrumento próprio, em termo de adesão distinto do plano de assistência médica.
- Os preços contidos na tabela do produto "Nosso Plano" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

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 Neurológicas Especiais e Demais Terapias, 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 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.

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 457.753/08-1, 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.



TABELA DE VENDAS - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

UBERABA - MG

Para contratos assinados de 01/04/2025 a 30/06/2025

ANS-nº 36.825-3

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE

NOSSO PLANO						PLANOS ODONTOLÓGICOS
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		REFERENCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		ODONTOLÓGICO
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	493.821/22-6	485.928/20-6	457.753/08-1	493.821/22-6	485.928/20-6	487.836/21-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	44,65%	44,65%	44,65%	44,65%	44,65%	0,00%

NOSSO MÉDICO				
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	502.330/25-1	502.329/25-7	502.330/25-1	502.329/25-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%	38,00%	38,00%	38,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%

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.

UBERABA - MG, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

UBERABA - MG, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

NOSSO PLANO												PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO				SEM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA						REFERÊNCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				ODONTOLOGICO	
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	493.817/22-8			487.477/20-3			457.753/08-1	493.817/22-8			487.477/20-3	487.836/21-1	
CÓD. INTERNO	21213	21214		21215	21216		14858	14891	14892	14815	14816	2737	
00 a 18 anos	R\$ 297,59	R\$ 322,18		R\$ 401,73	R\$ 426,32		R\$ 2.842,02	R\$ 204,73	R\$ 229,32	R\$ 276,41	R\$ 301,00	R\$ 23,59	R\$ 73,03
19 a 23 anos	R\$ 392,82	R\$ 425,28		R\$ 530,28	R\$ 562,74		R\$ 3.268,32	R\$ 270,24	R\$ 302,70	R\$ 364,86	R\$ 397,32	R\$ 23,59	R\$ 73,03
24 a 28 anos	R\$ 451,74	R\$ 489,07		R\$ 609,82	R\$ 647,15		R\$ 3.758,57	R\$ 310,78	R\$ 348,11	R\$ 419,59	R\$ 456,92	R\$ 23,59	R\$ 73,03
29 a 33 anos	R\$ 505,95	R\$ 547,76		R\$ 683,00	R\$ 724,81		R\$ 4.322,36	R\$ 348,07	R\$ 389,88	R\$ 469,94	R\$ 511,75	R\$ 23,59	R\$ 73,03
34 a 38 anos	R\$ 531,25	R\$ 575,15		R\$ 717,15	R\$ 761,05		R\$ 4.970,71	R\$ 365,47	R\$ 409,37	R\$ 493,44	R\$ 537,34	R\$ 23,59	R\$ 73,03
39 a 43 anos	R\$ 600,31	R\$ 649,92		R\$ 810,38	R\$ 859,99		R\$ 5.716,32	R\$ 412,98	R\$ 462,59	R\$ 557,59	R\$ 607,19	R\$ 23,59	R\$ 73,03
44 a 48 anos	R\$ 732,38	R\$ 792,90		R\$ 988,66	R\$ 1.049,19		R\$ 6.973,91	R\$ 503,84	R\$ 564,36	R\$ 680,26	R\$ 740,77	R\$ 23,59	R\$ 73,03
49 a 53 anos	R\$ 1.010,68	R\$ 1.094,20		R\$ 1.364,35	R\$ 1.447,88		R\$ 9.066,08	R\$ 695,30	R\$ 778,82	R\$ 938,76	R\$ 1.022,26	R\$ 23,59	R\$ 73,03
54 a 58 anos	R\$ 1.364,42	R\$ 1.477,17		R\$ 1.841,87	R\$ 1.954,64		R\$ 11.785,90	R\$ 938,66	R\$ 1.051,41	R\$ 1.267,33	R\$ 1.380,05	R\$ 23,59	R\$ 73,03
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.773,75	R\$ 1.920,32		R\$ 2.394,43	R\$ 2.541,03		R\$ 17.048,30	R\$ 1.220,26	R\$ 1.366,83	R\$ 1.647,53	R\$ 1.794,07	R\$ 23,59	R\$ 73,03

NOSSO MÉDICO											
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL						COM COPARTICIPAÇÃO				
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA						AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA				
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA			APARTAMENTO			ENFERMARIA		APARTAMENTO		
ASSISTÊNCIA	Médica 1	Médica 2		Médica 1	Médica 2		Médica 1	Médica 2	Médica 1	Médica 2	
REGISTRO ANS	502.330/25-1			502.329/25-7			502.330/25-1		502.329/25-7		
CÓD. INTERNO	36136	36134		36132	36129		36135	36133	36131	36128	
00 a 18 anos	R\$ 267,83	R\$ 292,42		R\$ 361,56	R\$ 386,15		R\$ 184,26	R\$ 208,85	R\$ 248,77	R\$ 273,36	
19 a 23 anos	R\$ 353,54	R\$ 385,99		R\$ 477,26	R\$ 509,72		R\$ 243,22	R\$ 275,68	R\$ 328,38	R\$ 360,84	
24 a 28 anos	R\$ 406,57	R\$ 443,89		R\$ 548,85	R\$ 586,18		R\$ 279,70	R\$ 317,03	R\$ 377,64	R\$ 414,97	
29 a 33 anos	R\$ 455,36	R\$ 497,16		R\$ 614,71	R\$ 656,52		R\$ 313,26	R\$ 355,07	R\$ 422,96	R\$ 464,77	
34 a 38 anos	R\$ 478,13	R\$ 522,02		R\$ 645,45	R\$ 689,35		R\$ 328,92	R\$ 372,82	R\$ 444,11	R\$ 488,01	
39 a 43 anos	R\$ 540,29	R\$ 589,88		R\$ 729,36	R\$ 778,97		R\$ 371,68	R\$ 421,29	R\$ 501,84	R\$ 551,45	
44 a 48 anos	R\$ 659,15	R\$ 719,65		R\$ 889,82	R\$ 950,34		R\$ 453,45	R\$ 513,97	R\$ 612,24	R\$ 672,77	
49 a 53 anos	R\$ 909,63	R\$ 993,12		R\$ 1.227,95	R\$ 1.311,47		R\$ 625,76	R\$ 709,28	R\$ 844,89	R\$ 928,42	
54 a 58 anos	R\$ 1.228,00	R\$ 1.340,71		R\$ 1.657,73	R\$ 1.770,48		R\$ 844,78	R\$ 957,53	R\$ 1.140,60	R\$ 1.253,37	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.596,40	R\$ 1.742,92		R\$ 2.155,05	R\$ 2.301,62		R\$ 1.098,21	R\$ 1.244,79	R\$ 1.482,78	R\$ 1.629,38	

COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO			
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas	-	-	Valor fixo R\$ 40,39
Consultas de Urgência	-	-	Valor fixo R\$ 57,24
Exames Simples	-	-	Limitado a R\$ 47,70
Exames Complexos	-	-	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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

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

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 Neurológicas Especiais e Demais Terapias, 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 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.

Observações:

- 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.

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

- Os preços contidos na tabela do produto "Nosso Plano" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica. Os valores relativos aos produtos de assistência odontológica estão contidos na tabela "Planos Odontológicos".

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.

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 457.753/08-1, 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.

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 2ª" 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 457.753/08-1).

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.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - ÍNDICES E FAIXAS DE IDADE

NOSSO PLANO							PLANOS ODONTOLÓGICOS
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO			SEM COPARTICIPAÇÃO
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		REFERÊNCIA	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA			ODONTOLOGICO
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO		SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	493.817/22-8	487.477/20-3	457.753/08-1	493.817/22-8	487.477/20-3		487.836/21-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	15,00%	32,00%	32,00%		0,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%		0,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%	15,00%	12,00%	12,00%		0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%	15,00%	5,00%	5,00%		0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%	15,00%	13,00%	13,00%		0,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%		0,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%	38,00%	30,00%	38,00%	38,00%		0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	30,00%	35,00%	35,00%		0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	44,65%	30,00%	30,00%		0,00%

NOSSO MÉDICO				
COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		COM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
REGISTRO ANS	502.330/25-1	502.329/25-7	502.330/25-1	502.329/25-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,00%	32,00%	32,00%	32,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%	22,00%	22,00%	22,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%	38,00%	38,00%	38,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%

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.

UBERLÂNDIA - MG, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

UBERLÂNDIA - MG, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado