

Assinalar para qual tipo de Assistência se dará a movimentação

<input type="checkbox"/> Médica	Código Empresa na Assist. Médica	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									Filial	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33.3%;"></td> <td style="width: 33.3%;"></td> <td style="width: 33.3%;"></td> </tr> </table>			
<input type="checkbox"/> Dental	Código Empresa na Assist. Dental	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									Filial	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33.3%;"></td> <td style="width: 33.3%;"></td> <td style="width: 33.3%;"></td> </tr> </table>			

Nome da Empresa
-----------------

Obs.: No caso da movimentação na Assistência Médica e Dental, favor preencher as duas opções acima.

**Esta movimentação pode ser processada fora do período de movimentação da empresa?**

<input type="checkbox"/> Sim**	<input type="checkbox"/> Não	**OBS.: Os casos de inclusões processadas fora do período de movimentação, serão cobrados em duplicidade na próxima fatura, pois trata-se de pré-pagamento.
--------------------------------	------------------------------	---

**Assinalar o tipo de movimentação que será realizada**

<b>INCLUSÃO DE</b>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependentes	<b>***Beneficiário Contribuinte</b>
<b>EXCLUSÃO DE</b>	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependentes	
<b>TRANSFERÊNCIA ENTRE</b>	<input type="checkbox"/> Filiais <input type="checkbox"/> Empresas Coligadas		
<b>ALTERAÇÃO DE</b>	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Dados Cadastrais		
<b>ADITIVOS</b>	<b>Resgate</b>		<b>Multiviagem</b>
	<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão

**Dados do beneficiário titular (campo obrigatório para qualquer tipo de movimentação)**

CPF do Titular*	Nome completo e sem abreviações*
Continuação (Nome completo e sem abreviações)	
Número do Cartão Médico do Titular	Número do Cartão Dental do Titular

### MOTIVO DA EXCLUSÃO

<input type="checkbox"/> demissão ou exoneração sem justa causa	<input type="checkbox"/> demissão ou exoneração com justa causa	<input type="checkbox"/> aposentadoria
<input type="checkbox"/> outro		

Se demitido, informar a data de demissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

***Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato:

<b>Opção exercida:</b> <input type="checkbox"/> Continuidade do benefício	<input type="checkbox"/> Não continuidade do benefício	Data da opção: ____/____/____
---	--	-------------------------------

\*\*\*Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?

____ anos	____ meses	____ dias
-----------	------------	-----------

Data da primeira contribuição:\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\*\*Beneficiário contribuinte é aquele que contribuía com parte ou integralmente para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e carimbo da contratante

**Preencher os campos abaixo, somente para as opções: Inclusão de Titular e Alteração de dados Cadastrais do Titular. Para a opção Inclusão, ainda deverá ser preenchido o documento Declaração de Saúde.**

Data de Nascimento*	Data de Admissão	Matrícula Funcional	Cargo ou Função na Empresa
---------------------	------------------	---------------------	----------------------------

Código do Setor	Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)
-----------------	-----------------------------------

Nome Completo da Mãe, sem Abreviaturas\*

Sexo:  M  F    Estado Civil:  solteiro  casado  separado  viúvo  divorciado  outros

Tipo de Plano Médico Escolhido*	PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*	PRC Dental DJ
---------------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

**Endereço para correspondência do beneficiário titular**

Cep	UF	Município
-----	----	-----------

Rua, Av., Travessa etc.

Número/Lote	Complemento (Apto, Bloco, Quadra)	Bairro
-------------	-----------------------------------	--------

Telefone para Contato 1	Telefone para Contato 2
-------------------------	-------------------------

E-mail

**Preencher os campos abaixo, somente para as opções: Inclusão de Dependentes e Alteração de dados Cadastrais de Dependentes. Para a opção Inclusão, ainda deverá ser preenchido o documento Declaração de Saúde.**

CPF*	Nome completo e sem abreviações*
------	----------------------------------

Continuação (Nome completo e sem abreviações)

Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
-----------------------------------	--

1 Data de Nascimento*	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros
-----------------------	---

Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário\*

Sexo:\*  M  F    Estado Civil:\*  solteiro  casado  separado  viúvo  divorciado  outros

Tipo de Plano Médico Escolhido*	PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*	PRC Dental DJ
---------------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

CPF*	Nome completo e sem abreviações*
------	----------------------------------

Continuação (Nome completo e sem abreviações)

Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
-----------------------------------	--

2 Data de Nascimento*	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros
-----------------------	---

Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário\*

Sexo:\*  M  F    Estado Civil:\*  solteiro  casado  separado  viúvo  divorciado  outros

Tipo de Plano Médico Escolhido*	PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido*	PRC Dental DJ
---------------------------------	---------------	---------------------------------	---------------

Local e Data	Assinatura do Responsável
--------------	---------------------------

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os Campos PRC Médico JR e PRC Dental DJ são para uso exclusivo da operadora.

CPF*	Nome completo e sem abreviações*			
Continuação (Nome completo e sem abreviações)				
Nº Cartão Nacional de Saúde (SUS)		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
3 Data de Nascimento*	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> outros			
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*				
Sexo:* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil:* <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		
Tipo de Plano Médico Escolhido*		PRC Médico JR	Tipo de Plano Dental Escolhido* PRC Dental DJ	

**Os Campos PRC Médico JR e PRC Dental DJ são para uso exclusivo da operadora.**

### Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: Exclusão de Dependentes

Dados do dependente que será excluído do contrato	
1 Nome completo*	Data de nascimento*
2 Nome completo*	Data de nascimento*
3 Nome completo*	Data de nascimento*

### Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: Transferência

Dados atuais	Dados para onde deverá ocorrer a transferência		
Matrícula Atual	Código Empresa/Coligada na Assist.Médica	Filial Nova	Matrícula Nova
Os códigos atuais da empresa devem estar preenchidos no início da folha 1 deste formulário.	Código Empresa/Coligada na Assist. Dental	Filial Nova	Matrícula Nova

### Preencher os campos abaixo, somente para o tipo de movimentação: Alteração de Plano

Plano atual	Plano para o qual deseja migrar	
Tipo de plano Médico atual	Tipo de plano Médico desejado	Acomodação <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Privativo
Tipo de plano Dental atual	Tipo de plano Dental desejado	

Local e Data

Assinatura do Responsável

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

# Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

Número da Proposta Contratual da Empresa	CPF do Titular
Nome Completo do Titular	
Nome do dependente 1	
Nome do dependente 2	
Nome do dependente 3	

## Carta de orientação ao beneficiário

Prezado(a) beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à Saúde e tem como missão defender o interesse público, vem aqui prestar informações para o preenchimento da Declaração de Saúde.

### O que é a Declaração de Saúde?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde no qual o beneficiário, ou seu representante legal, deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **deve declarar essa doença ou lesão**.

### Ao declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação:

A operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à Saúde para que se possa utilizar toda a cobertura contratada após os prazos de carência contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC - tomografia, ressonância, endoscopia etc.), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados a partir da assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

**Não** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para essa doença ou lesão.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do proponente responsável

1º via: Amil; 2º via: contratante; 3º via: corretor



## Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

Ao não declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo à ANS, denunciando a omissão da informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso ocorram, encaminhe denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **não** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) – **Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) – **Perfil Beneficiário**.

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível, assinatura e CPF

Assinatura do proponente responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível, assinatura e CPF

# Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

## Declaração de Saúde

1 No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. 2 A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. 3 Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida, pela Amil, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. 4 Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente à ANS as provas concretas de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento. 5 A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato.

**Nesse caso, V.Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.**

## Quadro I – Declaração de Saúde

Preenchimento pelo proponente titular, por si e pelo(s) dependente(s)		Resposta escrevendo “sim” ou “não”			
Informe se é portador ou se já sofreu de		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).				
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).				
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).				
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).				
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).				
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).				
7	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).				
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).				
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.				

# Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

## Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “sim” ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos

## Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
Peso				
Altura				

## Quadro IV – Entrevista Qualificada

(A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.)

- 1 Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- 2 Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil Assistência Médica no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 3 Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Amil** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

\_\_\_\_\_  
Local e data de venda/vigência

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proponente responsável

## TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL DA FUNDIÁGUA

A FUNDIÁGUA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR ("FUNDIÁGUA"), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede no SCN Quadra 04 Bloco B, Centro Empresarial Varig, 11º andar, Sala 1104-B —Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob o nº 73.983.876/0001-79, e o(a) proponente identificado(a) no verso ("TITULAR") celebram o presente Termo de Adesão, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA 1ª – DO OBJETO:** Por meio deste instrumento o(a) TITULAR adere ao Programa de Assistência à Saúde desenvolvido pela FUNDIÁGUA ("PROGRAMA ASSISTENCIAL"). O PROGRAMA ASSISTENCIAL tem por objetivo oferecer aos Participantes e Assistidos dos planos de benefícios administrados pela FUNDIÁGUA, e respectivos Dependentes e Agregados, os serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica mediante contratação de operadoras e seguradoras de planos de saúde devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no modelo de estipulante e em conformidade com a lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), bem como o fornecimento de medicamentos de uso contínuo e outros serviços de assistência à saúde que venham a ser criados pela FUNDIÁGUA.

**CLÁUSULA 2ª – DO(A) TITULAR:** Considera-se como TITULAR elegível ao PROGRAMA ASSISTENCIAL o(a) participante ou assistido(a) que estiver inscrito em algum dos planos de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA.

**CLÁUSULA 3ª – DOS DEPENDENTES, AGREGADOS:** É permitido ao(à) TITULAR, inscrever no PROGRAMA ASSISTENCIAL:

I - na condição de Dependente:

- a) cônjuge ou companheiro(a), comprovado por certidão de casamento ou de união estável;
- b) filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) menores de 21 (vinte e um) anos;

- c) filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) entre 21 (vinte e um) anos e 23 anos e 11 meses;
- d) tutelados(as), mediante comprovação por meio de Termo de Tutela expedido pelo Judiciário;
- e) filhos(as), enteados(as) e tutelados(as) inválidos(as), devidamente comprovado por laudo médico;

II – Na condição de Agregado:

- a) Para os Ativos: filhos (as), enteados (as) e tutelados (as) entre 21 (vinte e um) anos e 23 (vinte e três) anos e 11 (onze) meses que não estiverem cursando ensino superior reconhecido pelo MEC;
- b) Para os Ativos: filhos (as), enteados(as) e tutelados(as) entre 24 (vinte e quatro) anos e 38 (trinta e oito) anos e 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- c) Para os Assistidos: filhos (as), enteados (as) e tutelados (as) até 38 (trinta e oito) anos e 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

PARÁGRAFO 1º. O(A) TITULAR declara ciência e concordância de que, para receber o auxílio da parte patronal para os seus dependentes (filhos, enteados e tutelados), que estiverem entre 21 anos e 23 anos e 11 meses, deverão ser apresentadas declarações de escolaridade nas seguintes situações:

- a) dois meses antes da data em que o dependente completar 21 anos;
- b) apresentar, semestralmente, para FUNDIÁGUA a declaração de escolaridade/matricula em instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC.

PARÁGRAFO 2º. O(A) TITULAR declara ciência e concordância de que, caso não entregue as comprovações previstas no parágrafo anterior, em tempo hábil de movimentação cadastral, a Patrocinadora deixará de contribuir compulsoriamente com o auxílio correspondente à sua parte patronal no PROGRAMA ASSISTENCIAL para o(s) respectivo(s) dependente(s) legais, sendo de responsabilidade do(a) TITULAR arcar com os valores integrais gerados nos

períodos correspondentes. Caso a declaração não seja apresentada dentro das condições expostas no parágrafo anterior, o(s) dependente(s) passará(ão) para a condição de DEPENDENTE SEM PATRONAL, sendo aplicada a cobrança do valor integral da tabela de AGREGADO, referente a essa nova condição. Não será possível realizar qualquer tipo de estorno de valores referente à mensalidade cobrada na nova condição.

PARÁGRAFO 3º. Os Dependentes e Agregados serão abrangidos pelos mesmos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica, escolhidos pelo(a) TITULAR, desde que inscritos conforme regras da operadora ou seguradora de saúde.

PARÁGRAFO 4º. Os Agregados e os Dependentes sem Patronal não terão direito à contribuição das patrocinadoras para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica.

PARÁGRAFO 5º. Os Participantes Assistidos e seus Dependentes não terão direito à contribuição das patrocinadoras para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica.

PARÁGRAFO 6º. A inclusão de cônjuge ou filhos do(a) TITULAR, em decorrência do casamento e união estável ou nascimento, respectivamente, ocorrido na vigência deste contrato deverá ser feita em até 30 (trinta) dias corridos a contar a data do evento, sob pena de cumprimento das carências previstas no contrato firmado entre a Fundiágua e a operadora ou seguradora de plano de saúde e odontológico.

PARÁGRAFO 7º. As inclusões ou exclusões de Dependentes e Agregados obedecerão, adicionalmente, às condições expostas no contrato entre a FUNDIÁGUA e a operadora ou seguradora de plano de saúde e odontológico.

#### CLÁUSULA 4ª – DAS CARÊNCIAS:

PARÁGRAFO 1º. O TITULAR, os Dependentes legais e Agregados deverão cumprir as carências em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no contrato da operadora ou seguradora do plano de saúde contratado pela FUNDIÁGUA.

PARÁGRAFO 2º. Cobertura Parcial Temporária (CPT), é o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da

inclusão do participante no plano de saúde, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistente, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
- b) Internação em leitos de alta tecnologia; e
- c) Eventos cirúrgicos.

**CLÁUSULA 5ª – DAS COPARTICIPAÇÕES:** É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo participante diretamente à Fundiágua, onde os valores são repassados diretamente para operadora ou seguradora de saúde contratada.

PARÁGRAFO 1º Os valores e/ou percentuais serão estipulados no ato da contratação da operadora ou seguradora de saúde e estarão determinados com clareza em Condição Particular, que passará a fazer parte integrante do contrato firmando com a Fundiágua. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação.

- a) Atualmente é praticado uma coparticipação de 30% sobre todas as consultas e exames realizados;
- b) Não será cobrado coparticipação sobre internações realizadas.

**CLÁUSULA 6ª – DOS PAGAMENTOS:** Os pagamentos das mensalidades relativas ao custeio do PLANO DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO e das Coparticipações serão feitos mediante desconto em folha de pagamento em regime mês, ou seja, na folha de pagamento de salários ou na folha de benefícios do(a) TITULAR no mês corrente. Desta forma, o(a) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA a adotar as providências objetivando o referido desconto junto às patrocinadoras.

PARÁGRAFO 1º. Além do custeio do Plano de Saúde e das Coparticipações, poderá ser cobrado do(a) TITULAR de seus Dependentes e Agregados, pelo mesmo sistema de desconto em folha descrito nesta Cláusula, Contribuições Extraordinárias e/ou especiais, taxas administrativas, PIS e COFINS, incidentes sobre o valor total da respectiva mensalidade do Plano de Saúde e Odontológico do(a) TITULAR que esteja na condição de PARTICIPANTE ou ASSISTIDO de plano

de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA.

O percentual da Contribuição Especial dos ATIVOS poderá ser de até 10% (dez por cento), sobre o valor da tabela praticada pela operadora ou seguradora e seus recursos ingressarão como receitas previstas do Programa Assistencial da Fundiágua.

PARÁGRAFO 2º. Para o(a) TITULAR e seus respectivos Dependentes legais e Agregados que aderirem ao Plano Odontológico, será cobrada Taxa Administrativa de até 10% (dez por cento) incidente sobre a respectiva mensalidade para PARTICIPANTES e ASSISTIDOS.

PARÁGRAFO 3º. Quando, por qualquer motivo, não for possível realizar o desconto em folha de pagamento ou no benefício do participante, será adotada a cobrança bancária via boleto (COB).

PARÁGRAFO 4º. Os pagamentos serão feitos pelo(a) TITULAR de acordo com a tabelas vigentes no PROGRAMA ASSISTENCIAL da Fundiágua, levando-se em consideração os reajustes anuais previstos no contrato firmado entre a FUNDIÁGUA e a operadora ou seguradora de Plano de Saúde, a mudança de faixa etária e o tipo do Plano escolhido, atendendo as condições apresentadas no presente Termo de Adesão.

PARÁGRAFO 5º. O atraso no pagamento das mensalidades, coparticipações e taxas dos planos de saúde e odontológicos implicará incidência de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor em atraso, acrescido de juros moratórios no montante de 0,5 % (meio por cento) ao mês, além do pagamento de correção monetária pró-rata dia, calculada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

PARÁGRAFO 6º. A inadimplência do pagamento das mensalidades e coparticipações dos planos de saúde e odontológico, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, dará ensejo:

- a) ao cancelamento do contrato de plano de saúde e/ou odontológico para o(a) TITULAR e respectivos Dependentes e Agregados;
- b) à negativação do devedor em cadastros de inadimplentes; e
- c) à cobrança judicial do saldo devedor.

**CLÁUSULA 7ª – DO CANCELAMENTO:** O cancelamento da inscrição do(a) PARTICIPANTE do PROGRAMA ASSISTENCIAL ocorrerá nas seguintes hipóteses:

- a) falecimento do(a) TITULAR;
- b) quando o(a) TITULAR perder o vínculo previdenciário com a FUNDIÁGUA;
- c) por solicitação formal do(a) TITULAR requerendo o seu desligamento do PROGRAMA ASSISTENCIAL;
- d) inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Clausula anterior.

PARÁGRAFO 1º. No plano de saúde e odontológico, o cancelamento da inscrição a pedido do(a) TITULAR poderá ser realizada a qualquer momento conforme Resolução Normativa 412 da ANS.

PARÁGRAFO 2º. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR implicará no cancelamento automático da inscrição dos Dependentes e Agregados a ele vinculados.

PARÁGRAFO 3º. No ato do cancelamento, o(a) TITULAR deverá entregar à Fundiágua, de imediato, sua carteirinha do convênio e demais documentações que possibilitem a utilização dos serviços prestados pelo PROGRAMA ASSISTENCIAL.

PARÁGRAFO 4º. O cancelamento do plano de saúde e odontológico, acarreta também a perda do direito à elegibilidade no Programa de Medicamentos oferecido pela FUNDIÁGUA.

**CLÁUSULA 8ª – DOS REAJUSTES:** Os reajustes do valor das mensalidades dos planos de saúde e odontológico contratados pela FUNDIÁGUA em favor do(a) TITULAR e respectivos Dependentes e Agregados serão realizados anualmente no aniversário do contrato firmado com a operadora ou seguradora, e de acordo com os índices previstos no respectivo contrato.

PARÁGRAFO 1º. Além do reajuste anual descrito esta Cláusula, haverá atualização do valor da contraprestação pecuniária quando ocorrer mudança

de faixa etária ou mudança de plano (*Up Grade* ou *Down Grade* do plano).

PARÁGRAFO 2º. Os valores pagos pelo TITULAR poderão ser afetados pelas condições impostas pela patrocinadora através do Acordo de Gestão firmado com a entidade.

**CLÁUSULA 09ª – DISPOSIÇÕES GERAIS:** A presente proposta de adesão será analisada pela FUNDIÁGUA e pela operadora ou seguradora do plano de saúde e odontológico, podendo ser aprovada ou recusada após avaliação.

PARÁGRAFO 1º. O(A) TITULAR reconhece que a responsabilidade pelos atendimentos é exclusiva da operadora ou seguradora e dos respectivos prestadores de serviços integrantes da rede contratada, sendo a FUNDIÁGUA estipulante dos contratos de planos de saúde e odontológico disponibilizados em seu PROGRAMA ASSISTENCIAL.

PARÁGRAFO 2º. Fica o(a) TITULAR obrigado a honrar as dívidas eventualmente existentes, podendo a FUNDIÁGUA descontar o valor pendente na folha de benefícios da FUNDIÁGUA e na folha de pagamento da respectiva patrocinadora.

**CLÁUSULA 10ª – Da Lei 13.709/2018 de Proteção de Dados Pessoais (LGPD):** Em decorrência da presente inscrição, coleta dados pessoais do participante titular e dos seus beneficiários indicados para execução do objeto deste Termo de Adesão.

PARÁGRAFO 1º. Quando aplicável e necessário para o cumprimento desta finalidade ou para cumprimento de obrigações legais, os dados pessoais coletados neste documento poderão ser compartilhados com fornecedores, parceiros e autoridades.

O TITULAR poderá acessar as informações sobre o tratamento de seus dados pessoais no âmbito da FUNDIÁGUA por meio da Política de Privacidade e Proteção de Dados.

Mediante requerimento, o TITULAR de dados ou o responsável legal do beneficiário menor, poderá exercer os direitos regulados pelo art. 18 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), a exemplo da

confirmação da existência de tratamento, acesso aos dados e correção de dados inexatos.

PARÁGRAFO 2º. Dados pessoais de beneficiários menores.

Na hipótese de não ser o responsável legal do(s) beneficiário(s) menores acima indicados, comprometo-me a entregar em anexo a este documento, o Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelos responsáveis deste(s).

<b>NOME DO(A) TITULAR OU RESPONSÁVEL:</b>
<b>CPF:</b>
<b>LOCAL E DATA:</b> _____, ____/____/202
<b>ASSINATURA</b> _____
<b>Início de Vigência:</b> ____/____/202