

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO AGLUTINADOR

Contrato nº	Código GNDI:	Data base: (Reajuste Anual) =
Vigência: ____/____/2020	Vigência mínima: (____) meses	

A(s) Empresa(s) Proponente(s) devidamente identificada(s) e qualificada(s) nos termos do item 3 desta proposta, requer por meio deste instrumento a adesão ao Contrato Aglutinador firmado entre a Razão Social: **Notre Dame Intermédica Saúde S.A (Notre Dame Intermedica)**, operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ/MF **44.640.812/0001-38**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **35901-7** e classificada como Odontologia de Grupo, com sede na Avenida Paulista, 867. Bairro Bela Vista São Paulo / SP, CEP 01311-100, a **EMPRESA CONTRATANTE AGLUTINADORA**, identificada e qualificada nos termos do item 1 desta proposta, e demais empresas aderentes, nos termos e declarações abaixo.

1. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE (AGLUTINADORA)

1.1 CONTRATANTE

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

1.2 ANUENTE

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

2. CARACTERÍSTICA GERAIS DO PLANO

Plano:	Registro ANS:		
Tipo de Contratação:	Segmentação Assistencial: Odontológico		
Fator Moderador (coparticipação): () SIM () NÃO	Padrão de Acomodação em Internação: Não se aplica		
Coparticipação (por procedimento realizado):	Valor	Percentual	Limitador
Diagnóstico: () Não () Sim	_____	_____	_____
Urgência / Emergência: () Não () Sim	_____	_____	_____
Radiologia: () Não () Sim	_____	_____	_____
Prevenção: () Não () Sim	_____	_____	_____
Dentística: () Não () Sim	_____	_____	_____
Demais procedimentos*: () Não () Sim	_____	_____	_____
*Quais: _____			
Área Geográfica de Abrangência (onde será garantida a cobertura): Grupo de Municípios, de acordo com Contrato			
Formatação do Preço e Mensalidade:			
Movimentação Cadastral: As inclusões e exclusões dos beneficiários informadas até o dia 20 (vinte) de cada mês serão processadas a partir do dia 1º do mês subsequente. As movimentações após essa data, serão processadas no dia 1º do segundo mês subsequente.			Data de Vencimento:
Serviços e Coberturas adicionais: () SIM () NÃO Quais: _____	Beneficiário Contribuinte (custeio* do valor do plano): () SIM () NÃO • Não são consideradas como contribuição do beneficiário o valor do pagamento de dependentes, coparticipação e/ou franquia conforme o caso.		

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO AGLUTINADOR

3. QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA CONTRATANTE

Razão Social:			
Nome Fantasia:			
CNPJ:		Inscrição Municipal:	
Endereço:		Nº:	Complemento:
Bairro:	Município:		UF: SP CEP:
Telefones:		Contato:	
E-mail (obrigatório):			
Endereço para correspondência:			
Dados para Cobrança e Notificações (obrigatório): Os seguintes documentos serão enviados exclusivamente por meio eletrônico (e-mail) de acordo com os dados fornecidos neste campo: Boleto/Fatura para pagamento, aviso de vencimento do boleto, aviso de inadimplência, notificação de cancelamento e demais comunicações obrigatórias, por força deste contrato.			
Nome (Responsável Financeiro):		CPF (Responsável Financeiro):	
Telefone (Responsável Financeiro):		E-mail (Responsável Financeiro):	

4. CONDIÇÕES CONTRATUAIS:

As Condições Gerais do Contrato firmado entre a **CONTRATADA** e as demais empresas contratantes, identificadas como **Empresa Contratante Aglutinadora e Empresas Contratantes Aderentes**, nos termos da Súmula ANS nº 17/11 e do inciso I do art. 23 da RN/ANS nº 195/09 e suas atualizações, na figura de reunião de empresas, foi assinado em duas vias de igual teor no momento da contratação pela Empresa **Contratante Aglutinadora**, devidamente qualificada e identificada no item 1 deste documento. Trata-se de um Contrato bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC), com previsão inclusão das Pessoas Jurídicas Contratantes que optarem pela adesão ao presente, o que se formaliza pelo presente instrumento, desde que preenchidos os critérios de legitimidade e elegibilidade previstos pela Legislação de Saúde Suplementar conforme análise da **CONTRATADA**.

5. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

A **EMPRESA CONTRATANTE PROPONENTE**, devidamente identificada no item 3 desta **PROPOSTA de ADESÃO ao CONTRATO AGLUTINADOR**, neste ato representada pelo seu Representante Legal, declara que:

- 1) Recebeu e leu os seguintes documentos: MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (**MPS**), GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (**GLC**) e o MANUAL COM AS REGRAS E CONDIÇÕES DO CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (**PLANO**), compreendendo o seu conteúdo e alcance;
- 2) Teve conhecimento ao teor das Condições Gerais do Contrato assinado com a Contratada, estando uma via de igual teor em posse da Empresa Contratante Aglutinadora, acessível a empresa contratante ora aderente;
- 3) Concorde expressamente com os termos das Condições Gerais sem qualquer restrição ao seu conteúdo, **declarando ainda, nesta oportunidade, absoluta ciência acerca do prazo mínimo, previsto no respectivo contrato e indicado nessa proposta, assim como em relação à multa por descumprimento desse prazo, prevista nas Condições Gerais;**
- 4) Tem ciência que a rede assistencial, e sua respectiva alteração, está divulgada no Portal da Contratada;
- 5) Tem conhecimento que em caso de inadimplência o contrato poderá ser suspenso e, na permanência desta condição consequentemente também cancelado, de acordo com os prazos dispostos nas Condições Gerais deste contrato;
- 6) Está ciente de que as mensalidades serão reajustadas no mês da data base informado neste documento, independente da data da vigência da presente proposta de adesão;

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO AGLUTINADOR

- 7) Está ciente que as coberturas assistenciais contratadas somente passarão a ser prestadas a partir da data de vigência da adesão ao presente contrato, conforme informado neste documento;
- 8) Está ciente de que o pagamento da mensalidade deverá ser realizado na data informada no item 2 deste documento, ou no primeiro dia útil subsequente nos casos de sábado, domingos e feriados, conforme estabelecido nas Condições Gerais deste Contrato;
- 9) Está ciente de que esta Proposta de Adesão integra para todos os fins o contrato firmado entre as partes identificadas neste documento, assim como está sujeito aos direitos e deveres previstos nas Condições Gerais, desde que preenchidos os critérios de legitimidade da **EMPRESA ADERENTE PROPONENTE** e elegibilidade dos seus beneficiários, previstos pela Legislação de Saúde Suplementar conforme análise da **CONTRATADA**.

_____, _____ de _____ de 20____.
Município/UF

**EMPRESA CONTRATANTE
(REPRESENTANTE LEGAL)**

Testemunha: _____ Testemunha: _____

CPF: _____ CPF: _____

RG: _____ RG: _____

AGENTE COMERCIAL

COD. _____

RAZÃO SOCIAL: _____