

A Administradora poderá realizar comunicação sobre seu Plano de Saúde através de Torpedo SMS, E-mails, Aviso de Cobrança, ou qualquer outro meio legal existente. Para tanto, é imprescindível o preenchimento de todos os campos, principalmente os dados de contato, tais como: e-mail e números de telefones, para evitarmos divergências futuras.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE

--

2. PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:										Valor R\$	
Nome do Responsável (Quando Titular for menor)								CPF do Responsável			
Data de Nascimento		Sexo	E C	CPF			PIS/PASEP		Cartão Nacional de Saúde		
Nome Completo da Mãe:						Nome Completo do Pai:					
CEP		Rua / Av.		<input type="checkbox"/> Residencial		<input type="checkbox"/> Comercial					
Nº	Bairro			Cidade					UF		
CEP		Rua / Av.		<input type="checkbox"/> Endereço de Cobrança							
Nº	Bairro			Cidade					UF		
Telefone Residencial			Telefone Celular			Telefone Comercial			Telefone Recado		
E-mail								Operadora Anterior			

3. DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo:										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF			Nº da Declaração de Nascido Vivo*		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo									
2	Nome Completo:										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF			Nº da Declaração de Nascido Vivo*		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo									
3	Nome Completo:										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF			Nº da Declaração de Nascido Vivo*		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo									
4	Nome Completo:										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF			Nº da Declaração de Nascido Vivo*		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo									

Legenda: EC - Estado Civil | S - Solteiro | C - Casado | D - Divorciado | V - Viúvo | GP - Grau Parentesco: 1 - Cônjuge | 2 - Companheiro | 3 - Filho

ACEITAÇÃO VIGÊNCIA	Data da assinatura da proposta	Data da vigência e início da cobertura	Data de vencimento das faturas mensais
	15 dias antecedentes a vigência	Dias 1º e 15º	Dias 1º e 15º

VENDEDOR(A): Nome: _____	CPF: _____
E-mail do Vendedor(a): _____	Tel. Celular: _____
Nome da Corretora: _____	Cód. Corretora: _____

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

4. CONTRATAÇÃO DE PLANO

Planos	Código ANS	Abrangência Geográfica	IMPORTANTE
<input type="checkbox"/> Master I	473.897/15-7	Nacional	Permanência mínima de 12 meses
<input type="checkbox"/> Master IV	472.412/14-7	Nacional	Permanência mínima de 12 meses Regra familiar: a partir de 02 (duas) vidas

5. RECIBO DE PAGAMENTO

ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 14 da página 4.

Valor total em R\$

6. FORMA DE COBRANÇA (Assinalar uma única opção de escolha)

Aceito receber no e-mail indicado nesta proposta, os boletos de cobranças mensais.

Aceito receber via correio, no endereço indicado nesta proposta, os boletos de cobranças mensais.

* Vencimento de acordo com a data de vigência, nos valores acordados.

** É imprescindível entrar em contato prévio com a Administradora, nos casos de alterações dos dados cadastrais desta proposta (endereço ou e-mail), sob pena do não recebimento correto dos boletos de cobranças mensais e as consequências decorrentes da inadimplência.

7. TAXA DE CORRETAGEM

A taxa de corretagem é obrigatória, corresponde a valor inferior e diferenciado de sua mensalidade, devendo ser quitada no ato da presente adesão através de uma única parcela, mediante recibo do seu corretor.

ATENÇÃO: A taxa de corretagem NÃO representa o pagamento da primeira mensalidade, bem como não exclui, substitui ou isenta o pagamento da primeira mensalidade.

Considerando os trâmites necessários para a implantação de sua adesão, a verificação da elegibilidade e dados de preenchimento da sua proposta, informamos que a data de início da vigência do seu contrato é ____ / ____ / ____, ou seja, data posterior ao pagamento desta taxa de corretagem.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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:

Para o produto registrado na ANS nº 47389715-7 (Master I), seguem os municípios que compõem a área de comercialização: Bahia, Distrito Federal, Piauí, São Paulo, Grande São Paulo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Interior de São Paulo.

Para o produto registrado na ANS nº 47241214-7 (Master IV), seguem os municípios que compõem a área de comercialização: Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Piauí, São Paulo, Grande São Paulo e Litoral de São Paulo.

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 e nos casos de empresas EPP (pequeno porte), microempreendedor individual (MEI), ou ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento, a comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta para a conferência, 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	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.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 10.3 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; a não comprovação a cada ano quando solicitado pela sua operadora e/ou administradora de benefícios (através de e-mail, correspondência, ou qualquer outro meio legal existente), que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal, com aviso de 60 dias de antecedência e neste prazo não comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante (que deverá ser processado de imediato, conforme RN 412), ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; vide regra de permanência (item 18); - 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) falecimento do titular.

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), ressalta-se que o referido cancelamento não exime do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA; 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.



PROPOSTA DE ADESÃO

CONTRATO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
COLETIVOS POR ADESÃO

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO

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, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na(s) página(s) 01 desta Proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, a Carta de orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde e cópia da Presente Proposta. Estou ciente que o(s) cartão(ões) de identificação(ões) do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores referenciados, são de responsabilidade da Operadora.

O Guia de Leitura Contratual, bem como o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, estão disponíveis no site da administradora: www.corporeadministradora.com.br. Os mesmos também poderão ser solicitados por meio físico ou eletrônico.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Corpore Administradora
ANS nº 41.896-0

Dentalpar
ANS nº 32.289-0



Fale com
a gente

Av. Angélica, 321 | 13º a. | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 4799

11 94502 4905
corporeadministradora.com.br

corporeadministradora
@Corpore_Adm

Prezado(a) Beneficiário(a)

A nossa missão é oferecer, sempre, o melhor atendimento a sua saúde e de sua família. Para isso, somos parceiros de algumas das empresas mais conceituadas e qualificadas do setor assistencial.

Use bem para usar sempre!

Sempre pensando em oferecer o melhor a você, a Corpore preparou um checklist para te ajudar a “usar bem para usar sempre”!



Assuntos referentes a Administradora Corpore

Sobre os pagamentos:

Os boletos somente serão emitidos pelos bancos:



dentro do vencimento. Após a data, a 2ª via, COM OS VALORES CORRIGIDOS, deverá ser atualizada junto ao banco emissor.

Caso não receba os boletos, sugerimos verificar:

- Tipo de conta bancária (DDA)
- Atualização de cadastro

Estamos à disposição para quaisquer informações.

corporeadministradora.com.br

Informe de rendimentos

Inclusão de dependentes

Emissão de carteirinhas (mesmo antes de receber a carteirinha no endereço cadastrado, você receberá a numeração, via e-mail, facilitando a utilização imediata dos serviços contratados conforme carências contratuais)

Esclarecimentos sobre detalhes do seu contrato de adesão ao plano

Data de vencimento dos boletos

Informações sobre pagamento de mensalidades

Tempo de carências

Informações sobre rescisão do plano

Dúvidas sobre reajustes

Lembre-se: O seu plano coletivo por adesão inicia a partir da data de vigência do contrato, localizado na primeira página do documento, caso esteja em branco, entre em contato e verifique também junto ao seu consultor

0800 771 4799 ou 11 2124 1888.

Assuntos referentes a Operadora Dentalpar

Central de atendimento e acompanhamento odontológico

Guias e autorizações de exames odontológicos

Rede credenciada

Marcação de consulta



Rede Odontológica On-line

Para comodidade e agilidade consulte o odontológico médico com a sua rede credenciada no site da Dentalpar www.dentalpar.com.br



Beneficiário da operadora de saúde Dentalpar, acesse:

www.dentalpar.com.br

11 5094 4000

Fale com a gente

Av. Angélica, 321 | 13º andar | São Paulo | SP
 11 2124 1888 / 0800 771 4799 11 94502 4905
 www.corporeadministradora.com.br
 [corporeadministradora](https://www.facebook.com/corporeadministradora) @Corpore_Adm



@PLANOS DE
SAÚDE ON-LINE

Google
★★★★★
Nos recomende
e avalie

Corpore Administradora
ANS nº 41.896-0
Dentalpar
ANS nº 32.289-0