



## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR UBERABA - MG

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

NOSSO PLANO - AMB		REFERÊNCIA		NOSSO PLANO - AMB	
COPART	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL	SEM COPARTICIPAÇÃO	SEM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO	COM COPARTICIPAÇÃO
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	ENFERMARIA	SEM ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO
REGISTRO ANS	485.919/20-7	457.753/08-1	457.753/08-1	485.919/20-7	485.919/20-7
Cód. Interno	21038	14858	14858	14827	14827
00 a 18 anos	R\$ 194,91	R\$ 2.842,02	R\$ 2.842,02	R\$ 123,76	R\$ 123,76
19 a 23 anos	R\$ 257,87	R\$ 3.268,32	R\$ 3.268,32	R\$ 163,73	R\$ 163,73
24 a 28 anos	R\$ 294,49	R\$ 3.758,57	R\$ 3.758,57	R\$ 186,98	R\$ 186,98
29 a 33 anos	R\$ 328,95	R\$ 4.322,36	R\$ 4.322,36	R\$ 208,86	R\$ 208,86
34 a 38 anos	R\$ 346,38	R\$ 4.970,71	R\$ 4.970,71	R\$ 219,93	R\$ 219,93
39 a 43 anos	R\$ 389,33	R\$ 5.716,32	R\$ 5.716,32	R\$ 247,20	R\$ 247,20
44 a 48 anos	R\$ 476,93	R\$ 6.973,91	R\$ 6.973,91	R\$ 302,82	R\$ 302,82
49 a 53 anos	R\$ 662,93	R\$ 9.066,08	R\$ 9.066,08	R\$ 420,92	R\$ 420,92
54 a 58 anos	R\$ 894,96	R\$ 11.785,90	R\$ 11.785,90	R\$ 568,24	R\$ 568,24
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.163,45	R\$ 17.048,30	R\$ 17.048,30	R\$ 738,71	R\$ 738,71

### REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

REGISTRO ANS	485.919/20-7	457.753/08-1	485.919/20-7
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	15,00%	32,30%
De "19 a 23" a "24 a 28"	14,20%	15,00%	14,20%
De "24 a 28" a "29 a 33"	11,70%	15,00%	11,70%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	15,00%	5,30%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	15,00%	12,40%
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,50%	22,00%	22,50%
De "44 a 48" a "49 a 53"	39,00%	30,00%	39,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	30,00%	35,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	44,65%	30,00%

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	-	Limitado a R\$ 73,03	Valor fixo R\$ 73,03
Demais Terapias	-	Limitado a R\$ 39,33	Valor fixo R\$ 39,33

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

Obs: Cobrança de coparticipação por procedimento realizado

#### Observações:

- Os preços contidos na tabela dos produtos "Nosso Plano - Ambulatorial" e "Referência" abrangem exclusivamente a cobertura de assistência médica.

#### Atenção!

- 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.

UBERABA - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal



## TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR UBERABA - MG

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

### 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.

### 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.

UBERABA - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Comercial Autorizado



TABELA DE VENDAS PROMOCIONAL - PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR  
UBERLÂNDIA - MG

ANS-n° 36.825-3

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

NOSSO PLANO - AMBULATORIAL			REFERÊNCIA	NOSSO PLANO - AMBULATORIAL			PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPART	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		SEM COPART	COM COPARTICIPAÇÃO			SEM COPARTICIPAÇÃO	
ACOMODAÇÃO	SEM ACOMODAÇÃO		ENFERMARIA	SEM ACOMODAÇÃO			-	
ASSISTÊNCIA	Médica ¹	Médica ²	-	Médica ¹	Médica ²		VALOR PROMO	VALOR
REGISTRO ANS	485.919/20-7		457.753/08-1	485.919/20-7			471.474/14-1	
Cód. Interno	21039	21038	14858	14826	14827		9982	
00 a 18 anos	R\$ 238,07	R\$ 242,78	R\$ 2.842,02	R\$ 159,39	R\$ 164,10	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
19 a 23 anos	R\$ 314,97	R\$ 321,20	R\$ 3.268,32	R\$ 210,87	R\$ 217,10	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
24 a 28 anos	R\$ 359,70	R\$ 366,81	R\$ 3.758,57	R\$ 240,81	R\$ 247,93	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
29 a 33 anos	R\$ 401,78	R\$ 409,73	R\$ 4.322,36	R\$ 268,98	R\$ 276,94	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
34 a 38 anos	R\$ 423,07	R\$ 431,45	R\$ 4.970,71	R\$ 283,24	R\$ 291,62	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
39 a 43 anos	R\$ 475,53	R\$ 484,95	R\$ 5.716,32	R\$ 318,36	R\$ 327,78	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
44 a 48 anos	R\$ 582,52	R\$ 594,06	R\$ 6.973,91	R\$ 389,99	R\$ 401,53	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
49 a 53 anos	R\$ 809,70	R\$ 825,74	R\$ 9.066,08	R\$ 542,09	R\$ 558,13	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
54 a 58 anos	R\$ 1.093,10	R\$ 1.114,75	R\$ 11.785,90	R\$ 731,82	R\$ 753,48	R\$ 3,71	R\$ 18,54	
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.421,03	R\$ 1.449,18	R\$ 17.048,30	R\$ 951,37	R\$ 979,52	R\$ 3,71	R\$ 18,54	

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA				
REGISTRO ANS	485.919/20-7	457.753/08-1	485.919/20-7	471.474/14-1
De "00 a 18" a "19 a 23"	32,30%	15,00%	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%	15,00%	11,70%	0,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,30%	15,00%	5,30%	0,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	12,40%	15,00%	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%	30,00%	39,00%	0,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	35,00%	30,00%	35,00%	0,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	30,00%	44,65%	30,00%	0,00%

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

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

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

Atenção!

- 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.

UBERLÂNDIA - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

**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 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.

**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.

**ATENÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO**

O contrato que regula o produto de assistência odontológica +ODONTO PROTEÇÃO TOTAL (Reg. ANS No. 487.143/20-0), estabelece o REGIME MISTO DE PAGAMENTO para a cobertura dos procedimentos odontológicos realizados pelo contratante e/ou seus dependentes. Estão sujeitos ao regime de preço pré-estabelecido, ou seja, estão incluídos no valor da mensalidade do plano odontológico, os procedimentos odontológicos previstos no item 7.3, da Cláusula Sétima (consulta inicial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de peça protética; tratamento de alveolite; colagem de fragmentos; incisão e drenagem de abscesso extra-oral; incisão e drenagem de abscesso intra-oral; reimplante de dente avulsionado; orientação de higiene bucal; evidencição de placa bacteriana; e aplicação tópica de flúor). Os demais procedimentos previstos no ROL da ANS para a segmentação odontológicas, não constantes no item 7.3, da Cláusula Sétima do contrato, serão pagos à CONTRATADA quando realizados pelo contratante e/ou seus dependentes, de acordo com os valores previstos na Tabela CBHPO – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos vigente, na fatura do mês subsequente à sua realização, juntamente com o valor pré-estabelecido da mensalidade do plano odontológico

**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.

UBERLÂNDIA - MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Comercial Autorizado