

**VALORES CONTRATADOS - R\$**

Faixa Etária	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia																	
	Sem Coparticipação																	
	Easy			Personal 2			Alfa 2			Beta 2			Delta 2			Ômega Plus		
	ANS 490.398/21-6			ANS 467.681/12-5			ANS 467.683/12-1			ANS 467.685/12-8			ANS 467.687/12-4			ANS 467.662/12-9		
Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	Qtd.	R\$	Total (R\$)	
Até 18																		
19-23																		
24-28																		
29-33																		
34-38																		
39-43																		
44-48																		
49-53																		
54-58																		
≥ 59																		
<b>OS EMPREGADOS DA CONTRATANTE CONTRIBUEM DE FORMA:</b>																		
<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não contribuem			<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não contribuem			<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não contribuem			<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não contribuem			<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não contribuem			<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não contribuem			

Subtotal (R\$)	Total Opcionais (R\$)	Taxa de Implantação			Total Geral (R\$)
		Qtd.	Valor Unit.	Total (R\$)	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_  
Representante Legal 1

 \_\_\_\_\_  
Representante Legal 2

 \_\_\_\_\_  
Representante Legal 3