

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) aos contratos de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a «Administradora») e, doravante «Operadora», a DENTALPAR ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EMPRESARIAL S/C LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob n.º 02.156.150/0001-14 e na ANS sob n.º 32.289-0, e destinados à população que mantenha vínculo com a minha «Entidade», que é a Pessoa Jurídica indicada página 1 desta Proposta.

2. Tipo de Contratação: O Tipo de contratação é de natureza coletivo por adesão, consubstanciada na cobertura de assistência odontológica de beneficiários titulares com vínculo profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão, os sindicatos, as centrais e as respectivas federações e confederações, as associações profissionais legalmente constituídas.

3. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde

A área em que a DENTALPAR se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde odontológica contratadas pelo beneficiário. Essa área poderá ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios, conforme abaixo:

Aracruz, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Cachoeira de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Domingos Martins, Fundão, Guaci, Guarapari, Iconha, Linhares, Marechal Floriano, Nova Venécia, Piuma, Santa Tereza, São Mateus, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Ipatinga, Juiz de Fora, Manhuaçu, Mariana, Montes Claros, Ouro Preto, Sete Lagoas, Timóteo, Uberlândia, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis, Caxias do Sul, Barueri, Campinas, Carapicuíba, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itapeerica da Serra, Itapevi, Itatiba, Jandira, Jundiá, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Pires, Ribeirão Preto, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Suzano e Taboão da Serra.

4. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo «Início de Vigência» da Proposta de Adesão e após a quitação do 1º boleto bancário.

5. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta, para a conferência em até 15(quinze) dias pela Administradora, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação me será devolvido pelo vendedor que a recebeu.

6. O Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a); filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, solteiros, de até 30 (trinta) anos completos de idade; A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

7. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s).

8. Os prazos de carência 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 da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente na Cláusula 4, item 4.6.2 do Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada no quadro a seguir.

| PROCEDIMENTOS | PRAZOS DE CARÊNCIA | PRAZO |
|------------------------|--------------------|--|
| Diagnóstico | | 24 (vinte e quatro) horas, após a data da vigência |
| Urgência | | 24 (vinte e quatro) horas, após a data da vigência |
| Dentística | | 30 (trinta) dias após a data da vigência |
| Ortodontia | | 30 (trinta) dias após a data da vigência |
| Periodontia e Cirurgia | | 60 (sessenta) dias após a data da vigência |
| Cirurgia | | 60 (sessenta) dias após a data da vigência |
| Endodontia | | 90 (noventa) dias após a data da vigência |
| Prótese | | 90 (noventa) dias após a data da vigência |

9. Devo solicitar e informar expressamente à Administradora toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão.

10. Das coberturas:

A DENTALPAR se compromete a prestar aos beneficiários que optarem pelo plano Master I, além das coberturas constantes do Rol anexo à resolução normativa - RN Nº 211 de 11/01/2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as seguintes coberturas: **PERIODONTIA** (TRATAMENTO DA GENGIVA): Manutenção de Tratamento Cirúrgico, Enxerto Pediculado, Enxerto Livre, Dessensibilização Dentinária; **CIRURGIA**: Remoção Corpo Estranho Seio Maxilar, Retirada de Calculo Salivar, Excisão de Tumor de Glândula Salivar, Cirurgia para Tracionamento Ortodôntico; **ODONTOPEDIATRIA**: Remineralização de Esmalte.

Fica incluído no Plano Master I sem qualquer custo adicional, com a exceção à Documentação Ortodôntica e a taxa de Manutenção Mensal serão custeadas pelo Beneficiário e pagas diretamente aos prestadores de serviços credenciados, o Benefício Ortodôntico abaixo descrito:

- 1) Plano Master IV (472412/14-7), os serviços cobertos neste plano incluem todos os servidos do PLANO MASTER I mais os descritos abaixo. QUADRO I - DA ORTODONTIA: Aparelho ortodôntico fixo e móvel; Documentação ortodôntica; Manutenção de tratamento ortodôntico.
- 2) Fazem parte deste benefício ortodôntico os seguintes aparelhos: a) Mantenedor de Espaço; b) Plano Inclinado; c) Aparelho Extra-Bucal; d) Arco Palatino ou Lingual; e) Placa Lábio Ativa; f) Disjuntor Palatino; g) Quadri-Hélix; h) Grade Palatina Fixa; i) Placa de Hawley e Aparelho de Movimento; j) Mentoneira; k) Bionato de Balters; l) Aparelho Monobloco de Binler e Frankel; m) Aparelho Fixo Superior e Inferior.

12. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso.

No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 16 desta Proposta.

13. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, ficam outorgados à **Administradora** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), perante a **Operadora** e/ou a outros órgãos, em especial a **ANS**, no cumprimento e/ou nas alterações destas coberturas, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

14. Reajuste (Conforme Cláusula 10.4 do Contrato Coletivo por Adesão), independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Entidade, Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês Dezembro de cada ano, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) por mudança de faixa etária; d) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

15. Os contratos coletivos firmados entre a **Administradora** e as **Operadoras**, contratos que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, podendo ser renovados, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela **Administradora** ou pelas **Operadoras**. Em caso de rescisão desses contratos coletivos, a **Administradora** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16. A perda da qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos:

- Titular a) rescisão deste Contrato; b) cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias, vide regra de permanência (item 18); e) falecimento.

- Dependente: a) casamento ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; b) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias vide regra de permanência (item 19); e) falecimento

17. Os benefícios poderão ser cancelados desde que obedecido o prazo de permanência mínima (conforme descrito no item 18): a) por minha solicitação expressa, como **beneficiário** titular, à **Administradora**; b) automaticamente, por falta de pagamento de 1 (um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a minha consequente exclusão e a de meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s) sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s); c) pela perda da minha elegibilidade na **Entidade**; d) outros casos de cancelamento previstos na regulamentação.

18. 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, contados (I) a partir da data da última utilização ou, (II) na inexistência de qualquer utilização, a partir da data da sua inclusão no plano contratado. Em caso de exclusão antes do período mínimo de 12 (doze) meses, a **Contratante** deverá arcar com o pagamento das Taxas Mensais dos **Beneficiários** excluídos até que se complete o referido período de permanência.

19. No caso de cancelamento devolvarei imediatamente à **Administradora** 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 das coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

20. Fica estabelecido que serão suspensos os serviços prestados aos Beneficiários da **CONTRATANTE**, caso haja atraso superior a 30(trinta) dias no pagamento das mensalidades, ressalvados os atendimentos àqueles que estejam internados antes da suspensão.

21. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da **DENTALPAR ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EMPRESARIAL S/C LTDA.**, Operadora especializada em saúde, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.156.150/0001-14 - e na ANS sob o nº 32.289-0.

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

23. Poderei desistir desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

24. Verifique as Exclusões de Cobertura no capítulo 7, do **Contrato de Prestação de Serviços Assistência Odontológica Coletivo por Adesão**, Condições gerais.

25. A Segunda via do boleto bancário e a cópia do Contrato de Prestação de Serviços Assistência Odontológica Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site, através do endereço www.corporeadministradora.com.br.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com o nosso SAC **0800 771 4799** em horário comercial.

26. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é do meu domicílio.