

# Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



ANS - nº 38985-4

V. 2024.07.1

	<b>Entidade</b> FUNDIÁGUA - Fundação de Previdência Complementar	<b>CNPJ</b> 73.983.876/0001-79	<b>Matr. Funcional</b>
	<b>Alteração Cadastral</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Inclusão</b> <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	<b>Exclusão</b> <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
	<b>Movimentação de Plano</b> Informar opção no item 3 <input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> Downgrade	<b>Aniv. do Contrato</b> AGOSTO	<b>Início da Cobertura</b> 01 de _____ de 20____

01/03

## 1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo					
Data de nascimento	RG	Órgão expedidor	Data de Emissão	CPF	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	DNV <sup>1</sup>	CNS <sup>2</sup>		
Pis/Pasep	Matrícula Funcional		E-mail		
Endereço Residencial					
Cidade	UF	CEP	Tel residencial	Tel celular	
Nome da mãe do proponente titular					

## 2. DEPENDENTES

<b>1</b>	Nome Completo					Data de Nas.		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
CPF	DNV <sup>1</sup>	CNS <sup>2</sup>	Nome da mãe					
<b>2</b>	Nome Completo					Data de Nas.		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
CPF	DNV <sup>1</sup>	CNS <sup>2</sup>	Nome da mãe					
<b>3</b>	Nome Completo					Data de Nas.		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
CPF	DNV <sup>1</sup>	CNS <sup>2</sup>	Nome da mãe					
<b>4</b>	Nome Completo					Data de Nas.		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
CPF	DNV <sup>1</sup>	CNS <sup>2</sup>	Nome da mãe					
<b>5</b>	Nome Completo					Data de Nas.		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	RG	Órgão Exp.	Data Exp.
CPF	DNV <sup>1</sup>	CNS <sup>2</sup>	Nome da mãe					

<sup>1</sup>DNV é a Declaração de Nascido Vivo (Certidão de Nascimento) Informação obrigatória para nascidos a partir de jan/2010. <sup>2</sup>CNS é a Carteira Nacional de Saúde. Estas são exigências da ANS através da RN nº 250/11  
Parentesco: 1- Cônjuge/Companheiro(a) 2- Filho(a) Sexo: M- Masculino | F- Feminino Estado civil: 1- Solteiro | 2- Casado | 3- Viúvo | 4- Divorciado | 5- Separado Judicialmente | 6- Outros

Os dados informados serão preservados pela AllCare, sendo utilizados para os fins de execução desta Proposta, bem como para apoio administrativo ao Proponente nas questões relativas ao plano odontológico, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Ao solicitar a inclusão de um menor de 18 (dezoito) anos como dependente, o Proponente titular (responsável legal pelo menor) autoriza o tratamento dos dados pessoais do menor pela AllCare e pela Operadora/Seguradora, especificamente para a inclusão do menor como dependente no seguro/plano de saúde e/ou odontológico objeto desta Proposta, e autoriza o compartilhamento dos dados pessoais do menor com fornecedores e prestadores de serviços da Operadora/Seguradora e da Administradora de Benefícios, necessários para o fornecimento dos serviços de assistência odontológica, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Local e Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

# Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



ANS - nº 38985-4

## 3. PRODUTOS

	Produto	Abrangência	Código ANS
<input type="checkbox"/>	Odonto Doc CA	Nacional	489.270.21-4
<input type="checkbox"/>	Odonto Doc Premium CA	Nacional	489.269.21-1
<input type="checkbox"/>	Odonto Orto CA	Nacional	489.285.21-2
<input type="checkbox"/>	Odonto Orto Premium CA	Nacional	489.327.21-1
<input type="checkbox"/>	Master Especial CA	Nacional	474.865.15-4

## 4. PATROCÍNIO DA PROPONENTE SOBRE O VALOR DO PLANO DO TITULAR

sem patrocínio       % patrocinado pela proponente

## 5. VALORES DO PLANO NA IMPLANTAÇÃO (para titulares e dependentes)

Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5	Valor total
<input type="text"/>						

### Pelo presente, declaro expressamente que:

- Ao Preencher e assinar este Formulário de Adesão / Movimentação, fui devidamente orientado sobre meus direitos e obrigações inerentes ao Plano de Assistência Odontológica, em meu benefício e dos meus dependentes elegíveis.
- Estou ciente e de acordo que meus dependentes sempre participarão do mesmo Plano onde eu estiver inscrito.
- Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carência estabelecidos no momento da contratação. Não tenho nenhuma dúvida quanto a sua aplicação.
- O presente Formulário de Adesão / Movimentação é parte integrante do Contrato Coletivo por Adesão, a qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito por mim sem quaisquer restrições ao seu conteúdo.
- Tenho ciência que em caso de exclusão do beneficiário titular e/ou dependente ou rescisão contratual devolvarei imediatamente o(s) cartão(ões) de identificação do(s) beneficiário(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do plano de saúde, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.
- Estou ciente e de acordo que a AllCare realizará o tratamento dos meus dados pessoais e de eventuais dependentes de acordo com a legislação brasileira aplicável, especialmente no que se refere ao tratamento de dados de menores, sempre com respaldo em uma base legal válida, legítima e adequada ao tratamento e para uma finalidade específica, e nas hipóteses em que o consentimento for necessário, este será devidamente coletado.
- Tenho ciência que a AllCare disponibiliza em seu website [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br) as Políticas de Privacidade com referências claras e destacadas a respeito do tratamento, finalidades de uso e compartilhamento dos dados pessoais, inclusive informações de como os direitos podem ser exercidos, e declaro estar de acordo com seus termos, mantendo o compromisso de acessar periodicamente as Políticas de Privacidade para me manter atualizado acerca dos tratamentos de dados pessoais realizados pela AllCare.
- Tenho ciência que a AllCare disponibiliza um canal direto de comunicação de comunicação para que os titulares dos dados exerçam seus direitos de forma facilitada e gratuita, conforme previsto no item 7. COMO FALAR SOBRE DADOS PESSOAIS COM A ALLCARE? da Política de Privacidade da AllCare, disponibilizada no website [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br).

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

## COBRANÇA

Desconto em folha de pagamento

Autorizo o desconto em folha de pagamento a ser feito pela **FUNDIÁGUA** referente à minha mensalidade do plano de saúde, ora contratado, e de meus dependentes, ciente que a falta de pagamento poderá ocasionar a suspensão e/ou cancelamento da prestação dos serviços de assistência médica.

Estou ciente e concordo que, por meio deste documento, ao aderir ao plano de saúde, concordo com a forma de comunicação digital, tornando eficaz e válida toda comunicação realizada pela AllCare aos seus beneficiários, por meios eletrônicos habituais de envio, como, por exemplo, o e-mail, o WhatsApp, SMS, e/ou outro que passe a ser utilizado de maneira comum. Mantenho o compromisso de sempre atualizar meus dados informados, e de acessar meus meios de comunicação digital com frequência.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

## **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) como (“**TITULAR**”), celebram o presente TERMO DE ADESÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

### **1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

- 1.1. Por meio deste instrumento, o(a) TITULAR adere ao Programa de Assistência à Saúde administrado pela FUNDIÁGUA (“Programa Assistencial”) e declara ter ciência do Regulamento do Programa Assistencial que está disponível no *site* da FUNDIÁGUA ([www.fundiagua.com.br](http://www.fundiagua.com.br)).

### **2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO(A) TITULAR**

- 2.1. Considera-se TITULAR elegível ao Programa Assistencial, o(a) Participante ou Assistido(a) que estiver inscrito em algum dos planos de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA.

### **3. CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DEPENDENTES**

- 3.1. O TITULAR poderá inscrever no Programa Assistencial 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) até 38 (trinta e oito) anos e 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.
- 3.2. O Tutor nomeado deverá comprovar sua condição mediante documentação específica.
- 3.3. Os Dependentes, obrigatoriamente, serão inscritos nos mesmos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica escolhidos pelo(a) TITULAR.
- 3.4. A inclusão de cônjuge ou filhos do(a) TITULAR, em decorrência do casamento, união estável ou nascimento, ocorrida na vigência deste Termo, 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.
- 3.5. As inclusões ou exclusões de Dependentes obedecerão às condições expostas no Contrato entre a FUNDIÁGUA e a Operadora ou Seguradora de plano de saúde e odontológico, bem como às disposições legais.

#### **4. CLÁUSULA QUARTA – DA PARTICIPAÇÃO PATRONAL**

- 4.1. A contribuição mensal patronal ao Plano de Saúde do(a) TITULAR e de seus Dependentes, será nas condições estabelecidas pelo(a) Patrocinador(a) a que estiver vinculado(a).
- 4.2. Para o recebimento da contribuição patronal, relativa aos dependentes (filhos, enteados e tutelados), que estiverem entre 21 anos e 23 anos e 11 meses, o(a) TITULAR deverá:
- Comprovar a idade do dependente até 2 (dois) meses antes da data em que completar 21 anos; e
  - Apresentar à FUNDIÁGUA, semestralmente, a comprovação de matrícula ou declaração emitidas por estabelecimento de ensino superior reconhecida pelo MEC.
- 4.3. O(A) TITULAR declara ciência e concordância de que, caso não entregue as comprovações, em tempo hábil de movimentação cadastral, o(a) Patrocinador(a) deixará de contribuir compulsoriamente com o auxílio correspondente ao(s) respectivo(s) dependente(s) legal(is), sendo responsabilidade do(a) TITULAR assumir os valores integrais gerados nos períodos correspondentes.
- 4.4. O dependente que não atender às condições desta Cláusula terá sua situação cadastral alterada para Dependente Sem Patronal, sendo cobrado a mensalidade no valor integral da tabela de Dependente, não sendo possível realizar qualquer tipo de estorno de valores, referente à mensalidade cobrada na nova condição, ou o pagamento retroativo, relativo ao período não comprovado das condições previstas no item 4.2.
- 4.5. A partir dos 22 anos, o(s) Dependente(s) do(a) TITULAR que não apresentar(em) a documentação prevista no item 4.2, perderá(ão) direito à contribuição do(a)(s) patrocinador(a)(s) para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar.
- 4.6. O(A) TITULAR é responsável pelo custeio integral do Plano Odontológico dos seus Dependentes, não havendo previsão de contribuição pelo(a) patrocinador(a) a que estiver vinculado(a).
- 4.7. Os Assistidos e seus Dependentes não terão direito à contribuição do(a)(s) patrocinador(a)(s) para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológico.

#### **5. CLÁUSULA QUINTA – DAS CARÊNCIAS**

- 5.1. O(A) TITULAR, o(s) Dependente(s) deverá(ão) cumprir as carências em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no contrato da Operadora ou Seguradora do Plano de Saúde contratado pela FUNDIÁGUA.

5.2. As condições e critérios da Cobertura Parcial Temporária (CPT) estão previstos no contrato da Operadora ou Seguradora do Plano de Saúde contratado pela FUNDIÁGUA.

## **6. CLÁUSULA SEXTA – DA COPARTICIPAÇÃO**

6.1. O(A) TITULAR será responsável pelos pagamentos dos valores da Coparticipação, cujos critérios serão definidos no ato da contratação da Operadora ou Seguradora de Saúde pela FUNDIÁGUA, cujas regras estão de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

## **7. CLÁUSULA SÉTIMA – DOS PAGAMENTOS**

7.1. Os pagamentos da mensalidade para custeio do Plano de Saúde e Odontológico e da Coparticipação serão efetivados por desconto em folha de pagamento ou na folha de benefícios do(a) TITULAR no mês corrente.

7.2. O(A) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA a adotar as providências, objetivando o desconto em folha, junto ao(à) respectivo(a) Patrocinador(a).

7.3. Quando, por qualquer motivo, não for possível efetivar o desconto na folha de pagamento do Participante ou no benefício do Participante Assistido, será adotada a cobrança bancária por meio de boleto (COB) ou outro meio adotado pela FUNDIÁGUA.

7.4. Além do custeio do Plano de Saúde e da Coparticipação, poderá ser cobrado do(a) TITULAR e seus Dependentes, contribuições extraordinárias e/ou especiais, taxas administrativas, PIS e COFINS, incidentes sobre o valor total da respectiva mensalidade do Plano de Saúde e/ou Odontológico.

7.5. Os pagamentos serão feitos pelo(a) TITULAR de acordo com as regras do Programa Assistencial da FUNDIÁGUA, considerando os reajustes anuais previstos no contrato firmado entre a FUNDIÁGUA e a Operadora ou Seguradora de Plano de Saúde e Odontológico, a mudança de faixa etária e o tipo do Plano escolhido, atendendo às condições apresentadas no presente Termo de Adesão.

7.6. O atraso no pagamento das mensalidades, da coparticipação e das taxas dos Planos de Saúde e Odontológico implicará na incidência de multa, juros e correção monetária, nos termos das normas da FUNDIÁGUA.

7.7. A inadimplência do pagamento da mensalidade e coparticipação dos Planos de Saúde e Odontológico por prazo superior a 60 (sessenta) dias, acarretará ao(à) TITULAR:

- a) O cancelamento da inscrição no Plano de Saúde e/ou Odontológico e consequente perda do direito pelo respectivo Dependente;
- b) negativação em cadastros de inadimplentes; e
- c) cobrança judicial do saldo devedor.

## **8. CLÁUSULA OITAVA – DO CANCELAMENTO**

- 8.1. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR ocorrerá nas seguintes hipóteses:
- falecimento;
  - perda do vínculo previdenciário com a FUNDIÁGUA;
  - por solicitação formal, requerendo seu desligamento do Programa Assistencial ou de seu(s) Dependente(s); e
  - inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias.
- 8.2. No Plano de Saúde e Odontológico, o cancelamento da inscrição a pedido do(a) TITULAR poderá ser realizado a qualquer momento conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 8.3. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR implicará no cancelamento automático da inscrição do(s) Dependente(s) a ele vinculado(s).
- 8.4. No ato do cancelamento, o(a) TITULAR deverá entregar à FUNDIÁGUA, em até 5 (cinco) dias, sua carteirinha do convênio e do(s) Dependentes e demais documentações que possibilitem a utilização dos serviços médicos ou odontológicos.
- 8.5. O cancelamento do Plano de Saúde acarretará a perda do direito aos programas de saúde oferecidos pela FUNDIÁGUA.

## **9. CLÁUSULA NONA – DOS REAJUSTES**

- 9.1. O reajuste do valor das mensalidades dos planos de saúde e/ou odontológico contratados pela FUNDIÁGUA em favor do(a) TITULAR e Dependente(s) será realizado, anualmente, no mês de aniversário do Contrato firmado com a Operadora ou Seguradora, respeitados os índices estabelecidos no contrato ou na negociação.
- 9.2. O valor da mensalidade ainda poderá ser atualizado quando ocorrer mudança de faixa etária ou mudança de plano (*Up Grade ou Down Grade* do Plano).
- 9.3. Os valores pagos pelo(a) TITULAR poderão ser afetados pelas condições impostas pelo(a) Patrocinador(a) em decorrência do Acordo de Gestão firmado com a FUNDIÁGUA.

## **10. CLÁUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 10.1 O(A) TITULAR reconhece que a responsabilidade pelos atendimentos é exclusiva da Operadora ou Seguradora e dos respectivos prestadores de serviços integrantes da rede, sendo a FUNDIÁGUA subestipulante dos contratos de planos de saúde e odontológico disponibilizados em seu Programa Assistencial.
- 10.2 O(A) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, a:

- a) utilizar imagem e som, compreendendo, mas não se limitando, a imagem física, nome e voz, a título gratuito, abrangendo, inclusive, a licença a terceiros, de forma direta ou indireta, e a inserção em materiais para toda e qualquer finalidade, seja para uso comercial, jornalístico, editorial, didático e outros que existam ou venham a existir no futuro, campanhas internas e externas de publicidade e/ou divulgação, promoções, atividades institucionais, realizadas por meio de rádio, TV, mídias sociais (inclusive grupos de WhatsApp), internet, folders para veiculação/distribuição em território nacional e internacional, se for o caso; e
- b) tratar os dados com as informações estritamente necessárias ao desenvolvimento das atividades de interesse da Entidade, sem limitação quanto à quantidade, tempo e restrição quanto ao meio de veiculação do conteúdo.

10.3 O(A) TITULAR poderá acessar Política de Privacidade e Proteção de Dados no *site* da FUNDIÁGUA.

E, por estarem de comum acordo, as Partes, juntamente com as testemunhas, assinam, física ou eletronicamente. Na forma eletrônica, declaram expressamente, de forma inequívoca, que esse tipo de assinatura é juridicamente válido, exequível e suficiente para vincular as Partes a todos os termos e condições deste Termo de Adesão, nos termos da legislação vigente.

Brasília/DF, de de 202 .

---

**TITULAR**

Nome:  
CPF: