

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

DATA DE ADESÃO: ____/____/20____

☐ VIGÊNCIA 05 ☐ VIGÊNCIA 15 ☐ VIGÊNCIA 25ENTIDADE: ☐ ADCPLASP

VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

DATA DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Dia 05 do mês subsequente
Dia 15 do mês subsequente
Dia 25 do mês subsequente

DATA DE VENCIMENTO DO BOLETO

Dia 05 de cada mês
Dia 15 de cada mês
Dia 25 de cada mês

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTOR

Nome da Corretora / Plataforma		Código da Corretora / Plataforma
Nome do Vendedor / Angariador	Data de nascimento	CPF do Vendedor / Angariador
Nome do Supervisor	Data de nascimento	CPF do Supervisor
Nome do Gerente	Data de nascimento	CPF do Gerente

PROPONENTE TITULAR

Nome Completo (sem abreviações)									
CPF		RG	Órgão emissor		Cartão Nacional de Saúde				
Data de nascimento		Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil	☐ Casado ☐ Solteiro	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viúvo	☐ Outros	
Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nº PIS / PASEP					
Nome da Mãe completo (sem abreviações)									
CEP	Endereço residencial						Nº		
Complemento	Bairro		Cidade			U.F.			
CEP	Endereço de cobrança						Nº		
Complemento	Bairro		Cidade			U.F.			
Telefone residencial			Telefone celular			Telefone comercial			
E-mail							Operadora Anterior		

DEPENDENTES

1	Nome Completo (sem abreviações)								
	CPF		RG	Órgão emissor		Cartão Nacional de Saúde			
	Data de nascimento		Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil	☐ Casado ☐ Solteiro	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viúvo	☐ Outros
	Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nº PIS / PASEP				
	Nome da Mãe completo (sem abreviações)								
2	Nome Completo (sem abreviações)								
	CPF		RG	Órgão emissor		Cartão Nacional de Saúde			
	Data de nascimento		Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil	☐ Casado ☐ Solteiro	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viúvo	☐ Outros
	Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nº PIS / PASEP				
	Nome da Mãe completo (sem abreviações)								

DEPENDENTES (CONTINUAÇÃO)

3

Nome Completo (sem abreviações)

CPF

RG

Órgão emissor

Cartão Nacional de Saúde

Data de nascimento

Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Outros

Nº da Declaração de Nascido Vivo

Nº PIS / PASEP

Nome da Mãe completo (sem abreviações)

4

Nome Completo (sem abreviações)

CPF

RG

Órgão emissor

Cartão Nacional de Saúde

Data de nascimento

Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Outros

Nº da Declaração de Nascido Vivo

Nº PIS / PASEP

Nome da Mãe completo (sem abreviações)

5

Nome Completo (sem abreviações)

CPF

RG

Órgão emissor

Cartão Nacional de Saúde

Data de nascimento

Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Outros

Nº da Declaração de Nascido Vivo

Nº PIS / PASEP

Nome da Mãe completo (sem abreviações)

RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Nome Completo (sem abreviações)

CPF

RG

Órgão emissor

Data de nascimento

Grau Parentesco

PLANO PRETENDIDO

CÓDIGO ANS	NOME DO PLANO	VALOR	SEGMENTAÇÃO	TIPO DE CONTRATAÇÃO	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA
☐ 477.891/17-0	Master IV + adesão - ESPECIAL ORTO	R\$ 119,23	ODONTOLÓGICO	COLETIVO POR ADESÃO	NACIONAL
☐ 477.890-17-1	Master I adesão - ESPECIAL PRÓTESE	R\$ 153,27	ODONTOLÓGICO	COLETIVO POR ADESÃO	NACIONAL
☐ 477.890-17-1	Master IV + Orto + Prótese	R\$ 199,90	ODONTOLÓGICO	COLETIVO POR ADESÃO	NACIONAL

Grupo de Estados

Abrangência Nacional.

VALOR DO PROPONENTE

Idade

Valor R\$

Titular

Dependente 1

Dependente 2

Dependente 3

Dependente 4

Dependente 5

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo entre a data de assinatura desta proposta de adesão e a data de sua 1º (primeira) cobrança, observando o disposto no item 16 da página 08 desta proposta.

O valor total deve ser pago mensalmente.

Taxa Associativa

R\$ 5,00

Valor Total em R\$

FORMA DE PAGAMENTO

Assinale a opção de pagamento do benefício de acordo com a sua conveniência:

☐ **Débito automático em conta corrente**

Débito automático com vencimento de acordo com a data indicada no campo "Adesão e Vigência do Benefício" constante na página 1 desta proposta.

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta corrente	
-------------	---------------	---------------	----	----------------------	--

☐ **Boleto Bancário**

Vencimento de acordo com a data indicada no campo "Adesão e Vigência de Benefício", constante na página 1 desta proposta, nos valores pactuados. O Boleto bancário será enviado para o endereço constante nesta Proposta, através de postagem pelo correio e/ou postagem eletrônica, e-mails, torpedo SMS e WhatsApp constantes nesta proposta.

ATENÇÃO: A associação disponibiliza em seu site: www.adcbeneficios.com.br, o boleto bancário para pagamento.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

A movimentação cadastral é aquela ocorrida por solicitação do beneficiário titular, após a implantação e vigência do benefício, para as alterações de dados cadastrais, inclusões e exclusões de dependentes. As solicitações serão processadas conforme quadro abaixo. Solicitações após a data limite de cada vigência serão processadas no próximo período.

DATA DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO	VIGÊNCIA DA SOLICITAÇÃO
Dia 05	Dia 05 do mês subsequente
Dia 15	Dia 15 do mês subsequente
Dia 25	Dia 25 do mês subsequente

Conforme determina a RN 561 / ANS, o cancelamento terá efeito de imediato e poderá ocorrer em qualquer momento independente do calendário de movimentação cadastral apresentado acima.

DECLARAÇÕES

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão ao Plano de Saúde Odontológico coletivo por adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas 1 e 2 desta proposta.

Declaro ter recebido, neste ato, o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde Odontológico", cópia da presente "Proposta". Estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores credenciados, de exclusiva responsabilidade da Operadora, bem como o "Guia de Leitura Contratual" serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na operadora.

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e Data

Assinatura do titular ou responsável legal pelo titular (menor de idade ou incapaz)

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde”(MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

- 1-** Este instrumento é minha **Proposta de Adesão (Proposta)** ao contrato de plano de assistência odontológica coletivo por adesão, celebrado entre a **ADC ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, CNPJ **58.280.182/0001-81**, (a “**Associação**”) e a **DENTALPAR ASSISTENCIA ODONTOLOGICA EMPRESARIAL LTDA**, CNPJ **02.156.150/0002-03**, registro ANS nº **32.289-0** (a “**Operadora**”), e destinados a população elegível que mantenha vínculo regular e ativo com a, (a “**Entidade Conveniada**”), que é a Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial indicada na **página 01** da **Proposta de Adesão**.
- 2-** A aceitação de minha **Proposta** depende da comprovação de meu vínculo com a **Entidade** indicada na página 01 desta **Proposta**, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo estão sendo entregue por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, para análise e conferência pela **Associação** e **Operadora**, podendo esta **Proposta** ser recusada em razão de falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta **Proposta**, a taxa de angariação entregue ao angariador, será integralmente devolvida pelo mesmo.
- 3-** Sendo aprovada esta **Proposta**, o beneficiário terá início na data indicada no campo “**Adesão e Vigência do Benefício**” indicado na **página 01** desta, e tanto eu como meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominados “**beneficiários**”. Tenho ciência que o início da referida vigência não se confunde com a vigência do contrato coletivo celebrado entre a **Associação** e a **Operadora de Planos de Saúde Odontológico**.
- 4-** Devo solicitar e informar por escrito expressamente à **ADC ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, CNPJ **58.280.182/0001-81** no endereço da mesma: R. Voluntários da Pátria, 1284 - Santana São Paulo - SP, 02010-200
toda e qualquer alteração de meus dados cadastrais, tal como endereço e meios de contatos, alteração de meu estado civil, perda do meu vínculo com a Entidade Classista ou Setorial, inclusão e/ou exclusão de dependentes, sendo certo que os efeitos das alterações solicitadas somente ocorrerão para a próxima vigência, conforme períodos de movimentação cadastral previsto na página 03 desta **Proposta**, caso contrário, vigorará na vigência subsequente, exceção feita ao pedido de cancelamento da adesão que ocorrerá de imediato conforme determina a **RN 561**.
- 5-** Podem ser inscritos a pedido do titular, como **BENEFICIÁRIO** Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades a seguir e da dependência econômica em relação àquele. **a)** o cônjuge e/ou companheiro(a); **b)** filhos e/ou equiparados solteiros (adotivos/enteados/enteadas), até 21 anos de idade. **c)** filhos e/ou equiparados incapazes (adotivos/enteados/enteadas), de qualquer idade. **d)** será assegurado a inscrição de filho adotivo menor que 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo **BENEFICIÁRIO** adotante.
- 6-** Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à **Associação** amplos poderes para me representar, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a **Operadora** e/ou a outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações das coberturas contratadas, bem como nos reajustes dos valores mensais.
- 7-** Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e quaisquer circunstâncias que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal do(s) benefício(s), sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os de meu(s) dependente(s), decorrentes do(s) **benefício(s)**.
- 8-** A perda da qualidade de beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: **Titular: (I)** rescisão do Contrato Coletivo por Adesão entre a **Associação** e a **Operadora**; **(II)** cessação do vínculo entre o **Beneficiário** e a **Entidade Conveniada**; **(III)** constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; **(IV)** solicitação expressa do Beneficiário Titular à **Associação** ou à **Operadora (RN 561)**; **(V)** falecimento. **Dependente: (I)** casamento ou qualquer outra condição de perda de elegibilidade prevista neste contrato; **(II)** constatação de fraude praticada pelo Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; **(III)** exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; **(IV)** solicitação expressa do Beneficiário; **(V)** falecimento.

9- O beneficiário afirma ter ciência que também será excluído do plano de saúde odontológico em casos de fraude, declaração de informações falsas, incompleta ou omissões, como também na hipótese de utilização do cartão de identificação do benefício, ou seja, se vier a autorizar terceiros a utilizar seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo da **Associação** e/ou **Operadora**, adotarem as medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.

10- Poderei assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar as coberturas por meio de prestadores credenciados pela **Operadora**, para o plano contratado respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente que a lista desses prestadores pode ser consultada através do site **www.dentalpar.com.br** e também constado no Manual do Associado da Dentalpar, de responsabilidade da operadora que receberei após a aceitação desta proposta.

11- O contrato coletivo firmado entre a **Associação** e a **Operadora**, contrato que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a **Associação** me fará a comunicação desse fato, através de correspondência para o mesmo endereço de envio dos boletos de pagamentos mensais e/ou eletronicamente através do site **www.adcbeneficios.com.br**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. A **Associação** poderá ainda providenciar a contratação de outra **Operadora** devidamente registrada na **ANS**, objetivando a manutenção ininterrupta dos serviços contratados, considerando a compatibilidade dos planos de acordo com as regras **ANS**, a manutenção dos reajustes no mesmo mês de aniversário do contrato cancelado, o aproveitamento das carências já cumpridas, a abrangência geo gráfica igual ou superior a anterior, a mesma segmentação assistencial e o mesmo padrão de acomodação. Havendo interesse do beneficiário titular e obrigatoriamente extensivo aos dependentes inscritos, poderá ainda optar por um plano superior com maior nível de cobertura que o plano cancelado, desde que aceite formalmente as regras e valores da nova **Operadora** no momento da opção.

12- Serão cobertas as despesas com os procedimentos odontológicos relacionados no 'Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (segmentação odontológica), instruído pela ANS e em vigor na data de realização do evento, observando a abrangência das condições gerais deste **benefício**.

13- Exclusões de Coberturas: Excluem-se da cobertura deste plano odontológico todo e qualquer procedimento não previsto no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, e os itens a seguir: **a)** Procedimentos realizados fora da rede credenciada, salvo as hipóteses de urgência em que seja impossível sua utilização; **b)** Despesas com internação hospitalar e/ou que saiam do âmbito ambulatorial, exceto os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista para eventos cobertos possíveis de realização em consultório, que necessitem de internação hospitalar por imperativo clínico; **c)** Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório. **d)** Despesas com procedimentos buco - maxilo - faciais que necessitem de internação hospitalar; **e)** As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência a saúde, diferente do plano odontológico; **f)** Métodos diagnósticos e tratamentos clínicos ou cirúrgicos, experimentais, não reconhecidos pelas sociedades odontológicas nacionais, em especial o Conselho Federal de Odontologia (CFO); **g)** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes; **h)** Serviços odontológicos com finalidade estética; **i)** Clareamento dentário; **j)** Procedimento com metais preciosos; **k)** A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais; **l)** Atendimento domiciliar, em qualquer hipótese; **m)** Transporte do paciente, exceto nas condições previstas na legislação vigente; **n)** As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar; **o)** Quaisquer atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e emoções internas, quando declaradas pela autoridade competente; **p)** Implantes não previstos no Rol de procedimentos da ANS, aparelhos ortodônticos/ortopédicos, fixos ou removíveis, não relacionados na cobertura, e próteses não relacionadas na cobertura; **q)** Transplantes de qualquer espécie; **r)** Manutenção e documentação ortodôntica, desde que não cobertos pelo plano contratado; **s)** Cirurgias a laser;

t) Cirurgias com envolvimento de seio maxilar; **u)** Radiografias não previstas no Rol de Procedimento da ANS; **v)** Cirurgia periodontal, não prevista no Rol de Procedimentos da ANS. **w)** Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, considerados parte integrante do procedimento inicial, não serão cobertos pelo plano, ainda que, isoladamente, estejam inseridos no Rol de procedimentos cobertos.

14- Depende de autorização prévia pela Operadora a realização de procedimentos constantes no plano de tratamento, elaborado pelo cirurgião-dentista.

15- As características relativas à segmentação assistencial, à abrangência geográfica está definidas na página 02 (dois) desta proposta.

16- Reajustes: independente da data de minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais contratuais **na**

data de Aniversário do Contrato entre a Entidade, Associação e Operadora a ocorrer sempre no **mês Setembro de cada ano**, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) em outras hipóteses, que venha a ser autorizado pela ANS, em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17- Os prazos de carências são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do **benefício**. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão da **Operadora** firmado com a **Associação**, conforme quadro de carências apresentado abaixo. Para efeito de isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor.

Procedimentos	ESPECIAL ORTO Master IV Adesão	ESPECIAL PRÓTESE Master I Adesão	ESPECIAL PRÓTESE + ORTO Master IV Adesão
Urgência / Emergência	24h	24h	24h
Consultas e Diagnósticos	24h	24h	24h
Dentística	24h	24h	24h
Prevenção em saúde bucal	24h	24h	24h
Radiologia	24h	24h	24h
Cirurgia	24h	24h	24h
Odontopediatria	24h	24h	24h
Periodontia	24h	24h	24h
Endodontia	24h	24h	24h
Prótese (ROL ANS)	180 dias	90 dias	24h
Prótese	---	90 dias	24h
Ortodontia	24h	---	24h

18- A data de vencimento do pagamento do valor mensal do **benefício** é a data indicada no campo “**Adesão e vigência do benefício**” será aquela indicada na página 01 desta **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data de seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal é acrescido de juros de mora de 1% ao mês, (0,033% ao dia) sobre o valor do débito em atraso. Após 05 (cinco) dias de inadimplência, haverá a suspensão do atendimento dos benefícios contratados, cuja utilização somente será restabelecida em até 05 (cinco) dias úteis, a partir da quitação do(s) valor(res) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta **Proposta**. Fica estabelecido que a suspensão dos atendimentos por inadimplência será de até 30 (trinta) dias, sendo que após este prazo ocorrerá a exclusão do beneficiário do plano, caso o débito não esteja quitado junto à Associação.

19- A cobrança do **benefício** será feita através de boleto bancário encaminhado no endereço cadastral do beneficiário

t) Cirurgias com envolvimento de seio maxilar; **u)** Radiografias não previstas no Rol de Procedimento da ANS; **v)** Cirurgia periodontal, não prevista no Rol de Procedimentos da ANS. **w)** Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, considerados parte integrante do procedimento inicial, não serão cobertos pelo plano, ainda que, isoladamente, estejam inseridos no Rol de procedimentos cobertos.

14- Depende de autorização prévia pela Operadora a realização de procedimentos constantes no plano de tratamento, elaborado pelo cirurgião-dentista.

15- As características relativas à segmentação assistencial, à abrangência geográfica estão definidas na página 02 (dois) desta proposta.

16- Reajustes: independente da data de minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais contratuais **na**

data de Aniversário do Contrato entre a Entidade, Associação e Operadora a ocorrer sempre no **mês**

JUNHO de cada ano, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) em outras hipóteses, que venha a ser autorizado pela ANS, em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17- Os **prazos de carências** são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do **benefício**. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão da **Operadora** firmado com a **Associação**, conforme quadro de carências apresentado abaixo. Para efeito de isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor.

Procedimentos	Master I Adesão	Master IV + Orto	Master IV + Prótese	Master IV Orto + Prótese
Urgência / Emergência	Zero	Zero	Zero	Zero
Consultas e Diagnósticos	Zero	Zero	Zero	Zero
Dentística	Zero	Zero	Zero	Zero
Prevenção em saúde bucal	Zero	Zero	Zero	Zero
Radiologia	Zero	Zero	Zero	Zero
Cirurgia	Zero	Zero	Zero	Zero
Odontopediatria	Zero	Zero	Zero	Zero
Periodontia	Zero	Zero	Zero	Zero
Endodontia	Zero	Zero	Zero	Zero
Prótese (ROL ANS)	Zero	Zero	Zero	Zero
Prótese	Zero	Zero	Zero	Zero
Ortodontia	Zero	Zero	Zero	Zero

18- A data de vencimento do pagamento do valor mensal do **benefício** é a data indicada no campo “**Adesão e vigência do benefício**” será aquela indicada na página 01 desta **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data de seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal é acrescido de juros de mora de 1% ao mês, (0,033% ao dia) sobre o valor do débito em atraso. Após 10 (dez) dias de inadimplência, haverá a suspensão do atendimento dos benefícios contratados, cuja utilização somente será restabelecida em até 05 (cinco) dias úteis, a partir da quitação do(s) valor(res) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta **Proposta**. Fica estabelecido que a suspensão dos atendimentos por inadimplência será de até 30 (trinta) dias, sendo que após este prazo ocorrerá a exclusão do beneficiário do plano, caso o débito não esteja quitado junto à Associação.

19- A cobrança do **benefício** será feita através de boleto bancário encaminhado no endereço cadastral do beneficiário

via correio postal, correio eletrônico, e-mails, e ainda disponibilizado no Portal do Beneficiário através do site www.adcbeneficios.com.br. Havendo pendências financeira referente ao **benefício**, a **Associação** poderá efetuar a cobrança através de contatos telefônicos, Torpedos SMS, e-mails, Aviso de Cobrança, ou qualquer outro meio legal existente.

20- O benefício poderá ser cancelado nas seguintes situações: **(I)** por minha solicitação expressa, como beneficiário titular, à **Associação** ou à **Operadora**, observando o disposto no item 8 (oito) desta **Proposta**; **(II)** pela perda da minha elegibilidade na Entidade Conveniada; **(III)** automaticamente, por falta de pagamento do valor mensal até o último dia da vigência referente, caracterizado por atraso com período superior a 30 (trinta) dias, mediante prévia notificação. No caso de cancelamento do benefício por inadimplência, haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), a **associação** adotará medidas de cobrança dos valores em atraso acrescidos de multa e juros, acarretando inclusive, o envio das informações do beneficiário titular, ou de seu responsável legal, aos órgão de Serviços de Proteção ao Crédito (SPC), mediante prévia comunicação, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.

21- No caso de cancelamento por minha própria solicitação, que deverá ser feita por escrito, mediante contato a Central de Atendimento ou por correio no endereço da **Associação**, constante no **item 04** desta **Proposta**, e obedecendo o **período de movimentação** previsto na **página 05** desta **Proposta**, exceção se o proponente titular optar pelo cancelamento imediato, onde poderá ocorrer em qualquer período do mês, conforme determina a **RN 561** da **ANS** e que devolverei imediatamente à **Associação**, o meu cartão de identificação e do(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida de benefício, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu consentimento. Neste caso, meus direitos e dos meus dependentes cessarão no último dia do mês de vigência pago, sendo que fico obrigado a arcar com eventuais despesas devidas, a qualquer título, à utilização do presente **benefício** após o seu cancelamento, que me serão cobradas e consideradas como dívida líquida e certa.

22- Não haverá nenhuma continuidade destas cobertura nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este **benefício**.

23- Permanência Mínima: Visando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, os Beneficiários que forem incluídos nos planos contratados pela Contratante, deverão permanecer inscritos pelo período mínimo de 12 (doze) meses, contratados: a) a partir da última utilização ou, b) na inexistência de qualquer utilização a partir da data de inclusão (vigência) no plano contratado. Em caso de exclusão antes do período de 12 (doze) meses, será aplicada uma multa equivalente a 50% do valor total das mensalidades restantes até o cumprimento deste prazo mínimo, a título de compensação pelos custos operacionais e administrativos relacionados ao contrato. O contratante reconhece e aceita que o prazo mínimo de 12 meses faz parte das condições comerciais acordadas e que o cancelamento antecipado implica na referida penalidade.

24- Devo encaminhar prontamente à Associação e/ou a Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

25- Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Associação, no prazo máximo de 07 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança da taxa de angariação e do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.

26- Poderei postular nova adesão ao **benefício**, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carências parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

27- Estou ciente e de acordo com a cobrança da mensalidade referente a taxa associativa de entidade juntamente com a mensalidade do plano contratado.

28- O Foro Central para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é o da Comarca de São Paulo.

FICHA DE FILIAÇÃO

(Associado Beneficiário)

CNPJ: 10.831.664/0001-56

Nome Completo:		Data de Nascimento:	
Nº RG e Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:	
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço (rua, avenida, praça. ... nº):			
Bairro:	Cidade - UF		CEP:
Nome da Empresa:		Profissão:	
(DDD)Telefone Residencial:	(DDD)Telefone Comercial:	(DDD)Telefone Celular:	
E-mail:			

OBS.: Anexar cópia simples do RG, CPF, Último Holerite e Comprovante de Residência.

Solicito a minha filiação declarando estar ciente de que ela é uma instituição sem fins lucrativos e que sou responsável, civil e criminalmente, pelas informações acima declaradas. Também estou ciente de que, aos boletos emitidos mensalmente para pagamento, será adicionada uma taxa administrativa que é referente à contribuição associativa à entidade de classe no valor de **R\$5,00 (Cinco Reais)** quando tratar-se de uma adesão a um plano de saúde e plano odontológico. A contribuição associativa poderá sofrer reajuste anual definidos pela diretoria da entidade. A minha opção de adesão está acima destacada. Declaro também estar ciente de que os meus direitos como associado à ADC serão **exclusivamente** limitados à utilização dos benefícios oferecidos pela entidade não me restando o direito a requerer convocação, votar ou ser votado nas Assembleias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade. O não pagamento da contribuição associativa implicará na suspensão da minha filiação ao quadro associativo e perda do meu vínculo com a entidade gerando a imediata interrupção à utilização dos benefícios. Afirmo ter ciência de que a minha inscrição, e de meus dependentes, poderá ser cancelada a qualquer tempo, por expressa declaração da minha vontade. O meu desligamento do Plano de Saúde, independente do motivo gerador, não implicará no meu desligamento do quadro associativo da entidade.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____

Associado -Assinatura

ADCPLASP