

A SUA SAÚDE COMEÇA PELA BOCA.

TERMO DE ADESÃO AO PLANO COLETIVO

Antes do preenchimento deste Termo de Adesão, ler atentamente as condições gerais no verso.

PROPOSTA Nº _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (sem abreviatura)

Empresa/ Estipulante: _____ Produto: Plano Clássico Plano Inter Valor: R\$ _____
Titular: _____ Sexo: M F
CPF: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Endereço: _____ N.º e Complemento: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Contato: _____
Mãe do Titular: _____ E-mail: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE (sem abreviatura)

1 - Nome: _____ Produto: Plano Clássico Plano Inter
CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____
Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

2 - Nome: _____ Produto: Plano Clássico Plano Inter
CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____
Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

3 - Nome: _____ Produto: Plano Clássico Plano Inter
CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____
Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

4 - Nome: _____ Produto: Plano Clássico Plano Inter
CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____
Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

Grau Parentesco (GP): 1 – Cônjuge/Companheiro(a) | 2 – Filho(a) | 3 - Outros

VIGÊNCIA: 12 MESES 24 MESES DE DURAÇÃO

TAXA DE ADESÃO: R\$ _____ VALOR DA 1ª MENSALIDADE: R\$ _____ TOTAL DO PLANO: R\$ _____

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

DECLARO QUE A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE MINHA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE, ESTANDO CIENTE E DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES GERAIS NO VERSO DESTA, BEM COMO COM O CONTRATO SEUS ANEXOS E ADITIVOS, FIRMADO ENTRE A PRIMAVIDA E A ESTIPULANTE, AO QUAL TIVE ACESSO NO ATO DA ADESÃO, INCLUSIVE, QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA, EXCLUSÕES E VIGÊNCIA MÍNIMA, NÃO TENDO QUALQUER DÚVIDA COM RELAÇÃO A SUA APLICAÇÃO, COM PLENA CIÊNCIA DAS COBERTURAS DO PLANO ESCOLHIDO, QUE O PREENCHIMENTO INCORRETO E/OU COM RASURAS MOTIVARÁ A NÃO ACEITAÇÃO DESTE INSTRUMENTO, E AINDA, QUE O SEU PREENCHIMENTO CORRESPONDE A DATA DE ADESÃO E NÃO A DATA DE VIGÊNCIA PARA INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS. AUTORIZANDO, EXPRESSAMENTE, A PESSOA JURÍDICA ESTIPULANTE, EM FAVOR DA PRIMAVIDA A EFETUAR A COBRANÇA, PELOS MEIOS LEGAIS, DO VALOR DECLARADO ACIMA, INCLUSIVE POR DESCONTO ATRAVÉS DE AVERBAÇÃO / FOLHA DE PAGAMENTO, REFERENTE A(S) MENSALIDADE(S) DO TITULAR E DEPENDENTE(S), QUANDO HOVER.

Nome do Intermediário: _____ CPF: _____ Ass.: _____

Local: _____ Data da Adesão: ____/____/____ Data da Vigência: ____/____/____

Assinatura do Titular: _____

CONDIÇÕES GERAIS DO TERMO DE ADESÃO AO PLANO COLETIVO COM SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

1 - DO OBJETO

1.1 O contrato firmado em a empresa ESTIPULANTE e a Prima Vida tem por objeto a cobertura das despesas assistências com procedimentos odontológicos, conforme Rol de Procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) vigente, prestados por terceiros aos beneficiários regularmente cadastrados na operadora, observando, conforme registrado no órgão regulador, os limites e as condições de cobertura contratual, inclusive área de abrangência e tipo de plano escolhido.

1.2 É parte integrante do contrato todas as ampliações, aditivos, anexos, avenças, Termo de Adesão, livro da Rede Credenciada, manual do beneficiário.

2 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços odontológicos serão prestados por meio da rede credenciada, indicada, exclusivamente, pela Primavida, através do Manual do Beneficiário.

3 - DO PRAZO MÍNIMO DE REPETIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1 De acordo com as normas técnicas e os padrões usuais na assistência odontológica, há um prazo mínimo para que haja necessidade de repetição do mesmo procedimento, o qual deverá ser observado, por especialidade, conforme descrição a seguir:

Consultas Iniciais: 6 (seis) meses

- Radiologia: 6 (seis) meses a 12 (doze) meses

- Prevenção: 6 (seis) meses

- Periodontia: 12 (doze) meses a 24 (vinte e quatro) meses

- Dentística: 36 (trinta e seis) meses

- Prótese: 60 (sessenta) meses

- Cirurgia, endodontia e ortodontia: prazo único

- 3.2 Estão excluídos do prazo acima os casos de retratamento, urgência e emergência

4 - DOS SERVIÇOS NÃO-COBERTOS

4.1 Estão excluídas da cobertura deste contrato as despesas decorrentes de:

a) procedimentos protéticos realizados com ligas metálicas preciosas, cerâmica ou metalocerâmica;

b) despesas com internação hospitalar, clínica ou cirúrgica para tratamentos odontológicos, mesmo que a causa seja acidente pessoal

c) implantes, prótese sobre implante e transplantes de qualquer natureza;

d) tratamentos com finalidade exclusivamente estética;

e) tratamentos odontológicos realizados em data anterior ou posterior ao período de vigência do contrato;

f) exames laboratoriais de qualquer natureza;

g) tratamento odontológico experimental ou que não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia;

h) atendimentos odontológicos domiciliares;

i) procedimentos ortodônticos ou ortopédicos;

j) procedimentos de cirurgia oral maior/buco-maxilo-facial;

k) procedimentos para correção decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente, entre os quais uso de drogas, entorpecentes, psicotrópicos, bebida alcoólica, atentado contra a vida e procedimentos considerados não-éticos;

l) Atendimento, de qualquer natureza, em beneficiários cancelados, ainda que autorizado e/ou agendado antes da data de cancelamento;

n) não haverá cobertura para despesas ou custos decorrentes do não-comparecimento do usuário à consulta por ele previamente marcada.

o) Documentação ortodôntica, Radiografias Periapicais Série Completa.

p) Eventos que não façam parte do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

5 - DAS CARÊNCIAS

5.1 Estão isentos dos cumprimentos dos prazos de carência as inclusões de beneficiários feitas concomitante à implantação do contrato. Sendo as inclusões posteriores obrigadas ao cumprimento da carência de 60 (sessenta) dias, da data de vigência do beneficiário, salvo para os casos de novos funcionários, cuja inclusão ocorra nos primeiros 30 (trinta) dias do fato.

5.2 As inclusões por casamento, nascimento ou adoção, obedecerão as mesmas regras de carência do beneficiário titular, salvo se realizadas nos primeiros 30 (trinta) dias do fato gerador.

5.3 Havendo a migração, no período de carência para outro plano com padrão de cobertura superior ao do plano original, será exigido o cumprimento de carência por 90 (noventa) dias para os procedimentos adicionais incluídos no novo plano.

6 – DA ADESÃO E VIGÊNCIA

6.1 Entende-se como data de adesão, aquela em que o beneficiário manifestou interesse, preenchendo o Termo de Adesão e anexando todos os documentos necessários para a implantação junto à operadora, conforme movimentação cadastral.

6.2 O contrato firmado entre a ESTIPULANTE e Prima Vida, tem período de vigência mínima, que pode variar entre 12 (doze) e 24 (vinte e quatro) meses, conforme cláusula contratual específica, contados a partir da data de assinatura do instrumento jurídico, não havendo a incidência de recontagem de carência para os casos de renovação.

6.3 Entende-se como data de vigência, a data em que o beneficiário pode começar a usufruir dos serviços contratados, desde que respeitados os prazos de carência, caso tenha.

7 – DA MODALIDADE DE PAGAMENTO

7.1 O contrato firmado entre a ESTIPULANTE e Prima Vida é a título de Pré Pagamento, onde o beneficiário ainda que regular com suas documentações, somente terá vigência para usufruir dos serviços contratados, mediante pagamento da mensalidade.

8 – DA AUTORIZAÇÃO E DESCONTO

8.1 AUTORIZO por meio deste documento a empresa ESTIPULANTE, em favor da Primavida a efetuar a cobrança pelos meios legais, do valor declarado, expressamente, no Termo de Adesão, inclusive por desconto através de averbação / folha de pagamento, referente as mensalidades do titular e dependentes, se houver;

9 – DAS RECOMENDAÇÕES

9.1 Caso não receba o “kit” (manual do beneficiário e cartão de identificação) em até 10 (dez) dias após a data de vigência do termo de adesão, favor fazer contato com o SAC através do tel.: (21) 3299-4500 / 08009418432.

9.2 Certifique-se de que todos os campos do Termo de Adesão estão corretamente preenchidos e sem rasuras.

9.3 É responsabilidade da pessoa jurídica ESTIPULANTE dar ciência, e se solicitado for, fornecer cópia, ao beneficiário das cláusulas do contrato coletivo, ora aderido, estando a operadora disponível, em sua sede, cópia para vista, dos consumidores que solicitarem.

9.4 O desconto das minhas mensalidades dar-se-á conforme a data de movimentação cadastral adesão pessoa jurídica ESTIPULANTE com a Primavida, sendo responsabilidade da primeira divulgar amplamente a data e da segunda informar verbalmente quando solicitada;

9.5 Que deve desmarcar as consultas previamente agendadas com devidas consideradas com a antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, evitando transtornos indesejáveis.

10 – DAS VANTAGENS ESPECIAIS

10.1 É oferecido acessível estrutura, flexível e sem burocracias.

10.2 Confiável e ampla rede credenciada que segue rigorosos padrões de qualidade.

11 – DA DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RECEBIMENTO

11.1 Que devo anexar a esta:

- RG

- CPF de todos os beneficiários, exceto no caso de menor de idade, será exigido a

- certidão de nascimento

- casamento, se couber

- Comprovante de residência somente do beneficiário titular

- Comprovante da condição de elegibilidade do beneficiário titular com a Pessoa jurídica ESTIPULANTE, e, que a falta de qualquer documento acarretará na devolução deste formulário;

11.2 que recebi o MPS - Manual de orientação para contratação de planos de saúde e o GLC - Guia de leitura contratual;

11.3 Que o Termo de Adesão somente será implantado, ainda que completo de toda documentação, após a assinatura e entrega do contrato firmado na sede da Primavida;

11.4 Que após decorrido o prazo de vigência mínima do contrato o beneficiário poderá fazer o pedido de exclusão mediante entrega do formulário próprio oferecido pela operadora com a devolução da carteira de beneficiário, respeitando a data de movimentação cadastral.

12 – DAS COBERTURAS

12.1 Que no ato da adesão me foi oferecido optar pelos produtos a seguri, que atendem as exigências do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS – Agência nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências, sendo:

CLÁSSICO

- Consultas - consultas iniciais para plano de tratamento

- Emergência - diversos procedimentos de urgência odontológica;

- Cirurgia - cirurgia odontológica de pequeno porte, realizadas em consultórios;

- Dentística - restaurações e obturações em material estético (resina) e

amálgama;

- Endodontia - tratamentos de canais;

- Periodontia - tratamentos das gengivas;

- Odontopediatria - atendimento especializado para crianças;

- Radiologia – Radiografias intra-orais e panorâmicas

- Próteses – Coroa e Bloco em Metal / Resina (conforme legislação vigente);

INTER

- coberturas do plano CLÁSSICO +

- Próteses em metal e resina: Totais, Parciais, Fixas, Removíveis ;