

LEIA ATENTAMENTE TODOS OS ITENS ABAIXO ANTES DE ASSINAR;
NÃO ASSINE SE TIVER ALGUMA DÚVIDA

1. Estar ciente de que minha adesão a este plano odontológico está impreterivelmente condicionada ao cumprimento dos meus deveres de associado principalmente em relação a estar quite com o pagamento da mensalidade social;
2. Ter conhecimento de que o presente instrumento trata-se de uma proposta de adesão a um contrato coletivo de plano odontológico por adesão, estipulada entre o **SAAERJ** - Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Rio de Janeiro e a Prima vida Odontologia de Grupo Ltda – **PRIMAVIDA**, exclusivamente para os funcionários ativos das unidades de ensino e sindicalizados ao SAAERJ, e seus dependentes aceitos contratualmente pelo presente contrato. Não serão aceitas inclusões de beneficiários que estejam cumprindo aviso prévio ou que se encontrem afastados de suas atividades profissionais.
 - a) São considerados dependentes diretos: esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes e filhos(as) solteiros(as) menores de 25 anos;
 - b) São considerados dependentes agregados: pai e mãe, sogra viúva ou solteira e irmãos(ãs) solteiros(as);
3. Que esta adesão é voluntária e facultativa; reconhecendo, ainda, que optei por minha livre e espontânea vontade por aderir ao presente contrato coletivo, ao invés de contratar um contrato individual diretamente;
4. Ter conhecimento e concordar com a totalidade dos Termos das Condições Gerais do presente Contrato Coletivo por Adesão, estipulada entre o SAAE/RJ e a PRIMAVIDA reconhecendo que recebi uma cópia destas condições gerais, principalmente no que tange ao plano escolhido, e suas peculiaridades da cobertura, exclusão e forma de reajuste;
5. Ter ciência de que a minha aceitação e a de meus dependentes estará condicionada à aprovação por parte do SAAE/RJ e da PRIMAVIDA;
6. Estar ciente de que tenho que quitar a mensalidade de forma integral, através de boleto bancário emitido pelo SAAERJ, acrescido de taxa operacional mensal e mensalidade do SAAERJ, e a opção de outra forma de pagamento somente previamente autorizado pelo SAAERJ. **NÃO OCORRENDO A QUITAÇÃO DE MINHA MENSALIDADE, DENTRO DA DATA PREVISTA INDICADA NO BOLETO, DEVEREI DIRIGIR-ME IMEDIATAMENTE AO LOCAL INDICADO NO ITEM 17 NO MÁXIMO ATÉ O DIA 20 (VINTE) DO MESMO MÊS, PARA QUITAR MINHA MENSALIDADE;**
7. Estar ciente de que **CASO NÃO RECEBA O AVISO BANCÁRIO ATÉ 5 (CINCO) DIAS ANTES DO VENCIMENTO**, deverei providenciar junto ao SAAERJ a emissão de 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento da mensalidade, sob pena de ficar sujeito à multa e a encargos monetários previstos em lei;
8. Estar ciente de que nenhum pagamento será reconhecido como feito ao SAAERJ senão possuir comprovantes devidamente autenticados por Banco ou Agência autorizada;
9. Autorizar expressamente o SAAERJ a proceder minha exclusão do presente contrato, juntamente com todos os meus dependentes inscritos, **CASO NÃO HAJA A QUITAÇÃO MENSAL DO PRÊMIO OU POR DÉBITOS ANTERIORES**, conforme item 6 acima, uma vez que sou integralmente responsável pelo pagamento mensal. **NESSE CASO, MEUS DIREITOS E DE MEUS DEPENDENTES À COBERTURA PELO PRESENTE CONTRATO SERÃO TOTALMENTE ENCERRADOS NO ÚLTIMO DIA DO MÊS PAGO.** Declaro ainda ter ciência de que eventuais custos devido a utilizações do presente plano, após minha exclusão e de meus dependentes, serão passíveis de cobrança, conforme o item 14;
10. Estar ciente de que, dado o caráter diferenciado deste contrato coletivo por adesão, inexistente o direito do contrato individual que permite o atraso de pagamento da mensalidade em até 60 (sessenta) dias acumulados ou sucessivos, que o início da vigência deste contrato será sempre no dia 05, desde que respeitado o prazo de movimentação (calendário) limite, **INEXISTINDO A POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO MESMO QUE EM CASO DE URGENCIA OU EMERGENCIA ANTES DESTA DATA** e que **O PAGAMENTO DO BOLETO DÁ DIREITO À COBERTURA DOS SERVIÇOS NO PERÍODO DE 01 À 30 DO MÊS SUBSEQUENTE por se tratar de cobrança antecipada;**
11. Estar ciente de que, havendo minha exclusão e de meus dependentes, não poderei reingressar neste contrato, independentemente do período anterior em que estivemos associados a este contrato;
12. Estar ciente de que só poderei solicitar cancelamento do plano após cumprir um período de 12 (doze) meses, exceto em caso de demissão comprovada;

13. Estar ciente de que em caso de desistência ou exclusão do plano, o usuário terá que ressarcir ao SAAERJ os períodos pagos sob pena de ser ajuizada a cobrança;
14. Estar ciente de que, se houver cancelamento (exclusão) por minha solicitação ou pelo motivo constante do item 9 acima, não poderei, extensivo a todos os meus dependentes, utilizar mais o presente contrato, bem como devolver as carteiras de identificação PRIMAVIDA, assumindo todas as responsabilidades civis e criminais pelas eventuais utilizações indevidas desta natureza, incluindo-se nessa responsabilidade a utilização por terceiros, com ou sem meu conhecimento;
15. Conceder ao SAAE/RJ procuração e autorização para que a mesma tenha amplos poderes para representar a mim e a meus dependentes perante a PRIMAVIDA, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, bem como de reajustes de preços do presente contrato e/ou Plano Odontológico;
16. Responsabilizar-me por comunicar formalmente por escrito ao SAAE/RJ, à Rua dos Andradas, 96 Gr 701/703 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20051-000, toda e qualquer alteração cadastral (inclusão ou exclusão de dependentes, alteração de plano, etc.), principalmente de endereço. Todas as consequências advindas da não informação por parte do proponente titular são de inteira responsabilidade do mesmo. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente, desde que protocoladas até o dia 15 (quinze) do mês corrente;
17. Que, para os devidos fins e efeitos, as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiras e completas; se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão. Autorizo, desde já ao SAAE/RJ e/ou PRIMAVIDA a solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória referente a todas as informações ora declaradas, tais como: documentos comprobatórios de vínculo trabalhista, da filiação, documentos relacionados ao grau de parentesco dos dependentes, comprovante de inscrição, endereço, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos médicos, exames, etc;
18. Ter ciência e total concordância de que o prêmio citado no item 6 poderá sofrer reajuste independente da data de minha adesão e de meus dependentes, nas seguintes situações: (a) quando houver desequilíbrio econômico-financeiro do contrato que possa vir a comprometer a manutenção do presente contrato coletivo por adesão, denominado “reajuste técnico”, (b) na periodicidade autorizada pela legislação vigente., (c) em função da variação da sinistralidade, como também dos custos odontológico e administrativos, (d) em outras hipóteses, sendo que todas deverão ter autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e reajustes do custo operacional;
19. Ter o direito de desistir da presente proposta de Adesão, sem qualquer ônus, desde que tal decisão seja tomada no prazo máximo de 7(sete) dias contados a partir da data de assinatura desta e desde que formalizado o ato volitivo por escrito e encaminhado para o SAAE/RJ, conforme o endereço da mesma indicado no item 17 acima, desde que a movimentação correspondente não tenha sido enviada à PRIMAVIDA;

20. COBERTURA:

- a) **Consulta inicial:** avaliação feita, exclusivamente, por profissional dentista, com o objetivo de definir os procedimentos a serem realizados e de urgência/emergência (**urgência** resultado de acidentes pessoais que prejudiquem a mastigação; **emergência** é tudo que implicar em risco imediato ou lesões irreparáveis ao beneficiário, necessitando atuação do dentista).
- b) **Prevenção:** controle de placa e orientação em higiene bucal, aplicação de flúor, profilaxia (limpeza dental) e polimento coronário;
- c) **Procedimentos de radiologia:** periapical, interproximal (bite - wing), radiografia oclusal;
- d) **Procedimentos de periodontia:** manutenção periódica periodontal, raspagem supra gengival, raspagem sub gengival e alisamento radicular, gengivectomia ou gengivoplastia por segmento, aumento de coroa clínica, imobilização dentária;
- e) **Procedimentos de dentística restauradora (obturações):** restauração de 1 face, 2 faces ou 3 faces em amálgama, em compósito, com resina foto-polimerizável 1, 2, 3 ou mais faces, com ionômero de vidro e restaurações a pino, restauração de superfície radicular;
- f) **Procedimentos de odontopediatria:** consulta de condicionamento para crianças até 14 (quatorze) anos e 11 meses de idade, extração de dentes decíduos, pulpotomia, selante oclusal, tratamento de canal em dentes decíduos, mumificação pulpar, coroa de aço, coroa de policarbonato;

- g) **Procedimentos de cirurgia oral menor:** extração de dente permanente, semi-incluso, incluso e/ou impactado, alveoloplastia, biópsia – exclusivamente ato cirúrgico, hemi-seção de raízes, rizectomia, ulotomia, frenectomia, cirurgia de osteoma ou odontoma, excisão de rânula, excisão de mucocele, remoção de raiz residual a nível gengival, no tecido ósseo e remoção de raízes retentivas;
- h) **Procedimentos de endodontia:** Pulpotomia, tratamento de canal em dentes permanentes, retratamento de canal em dentes permanentes, apicectomiaunirradicula, tratamento de raízes perfuradas e remoção de núcleo. Entende - se como endodontia as ações, em grupo ou isoladas realizada para o tratamento de canal;
- i) **Procedimentos de manutenção de prótese removível:** coroa total metálica, restauração metálica fundida, coroa total de cerômero (dentes permanentes anteriores), núcleo metálico fundido, coroa provisória, pino préfabricado;

21. EXCLUSÕES CONTRATUAIS: não prevê cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE para os eventos que se seguem:

- a) Procedimentos que exijam internação hospitalar e/ou atendimento domiciliar;
- b) Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião da sua assinatura, ou acordados em termo aditivo;
- c) Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo beneficiário, entre outros: ingestão de bebida alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou conseqüências;
- d) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental; exames de laboratório, implantes e transplantes;
- e) Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto consulta de urgência;
- f) Exames de laboratório, documentação ortodôntica básica, completa ou de controle (panorâmica);
- g) Procedimentos ortodônticos e/ou ortopédicos;
- h) Procedimentos de cirurgia Buço-Maxilo-Facial;
- i) Procedimentos não autorizados por consultoria odontológica;
- j) Serviços com metais preciosos e/ou porcelanas fundidas
- k) Procedimentos de prótese sobre implante;
- l) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- m) Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população;
- n) Igualmente não haverá qualquer cobertura para as despesas ou custos decorrentes da ausência do beneficiário à consulta por ele marcada.

23. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO:

- a) Todo beneficiário deverá iniciar seu atendimento através do clínico geral ou odontopediatra (no caso de crianças com até 12 anos);
- b) Sem negligenciar o efetivo controle da atividade das doenças bucais, o clínico geral ou odontopediatra poderá iniciar a execução dos procedimentos restauradores, caso necessário, e/ou encaminhar para avaliação/tratamento nas diversas especialidades da odontologia, sempre em conformidade com o plano contratado;
- c) A qualquer momento o beneficiário poderá ser encaminhado pela PRIMAVIDA para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, manutenção do padrão de qualidade, aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo esta(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da PRIMAVIDA;
- d) O ônus decorrente da ausência do beneficiário à qualquer consulta, será de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista, o direito de cobrar o equivalente a 1 (uma) consulta de urgência cujo valor seguirá ao da Tabela Amil de Honorários Odontológicos;

24. REEMBOLSO DE DESPESAS:

SAAERJ – Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Estado do Rio de Janeiro
Contrato de Adesão ao Plano Odontológico PRIMAVIDA

- a) A PRIMAVIDA reembolsará os beneficiários vinculados ao SAAERJ, referente aos procedimentos de urgência/emergência comprovadamente ocorrido dentro da área de abrangência, desde que não haja no local rede credenciada.
- b) Será assegurado aos beneficiários que optarem pela prestação de serviços na modalidade: LIVRE ESCOLHA o reembolso desde que nas limitações de cobertura do contrato e seus aditivos;
- c) O reembolso será efetuado tomando como base a Tabela de Honorários odontológicos e as normas administrativas da PRIMAVIDA, mediante a apresentação de documentos (recibos) e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre cálculos corretos para o cumprimento desde contrato e em conformidade com o plano contratado:
- Recibo ou nota fiscal com a especificação do procedimento executado na consulta;
 - Nome do beneficiário atendido;
 - Nome do titular ou responsável pelo contrato;
 - Valor unitário dos procedimentos em moeda corrente;
 - Assinatura do responsável pela realização do atendimento (dentista);
 - CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clínica;
 - Data de realização do evento.
- d) Dados necessários do cliente: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco, nome e número da agência bancária;
- e) Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à PRIMAVIDA no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico;
- f) O reembolso será efetuado em um prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da PRIMAVIDA;
- g) Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável à apresentação do seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda;

25. CARÊNCIAS:

A PRIMAVIDA não exigirá nenhum prazo de carência.

26. O presente contrato coletivo por adesão compõe-se deste Contrato de Adesão, Cartão Proposta PRIMAVIDA, e se necessário a ficha de inscrição do SAAE.RJ, devidamente preenchida, e que o Cartão de Identificação deverá ser retirado no SAAERJ, à Rua dos Andradas, 96 Gr 802/803/701/703 – Centro – Rio de Janeiro – RJ, após o início de vigência, tão logo estejam regularizados meu registro e de meus dependentes frente à PRIMAVIDA.

Local e data		
Nome do Titular por extenso		Nome do Estabelecimento de Trabalho
Unidade		Função
Tel. Residencial	Tel. Celular	Tel. Comercial
Emails		
Assinatura do Proponente (Titular)		