



ANS nº 424013

PROPOSTA Nº  
PLANO COLETIVO POR ADEÇÃO  
☐ PLANO NOVO  
☐ INCLUSÃO DE DEPENDENTE

ENTIDADE: ANASERV				INÍCIO DA VIGÊNCIA: / /					
VIGÊNCIA:		<input type="checkbox"/> Dia 01 (um) do mês		<input type="checkbox"/> Dia 10 (dez) do mês		<input type="checkbox"/> Dia 20 (vinte) do mês			
VENCIMENTO:		Dia 01 (um) do mês		Dia 10 (dez) do mês		Dia 20 (vinte) do mês			
DADOS DO TITULAR									
NOME COMPLETO					CPF TITULAR				
FILIAÇÃO									
DATA NASCIMENTO		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OUTROS		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS			
RG		ORGÃO EXPEDIDOR		CARTÃO DO SUS		Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO			
RESPONSÁVEL FINANCEIRO					CPF RESPONSÁVEL FINANCEIRO				
ENDEREÇO					NÚMERO		COMPLEMENTO		
CEP		BAIRRO		CIDADE			UF		
EMAIL				TELEFONE CELULAR		TELEFONE FIXO			
DADOS DOS DEPENDENTES									
DEPENDENTE 1	NOME COMPLETO					CPF			
	FILIAÇÃO								
	DATA NASCIMENTO		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OUTROS		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS		PARENTESCO
	RG		ORGÃO EXPEDIDOR		CARTÃO DO SUS		Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
DEPENDENTE 2	NOME COMPLETO					CPF			
	FILIAÇÃO								
	DATA NASCIMENTO		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OUTROS		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS		PARENTESCO
	RG		ORGÃO EXPEDIDOR		CARTÃO DO SUS		Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
DEPENDENTE 3	NOME COMPLETO					CPF			
	FILIAÇÃO								
	DATA NASCIMENTO		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OUTROS		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS		PARENTESCO
	RG		ORGÃO EXPEDIDOR		CARTÃO DO SUS		Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
DEPENDENTE 4	NOME COMPLETO					CPF			
	FILIAÇÃO								
	DATA NASCIMENTO		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OUTROS		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS		PARENTESCO
	RG		ORGÃO EXPEDIDOR		CARTÃO DO SUS		Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
DEPENDENTE 5	NOME COMPLETO					CPF			
	FILIAÇÃO								
	DATA NASCIMENTO		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OUTROS		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS		PARENTESCO
	RG		ORGÃO EXPEDIDOR		CARTÃO DO SUS		Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
DADOS DO VENDEDOR									
NOME CORRETORA				NOME VENDEDOR					
CPF VENDEDOR		E-MAIL VENDEDOR				TELEFONE VENDEDOR			

Local e Data

Assinatura do Titular/Responsável Financeiro

## ADITIVO DE PRODUTO

OPERADORA: **MAIS VOCÊ SAÚDE – ANS nº 42401-3**

ASSINALE ABAIXO O PLANO PRETENDIDO				
PLANOS	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	ACOMODAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO
<input type="checkbox"/> MAIS VOCÊ ENTIDADES ENF. VSF	GRUPO DE MUNICÍPIOS	AMBULATORIAL + HOSPITALAR C/ OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	PARCIAL
<input type="checkbox"/> MAIS VOCÊ ENTIDADES ENF. VSF	GRUPO DE MUNICÍPIOS	AMBULATORIAL + HOSPITALAR C/ OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	TOTAL
<input type="checkbox"/> MAIS VOCÊ ENTIDADES ENF. VSF	GRUPO DE MUNICÍPIOS	AMBULATORIAL + HOSPITALAR C/ OBSTETRÍCIA	ENFERMARIA	SEM COPARTICIPAÇÃO

**\*Grupo de Municípios:** Afrânio/PE, Dormentes/PE, Carnaíba do sertão/PE, Lagoa Grande/PE, Orocó/PE, Petrolina/PE, Santa Maria da Boa Vista/PE, Curaçá/BA, Casa Nova/BA, Jaguarari/BA Juazeiro/BA, Sobradinho/BA, Uauá/BA.

Mês base de reajuste entre operadora e administradora: **março**

A TABELA A SEGUIR REPRESENTA OS PERCENTUAIS DE VALORES DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA APLICÁVEIS AO CONTRATO:		
MAIS VOCÊ ENTIDADES ENF.VSF – COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		
FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	%
Até 18 anos	R\$ 263,97	-
19 a 23 anos	R\$ 306,93	16%
24 a 28 anos	R\$ 321,33	5%
29 a 33 anos	R\$ 347,39	8%
34 a 38 anos	R\$ 386,38	11%
39 a 43 anos	R\$ 478,73	24%
44 a 48 anos	R\$ 649,96	36%
49 a 53 anos	R\$ 790,39	22%
54 a 58 anos	R\$ 1.046,88	32%
59 ou + anos	R\$ 1.440,22	38%
PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO	LIMITADOR
Consultas Eletivas	R\$ -	Sem Limitador
Consultas Emergenciais	R\$ -	Sem Limitador
Exames G1	R\$ -	R\$ -
Exames G2	R\$ -	R\$ -
Terapias Simples	30%	Sem Limitador
Terapias Especiais	30%	Sem Limitador
Internação	Isento	Isento

**MAIS VOCÊ ENTIDADES ENF.VSF – COPARTICIPAÇÃO TOTAL**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ENFERMARIA</b>	<b>%</b>
Até 18 anos	R\$ 231,39	-
19 a 23 anos	R\$ 267,91	16%
24 a 28 anos	R\$ 280,15	5%
29 a 33 anos	R\$ 302,30	8%
34 a 38 anos	R\$ 335,45	11%
39 a 43 anos	R\$ 413,95	23%
44 a 48 anos	R\$ 559,50	35%
49 a 53 anos	R\$ 678,88	21%
54 a 58 anos	R\$ 896,91	32%
59 ou + anos	R\$ 1.231,27	37%
<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>COPARTICIPAÇÃO</b>	<b>LIMITADOR</b>
Consultas Eletivas	R\$ 35,00	Sem Limitador
Consultas Emergenciais	R\$ 50,00	Sem Limitador
Exames G1	30%	R\$ 30,00
Exames G2	30%	R\$ 140,00
Terapias Simples	30%	R\$ 20,00
Terapias Especiais	30%	R\$ 140,00
Internação	Isento	Isento

**MAIS VOCÊ ENTIDADES ENF.VSF – SEM COPARTICIPAÇÃO**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ENFERMARIA</b>	<b>%</b>
Até 18 anos	R\$ 356,20	-
19 a 23 anos	R\$ 372,75	5%
24 a 28 anos	R\$ 390,24	5%
29 a 33 anos	R\$ 421,90	8%
34 a 38 anos	R\$ 469,24	11%
39 a 43 anos	R\$ 581,41	24%
44 a 48 anos	R\$ 789,36	36%
49 a 53 anos	R\$ 959,91	22%
54 a 58 anos	R\$ 1.271,39	32%
59 ou + anos	R\$ 1.749,10	38%

**COMPOSIÇÃO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL**

TITULAR (R\$)	DEPENDENTE 1 (R\$)	DEPENDENTE 2 (R\$)	DEPENDENTE 3 (R\$)	DEPENDENTE 4 (R\$)	DEPENDENTE 5 (R\$)
Contraprestação Pecuniária Mensal (Total)			<p>O valor indicado sofrerá alteração, caso haja reajuste anual do contrato coletivo por adesão ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e cobrança do primeiro boleto. A taxa de administração (devida no momento da adesão, cujo valor é diverso e inferior do valor mensal do(s) benefício(s) contratado(s), não se confunde, exclui, isenta ou substitui o pagamento da primeira ou demais mensalidades desta proposta.</p>		

Data de vencimento primeiro boleto:       \       \

Local e data

Assinatura Titular / Responsável Financeiro