

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Assinatura do Representante Comercial Autorizado

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

SALVADOR - BA
Para contratos assinados de 01/01/2025 a 31/03/2025

NOSSO PLANO - FRANQUIA				COM COPARTICIPAÇÃO				PLANOS ODONTOLÓGICOS	
COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO PARCIAL		EM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO		SEM COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTAÇÃO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA		REFERENCIA		AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICA		ODONTOLÓGICO		
ACOMODAÇÃO	APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO		SEM ACOMODAÇÃO		
REGISTRO ANS	485.11620-1		436.06201-1		485.11620-1		471.4741/14-1		
De "10 a 18" a "19 a 23"	32,00%		32,00%		32,00%		0,00%		
De "19 a 23" a "24 a 28"	15,00%		15,00%		15,00%		0,00%		
De "24 a 28" a "29 a 33"	12,00%		12,00%		12,00%		0,00%		
De "29 a 33" a "34 a 38"	5,00%		5,00%		5,00%		0,00%		
De "34 a 38" a "39 a 43"	13,00%		13,00%		13,00%		0,00%		
De "39 a 43" a "44 a 48"	22,00%		22,00%		22,00%		0,00%		
De "44 a 48" a "49 a 53"	38,00%		38,00%		38,00%		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%		

Após a devida análise do presente instrumento, estou, para os devidos fins, estar cliente dos índices de implementação no plano de saúde ora contratado, comprometendo-me a cumprir os termos do contrato e da legislação.

SALVADOR - BA		de _____ de _____	
---------------	--	-------------------	--

Após a devida análise do presente instrumento, DECLARO, para os devidos fins, estar cliente 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.

SALVADOR - BA _____ de _____ de 20____

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal