

Belo

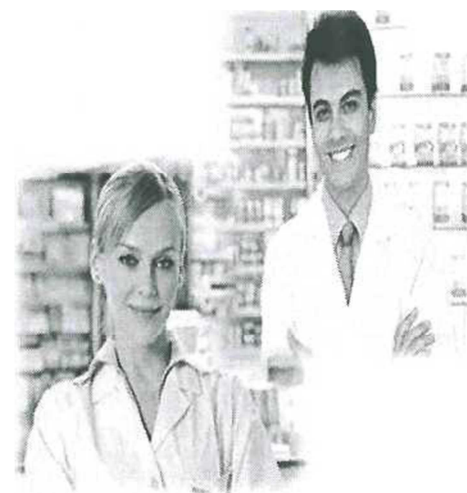


Dente



PROPOSTA SIMPLIFICADA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

O SINTRAFARMA visando oferecer benefícios de qualidade aos associados, seus respectivos familiares e agregados, realizou a parceria com a Operadora BELO DENTE, com planos com coberturas e serviços odontológicos por um baixo custo mensal. Seguem abaixo, descrições do plano:



m
#•

PLANO E CARÊNCIA

COBERTURAS

| TIPO CONTRAÇÃO | VALOR MENSAL | REDE DE ATENDIMENTO |
|--|----------------|--|
| Livre Adesão | RS18,00 | Território Estadual |
| Procedimentos/ Eventos Odontológicos | | Adesão até 30 dias da Assinatura do contrato |
| Urgências e/ou emergências Odontológicas | | 24(Vinte e quatro) horas |
| Todos os procedimentos, exceto Urgências e/ou emergências e Prótese. | | 30 (Trinta) dias da aceitação da proposta de adesão. |
| Radiografias e Panorâmica | | Após 30 (Trinta) dias da aceitação da proposta de adesão. |
| Cirurgia e Endodontia | | Após 30 (Trinta) dias da aceitação da proposta de adesão. |
| Periodontia | | Após 30 (Trinta) dias da aceitação da proposta de adesão |
| Prótese | | Após 180 (Cento e oitenta) dias da aceitação da proposta de adesão |

Coberturas:

Diagnostico - Clínica Geral (Consultas)
 Urgência e Emergência
 Dentística (Restaurações de Resina e Amálgama /Obturações)
 Cirurgia Oral Menor (Extrações)
 Radiologia (Radiografias de Diagnósticos)
 Periodontia (Tratamento de Gengiva)
 Endodontia (Canal)
 Prevenção Em Saúde Bucal
 Odontopediatria
 Próteses Unitárias (regulamentada pela ANS)

* Não será utilizado materiais nobres para as próteses.

QUAIS AS VANTAGENS EM ADQUIRIR OS PLANOS ODONTOLÓGICOS DA BELO DENTE?

○

®

Rede Credenciada com dentistas especializados

Atendimento em consultório particular com hora marcada

Sem limite de procedimentos odontológicos

Pré-aprovação, exceto as consultas iniciais, de urgência e orçamento

Sem participação financeira nos custos dos eventos cobertos pelo plano

Pagamento de serviços não cobertos direto no consultório

Sem restrição de idade

Informações e serviços diretamente com a operadora

Quem tem direito ao plano? Titulares, Dependentes e agregados

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A vigência do contrato será de 24 (vinte quatro) meses, contados a partir da data inicial da adesão do plano; Taxa de Adesão de R\$18,00 (Dezoito reais), a ser pago na primeira mensalidade; Cancelamento de Associado Titular em caso de Demissão, será preciso apresentar a Rescisão Homologada. Contratos implantados até o dia 15 terão início de vigência no dia 01 do mês subsequente, e vencimento pré-estabelecido todo dia 15;

A renovação contratual é automática por igual período, salvo se houver solicitação por escrito, com antecedência de 30 (Trinta) dias por parte da empresa/associado; Documentação necessária a adesão: Para a Empresa (Cópia do contrato social, RG e CPF dos sócios) Para o Associado (Ficha de Adesão devidamente preenchida + Comp. Vínculo empregatício, Dependentes : Certidão de Casamento, e/ou Nascimento - Maiores de 18 anos, cópia do CPF e RG);

Na hipótese da contratação de plano diferenciado, todos os dependentes e agregados deverão acompanhar o tipo escolhido pelo titular; Consulte a Rede Credencia no site www.belodente.com.br.

FALE COM O SEU CONSULTOR E ADQUIRA ESTE GRANDE BENEFICIO PARA A SUA EMPRESA:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Nome do Empregado (a):

CPF: _____ RG: _____ TEL: _____

Empregador:

Razão Social: _____ , _____ *

CNPJ: _____ TEL: _____

ENDEREÇO: _____ N: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____

Enviar Faturamento para a contabilidade (cópia da adesão mais autorização de desconto)

CONTADOR: _____

ENDEREÇO: _____ N: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: _____

is - Autorizo por meio desta, a Empresa descrita acima, a descontar o valor de R\$ _____

(_____), em 12 (doze) parcelas e R\$ _____

(_____) mais R\$ _____
(_____), referente à **Taxa de Adesão** que deverá ser

descontada somente do titular, juntamente com a 1ª parcela referente ao plano odontológico contratado através do SINTRAFARMA-ES, de acordo com a **Cláusula Décima Quarta da Convenção Coletiva de Trabalho, a teor do enunciado n° 342 do Tribunal Superior do Trabalho.**

2º - Em caso de interrupção do contrato de trabalho durante a vigência do plano, por qualquer motivo, o valor restante a ser descontado, será deduzido da rescisão de contrato;

3º - Se por qualquer motivo não houver saldo positivo quanto as verbas rescisórias, desde logo confesso ser devedor da dívida líquida apurada entre a contratação do plano e a rescisão contratual comprometendo-me ao pagamento do saldo restante em até 72 (setenta e duas horas) da demissão sob pena de cancelamento do plano e cobrança do valor devido.

4º - Os valores devem ser repassados até o **102 (décimo)** dia de cada mês ao **SIIMTRAFARMA/ES**, sob pena de incidência de juros e correções monetária, além de implicar em descumprimento de norma coletiva.

5º Declaro ter pleno conhecimento das cláusulas constantes no contrato firmado através do Sintrafarma, **RATIFICANDO** na totalidade o conteúdo ali expresso.

Vitoria/ES, _____ de _____ de 20____ .

Assinatura do funcionário



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO
USUÁRIO TITULAR / RESPONSÁVEL DO ODONTOPLANO BELO DENTE

EMPRESA:

Tipo de Inclusão:

---- Titular

|____ / Dependentes

I ---- ' Alteração de dados Cadastrais

Tipo de Exclusão:

---- Titular

I ---- 1 Dependentes

Plano Empresarial

(---) IROL - Registro ANS - 455.673/06-9

a

Dados do Titular / OBS: É obrigatório o preenchimento de todos os dados aqui solicitados sem rasura.

| | | |
|------------------|--------------------------|--------------------|
| Nome: | | |
| Nome da Mãe: | | |
| Data Nasc: | Sexo: Masc. () Fem. () | Est. Civil: |
| CPF: | RG: | Data de Expedição: |
| Órgão Expedidor: | N°PIS: | Matrícula: |
| Função/Prof.: | Data de Admissão: | Tel: |
| Cep: | Endereço: | |
| N° | Complemento: | Bairro: |
| Estado: | Cidade: | E-mail: |

Dados do(s) Dependente(s):

| | | | |
|----|---------------------|--------------------------|--------------|
| 1 | Nome do Dependente: | | |
| | Data Nasc: | Sexo: Masc. () Fem. () | Parentesco: |
| | Est. Civil: | CPF: | RG: |
| | Nome da Mãe: | | |
| z | Nome do Dependente: | | |
| | Data Nasc: | Sexo: Masc. () Fem. () | Parentesco: |
| | Est. Civil: | CPF: | RG: |
| | Nome da Mãe: | | |
| 3° | Nome do Dependente: | | |
| | Data Nasc: | Sexo: Masc. () Fem. () | -Parentesco: |
| | Est. Civil: | CPF: | RG: |
| | Nome da Mãe: | | |
| 4 | Nome do Dependente: | | |
| | Data Nasc: | Sexo: Masc. () Fem. () | Parentesco: |
| | Est. Civil: | CPF: | RG: |
| | Nome da Mãe: | | |

Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

Sirvo-me do presente para Autorizar a empresa a proceder minha inclusão, bem como de meu(s) dependente(s) no Odontoplane Belo Dente, de livre adesão e com utilização exclusiva em rede credenciada.

Declaro está ciente destas Informações e autorizo o desconto deste benefício em minha folha de pagamento.

O período mínimo para minha permanência do plano, bem como de meus dependentes é de 24 (vinte quatro) meses a contar da minha vigência, ou, 12 meses após minha última utilização, assim como a de meus dependentes.

Estou ciente que, juntamente com o Cartão de Associado, receberei o Guia de Leitura Contratual, bem como o Manual do Associado.

Fica entendido também, que o MPS (Manual de Procedimentos de Saúde) está disponível no RH da empresa, bem como no site: www.belodente.com.br.

IMPORTANTE: Juntamente com a ficha de adesão, é necessário o envio da cópia dos seguintes documentos: Cópia do RG e CPF do Titular - Dependentes: Cópia da Certidão de Casamento e/ou Nascimento. Para dependentes maiores de 18 anos, enviar cópia do CPF.

Local

Data

Assinatura do proponente

Código do Consultor