

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.

CONTRATO Nº _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (sem abreviatura)

Empresa/ Estipulante: _____ Nome do Produto: _____ 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: _____

CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____

Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

2 - Nome: _____ Produto: _____

CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____

Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

3 - Nome: _____ Produto: _____

CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____

Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

4 - Nome: _____ Produto: _____

CPF: _____ Data Nascimento.: ____/____/____ Valor: R\$ _____

Sexo: M F GP: Mãe do Beneficiário: _____

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

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 AO TERMO DE CONSENTIMENTO DA LGPD, 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, QUANDO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO, INCLUSIVE POR DESCONTO ATRAVÉS DE AVERBAÇÃO / FOLHA DE PAGAMENTO, REFERENTE A(S) MENSALIDADE(S) DO TITULAR E DEPENDENTE(S), QUANDO HOUVER.

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

www.primavida.com.br

1- DO OBJETO

1.1 O contrato firmado entre a empresa ESTIPULANTE e a PrimaVida Dental 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, devendo ser observado conforme registrado no órgão regulador, os limites e as condições de cobertura contratual, inclusive área de abrangência, tipo de plano escolhido e carência, quando houver.

1.2 É parte integrante do contrato todas as ampliações, aditivos, anexos, avenças, Termo de Adesão, Rede Credenciada e carteirinha virtual disponível no site www.primavida.com.br em área segura mediante login e senha.

2- DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 Os serviços odontológicos serão prestados por meio da rede credenciada, indicada, exclusivamente, pela PrimaVida Dental, através do site www.primavida.com.br.

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/retratação do mesmo procedimento, o qual deverá ser observado, conforme descrição a seguir, por especialidade:

- a) Consultas iniciais: 6 (seis) meses;
- b) Radiologia: 24 (vinte e quatro) meses;
- c) Prevenção: 6 (seis) meses;
- d) Periodontia: 24 (vinte e quatro) meses;
- e) Dentística: 36 (trinta e seis) meses;
- f) Prótese: 60 (sessenta) meses;
- g) Cirurgia, endodontia, ortodontia: prazo único.

3.2 Estão excluídos do prazo acima os casos de retratamento e urgência.

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

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 24 (vinte e quatro) horas para Urgência e 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos, salvo se acordado, através de aditivo com a ESTIPULANTE, a contar da data de vigência do beneficiário. Estão isentos ainda deste prazo, os casos de novos funcionários, cuja inclusão ocorra nos primeiros 30 (trinta) dias da contratação, bem como, se na implantação o número de beneficiários for maior ou igual a 30 (trinta).

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 PrimaVida Dental, tem o compromisso de vigência mínima do beneficiário de 12 (doze) meses, conforme cláusula contratual específica, contados a partir da data de assinatura do Termo de Adesão, não havendo a incidência de recotagem 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 PrimaVida Dental 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 contraprestação pecuniária que será realizado pela ESTIPULANTE.

8- DA AUTORIZAÇÃO E DESCONTO

8.1 AUTORIZO por meio deste documento a ESTIPULANTE, em favor da PrimaVida Dental 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 O "kit" de Boas Vindas com o cartão de identificação virtual fica imediatamente disponível no site www.primavida.com.br, mediante login e senha, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis após a PrimaVida Dental receber a autorização da ESTIPULANTE para início de vigência do Termo de Adesão, que em caso de dúvidas deve acionar a operadora nos meios de contato informado no referido termo.

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 mensalidades dar-se-á conforme o calendário de movimentação cadastral pactuado pela pessoa jurídica ESTIPULANTE com a PrimaVida Dental, sendo responsabilidade das partes divulgar amplamente a data;

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

9.6 Em cumprimento a legislação em vigor que trata da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o BENEFICIÁRIO TITULAR autoriza a PrimaVida Dental a coletar toda e qualquer informação cadastral relativa aos beneficiários inscritos no contrato que venha a ser exigida para o fiel cumprimento da lei, bem como, pelos órgãos governamentais fiscalizadores, com sigilo, segurança e privacidade das informações coletadas dos beneficiários, nos termos da "Política de Privacidade" disponibilizada nos canais de comunicação da CONTRATADA, bem como, no site www.primavida.com.br mediante login e senha

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; Comprovante de União Estável; 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 pela ESTIPULANTE na sede da PrimaVida Dental;

12- DAS COBERTURAS

12.1 Que o produto contratado atendem as exigências do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época da utilização, que segue abaixo como breve resumo, que encontram-se atualizados para consulta no site da operadora www.primavida.com.br, área restrita, mediante login e senha:

ROLANS:

-Consultas - consultas iniciais para plano de tratamento

-Urgência - 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; panorâmicas e Radiografia Periapical Completa (Levantamento Radiográfico);-Prótese - Coroas provisórias, blocos e coroas metálicas, e em cerômero (para dentes anteriores); Entende-se como dentes permanentes anteriores, são os dentes definitivos da frente, que correspondem do canino a canino.

13- DO TERMO DE CONSENTIMENTO DA LGPD

13.1 Em cumprimento a legislação em vigor que trata da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o BENEFICIÁRIO TITULAR autoriza a PrimaVida Dental a coletar toda e qualquer informação cadastral relativa aos beneficiários inscritos no contrato que venha a ser exigida para o fiel cumprimento da lei, bem como, pelos órgãos governamentais fiscalizadores, com sigilo, segurança e privacidade das informações coletadas dos beneficiários, nos termos da "Política de Privacidade" disponibilizada nos canais de comunicação da CONTRATADA, bem como, no site www.primavida.com.br mediante login e senha

13.2 Declaro estar ciente, onde dou meu consentimento para utilização das informações coletadas no qual sou o titular dos dados com a finalidade exclusiva de prestação de serviço de assistência odontológica.