

Código Associado:	Associado:
-------------------	------------

INFORMAÇÕES DO CONVÊNIO

Inclusão <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular Nulo <input type="checkbox"/> Dependente		Alteração de Plano <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	
DATA VIGÊNCIA: / /	Solicitação de segunda via do Cartão <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	Obs:	

DADOS DO TITULAR

Nome:			Data de Nascimento: / /	Sexo:	Est. Civil:
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Nome da Mãe:		
Telefone:	Celular:	E-mail:			
Endereço Rua:		Nº:	Apto:	Bloco:	Complemento:
Bairro	CEP:	Cidade:			UF:
Plano: <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Ouro					

DADOS DO DEPENDENTE

Nome:			Data de Nascimento: / /	Sexo:	Est. Civil:
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Nome da Mãe:		
Telefone:	Celular:	E-mail:			
Plano: <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Ouro					

DADOS DO DEPENDENTE

Nome:			Data de Nascimento: / /	Sexo:	Est. Civil:
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Nome da Mãe:		
Telefone:	Celular:	E-mail:			
Plano: <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Ouro					

DADOS DO DEPENDENTE

Nome:			Data de Nascimento: / /	Sexo:	Est. Civil:
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Nome da Mãe:		
Telefone:	Celular:	E-mail:			
Plano: <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Ouro					

Carimbo CNPJ

Assinatura do Responsável Legal da Empresa

Assinatura do Titular

PLANO PRATA: o usuário, mediante a opção de 1 (uma) das seguintes especialidades (angiologista, cardiologista, clínico geral, dermatologista, endocrinologista, gastroenterologista, geriatra, ginecologista, mastologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, optometria (exame de vista), ortopedista, otorrinolaringologista, pediatra, reumatologista, urologista e vascular) terá direito a 1 (uma) consulta por mês na especialidade escolhida, bem como direito a 1 (um) retorno e um pacote consistente nos exames de hemograma completo, VHS, parcial de urina, parasitológico de fezes, glicose, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos, TGO e TGP.

PLANO OURO: o usuário, mediante a opção de 1 (uma) das seguintes especialidades (angiologista, cardiologista, clínico geral, dermatologista, endocrinologista, gastroenterologista, geriatra, ginecologista, mastologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, optometria (exame de vista), ortopedista, otorrinolaringologista, pediatra, reumatologista, urologista e vascular) terá direito a 1 (uma) consulta por mês na especialidade escolhida, bem como direito a 1 (um) retorno e um pacote consistente nos exames de hemograma completo, VHS, parcial de urina, parasitológico de fezes, glicose, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos, TGO, TGP, PSA total, TSH e T4 livre.

1- Cada usuário incluído no Convênio terá direito a realizar uma consulta por mês e duas vezes cada exame da listagem acima de acordo com o plano escolhido no prazo de 12 meses.

2 - A mensalidade inicial será calculada com base nos dias restantes do mês da inclusão, de forma proporcional (*pro-rata*), acrescido do valor da mensalidade do mês subsequente, antecipadamente.

3 - A data limite para entrega de movimentação cadastral, tanto para exclusão, alteração de plano ou ainda acréscimo de nova especialidade é até o dia 10 de cada mês, sendo validada a solicitação a partir do primeiro dia do mês subsequente.

4 - A troca de PLANO OURO para o PLANO PRATA só poderá ser efetuada depois de decorrido o prazo de 12 meses contados da data da inclusão do usuário no plano originalmente contratado.

5 - A empresa associada só poderá incluir vidas caso esteja adimplente com a CDL DE FLORIANÓPOLIS.

6 - Toda a documentação referente à movimentação cadastral dos usuários do Convênio deverão ser entregues, em via original, no edifício-sede da CDL DE FLORIANÓPOLIS.

7 - A partir da entrega da ficha de inclusão, será processada a solicitação conforme informações descritas no mesmo, não sendo possível desconsiderar ou alterar a adesão entre a data da entrega na CDL DE FLORIANÓPOLIS e a data da inclusão.

8 - O valor da taxa de adesão será de R\$ 10,00 (dez reais) por usuário incluído.

9 - Para titulares e dependentes será cobrado: mensalidade, pro-rata e taxa de adesão individualmente.

10 - Na opção titular nulo, não será cobrada a mensalidade do titular e não poderá se valer deste Convênio, porém ficará responsável pelo que for devido em relação a seu(s) dependente(s).

11 - A segunda via de carteirinha terá o custo unitário de R\$ 5,00.

12 - A data de inclusão deverá ser no mínimo 5 dias úteis após a entrega da solicitação na CDL DE FLORIANÓPOLIS devidamente preenchida e assinada.

13 - O atraso no pagamento por prazo superior a 15 (quinze) dias acarretará na suspensão total dos serviços.

14 - Se a exclusão do plano (titular e/ou dependente) ocorrer antes de completado 12 meses de sua inclusão, inclusive por decorrência de inadimplência do ASSOCIADO (empresa), este pagará multa equivalente ao restante do que faltar para completar esse prazo. Salvo cancelamento por óbito ou colaborador desligado da empresa, mediante comprovação conforme estipulado no Termo de Adesão.

15 - A utilização do Plano/Consulta só poderá ser efetuada depois de 30 dias contados da data da inclusão do usuário. Qualquer nova utilização de especialidade, no mesmo plano, só poderá ser realizada 1 (uma) por mês.

16 - Para utilização do Convênio, será necessário apresentar um documento com foto juntamente com o cartão Prevenir, o qual estará disponível na CDL DE FLORIANÓPOLIS após 10 dias úteis da data de inclusão preenchida no formulário.

17 - Na hipótese de cancelamento do titular será(ão) cancelado(s) automaticamente o(s) seu(s) dependente(s).

18 - O reajuste dos valores referente ao Convênio Prevenir será a cada mês de agosto, de acordo com as informações do Termo de Adesão.

Nome legível do Titular

Nome legível do Responsável pela Empresa

Assinatura do Titular

Assinatura do Responsável pela Empresa