

CNPJ: 04.540.010/0001-70

Adesão Compulsória

Adesão Facultativa

**DADOS CADASTRAIS**

NOME DA EMPRESA:	CNPJ:	TELEFONE: ( )	VALOR DA UPO: R\$ 0,49	DATA DE EMISSÃO: _/_/___
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL:			CÓD. DA OPERAÇÃO:	

**INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO CORRETOR**

SUSEP:	NOME DA CORRETORA:	TELEFONE: ( )
E-MAIL PARA CONTATO:		

**TABELA GERAL DE PREÇOS (VALORES EM REAIS SEM IOF)**

PRODUTO	TEMPO PLANO ANTERIOR	PLANO	COMPULSÓRIO (Adesão 100% FGTS)	FACULTATIVO (Adesão Mínima 30% da Massa Cotada)	PERFIL DO GRUPO (Nº vidas)
<b>PME (04 -09 vidas)</b> Mínimo 2 titulares	-	(1) ODONTO BRONZE I	28,85		
<b>PME (10 – 29 vidas)</b>	Mais de 2 anos	(1) ODONTO BRONZE I	20,26	21,33	
		(2) ODONTO PRATA I (SEM COPAR)	111,83	117,71	
		(3) ODONTO OURO I	125,79	132,41	
	Não possuem apólice odontológica	(1) ODONTO BRONZE I	21,79	22,93	
		(2) ODONTO PRATA I (SEM COPAR)	120,25	126,58	
		(3) ODONTO OURO I	135,26	142,38	
<b>PME (30 – 99 vidas)</b>	Mais de 2 anos	(1) ODONTO BRONZE I	17,62	18,54	
		(2) ODONTO PRATA I (SEM COPAR)	95,25	100,26	
		(3) ODONTO OURO I	106,16	111,75	
	Não possuem apólice odontológica	(1) ODONTO BRONZE I	18,94	19,94	
		(2) ODONTO PRATA I (SEM COPAR)	102,42	107,81	
		(3) ODONTO OURO I	114,15	120,16	

**DEMONSTRATIVO POR PLANO ( EM R\$ / SEM IOF)**

PARCELA MENSAL POR PLANO (nº de vidas x valor do plano)	(1) ODONTO BRONZE I – SEM COPAR (Nº ANS 467.705/12-6) ROL MÍNIMO	(2) ODONTO PRATA I – SEM COPAR (Nº ANS 467.706/12-4) ROL AMPLIADO + ORTODONTIA	(3) ODONTO OURO I – SEM COPAR (Nº ANS 467.707/12-2) ROL AMPLIADO + PRÓTESE + ORTODONTIA

**DEMONSTRATIVO TOTAL (EM R\$)**

SUB-TOTAL (sem IOF)	IOF (2,38%)	TOTAL
---------------------	-------------	-------

**OBSERVAÇÕES**

- Este formulário substitui a cotação gerada no corretor on-line.
- Validade da Tabela de Preços e Formulário: 01/05/2018 a 30/06/2018.**
- Coberturas e carências dos planos conforme Condições Gerais do produto contratado.
- À Seguradora é concedido o prazo de 20 (vinte) dias para análise e aceitação, contados a partir da data do protocolo deste orçamento e da documentação necessária para proceder à emissão do seguro. Durante este período os proponentes não estarão cobertos para qualquer evento, inclusive acidente pessoal ou urgências.
- Em conformidade com o estabelecido em Resolução Normativa da ANS, fica salientada a obrigatoriedade do envio dos seguintes dados dos segurados: nome do beneficiário, data de nascimento, sexo, CPF (para titulares de qualquer idade e dependentes maiores de 18 anos), nome da mãe, endereço completo para todos os proponentes e Cartão Nacional de Saúde, sendo que a ausência destes dados cadastrais poderá acarretar atraso na análise da emissão da Apólice ou até mesmo a devolução da documentação para regularização.
- Para atendimento ao estabelecido na Resolução Normativa n. 117/2005 da ANS, além dos dados citados acima, se faz necessário o envio, para todos os proponentes, dos seguintes dados cadastrais: RG (data de expedição, órgão emissor e UF) ou dados do Passaporte ou Carteira Civil (se estrangeiro), atividade principal desenvolvida e número de telefone com código DDD, sendo que, na ausência destes dados, a Seguradora, em cumprimento à normativa, poderá encaminhar a informação acerca da sua não obtenção à ANS.
- Em atendimento à Lei 12.741/12, fica informado que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros/as contribuições a planos de caráter previdenciário/os pagamentos destinados a planos de capitalização, deduzidos do estabelecido em legislação específica.**
- Proposta Válida exclusivamente para funcionários (CLT) e sócios das corretoras, bem como seus dependentes legais, sendo que não serão aceitos funcionários temporários, funcionários particulares e prestadores de serviço.
- Exclusão de Segurados: Na hipótese de cancelamento solicitado pela Estipulante do seguro do segurado titular e/ou dependente, antes de decorrido o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência individual do seguro, com exceção da ocorrência de perda de vínculo, fraude e cancelamento do contrato de seguro, a Estipulante será responsável pelo pagamento do valor total das parcelas vincendas até o 24º (vigésimo quarto) mês de vigência do seguro correspondente a cada Segurado cancelado.
- Na hipótese de cancelamento imotivado da apólice por iniciativa da Estipulante ou da Seguradora, em período inferior a 24 (vinte e quatro) meses de vigência, a parte que originou o cancelamento ficará responsável pelo pagamento, no mês subsequente à rescisão contratual, do montante correspondente a 03 (três) vezes o valor médio mensal dos últimos 06 (seis) prêmios emitidos. Neste caso, reconhecerá o referido montante como dívida líquida, certa, definitiva e irretratável, permanecendo como responsável por seu pagamento à parte contrária, mesmo após o encerramento do contrato, podendo este instrumento ser utilizado para propositura de ação de execução.
  - A penalidade prevista nesta cláusula também será devida em caso de rescisão contratual por inadimplência, em período inferior a 24 (vinte e quatro) meses de vigência da apólice.
- Tendo em vista que a Porto Seguro - Seguro Saúde S/A não comercializa planos individual/familiar, na hipótese de rescisão do contrato, por qualquer motivo, a Seguradora está desobrigada a oferecer a continuidade de assistência em plano dessa modalidade, dessa forma todos os segurados ativos e inativos serão cancelados.  
 Havendo contratação de operadora ou seguradora sucessora, a Estipulante se compromete a transferir todos os segurados ativos e inativos.

**12- RESPONSABILIDADES/DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA ESTIPULANTE:**

**13.1.** A Estipulante declara que está ciente e de acordo com a alteração no “ponto de equilíbrio (break even)” do contrato para fins de reajuste, estabelecido na Cláusula 17 – REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO MENSAL das Condições Gerais, **que passa a ser 60% (sessenta por cento).**

**13.2.** Em razão da alteração prevista no item acima, fica alterado o seguinte item/subitem da Cláusula 17.1:

17.1. OS CONTRATOS COM ATÉ 99 (NOVENTA E NOVE) PARTICIPANTES SERÃO REAJUSTADOS CONFORME ABAIXO:

17.1.1. (...)

1. (...)

2. A variação da sinistralidade acumulada do grupo de apólices da carteira Pequenas e Médias Empresas, se superior a 60% (sessenta por cento). Atendida esta condição, haverá enquadramento da apólice conforme sua faixa de sinistralidade, observando o seu desempenho isolado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de aniversário da apólice, de acordo com a tabela a seguir:

FAIXA DE PERCENTUAL DE SINISTRALIDADE	
MAIOR QUE	MENOR OU IGUAL A
60%	70%
70%	80%
80%	90%
90%	100%
100%	150%
150%	200%
200%	EM DIANTE

Conforme tabela acima, será calculado índice de reajuste de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{ÍNDICE DE REAJUSTE DA FAIXA} = \frac{\text{SINISTROS OCORRIDOS – COPARTICIPAÇÃO}}{\text{PRÊMIOS RECEBIDOS – IOF}} \times 0,60$$

Os demais itens desta cláusula permanecem inalterados, inclusive o que diz respeito ao reajuste financeiro - VCO.

**13.3.** A Estipulante declara ter conhecimento das regras de elegibilidade para inclusão de segurados e que todas as inclusões, independentemente da ocasião em que forem realizadas, estão de acordo com o prazo e condições estipuladas em contrato e que é de sua responsabilidade eventuais danos ocasionados a Seguradora, caso alguma inconsistência seja apurada nesse processo, estando ciente que as inclusões efetuadas fora do prazo estão sujeitas a imputação de carência.

**13.4.** A Estipulante manterá em seu poder e fornecerá à Seguradora quando solicitado, independentemente do motivo, no prazo de 03 (três) dias úteis, a documentação oficial que comprove a elegibilidade dos beneficiários cadastrados, seja via web seja por entrega de dados diretamente na Seguradora, a saber: sócios, empregados e seus respectivos dependentes, bem como os comprovantes da perda de direito ao seguro e da opção pelo mesmo, em conformidade com o disposto nas Condições Gerais, sob pena de bloqueio do acesso da cobertura ao grupo segurado e do ressarcimento à Seguradora dos valores referentes a eventuais multas pecuniárias decorrentes de autuação por parte da ANS em virtude da ausência destes dados, ainda que a apólice esteja cancelada.

**13.5.** A Estipulante autoriza a Seguradora a utilizar a título gratuito, durante a vigência do contrato, o seu nome e logotipo em materiais de divulgação que façam menção à Estipulante como integrante da carteira de clientes da Seguradora.

**13.6. As novas inclusões de segurados serão processadas sempre para a próxima competência, após a conclusão do processo de aceitação.**

**13.7.** A Estipulante declara que tomou conhecimento da rede referenciada dos planos contratados e que está ciente e de acordo com a disponibilização da rede no site da Seguradora ([www.portoseguro.com.br/odonto](http://www.portoseguro.com.br/odonto)), bem como suas atualizações, nos termos da legislação vigente. A rede referenciada e suas atualizações também podem ser consultadas na Central de Atendimento 24 horas.

**13.8.** Declara, ainda, que está ciente e de acordo que, caso o segurado tenha interesse em receber o manual da rede referenciada impresso, a estipulante fará solicitação para o e-mail "[contato.odonto@portoseguro.com.br](mailto:contato.odonto@portoseguro.com.br)".

**13.9.** A Estipulante reconhece ser responsável perante à Porto Seguro – Seguro Saúde em todas e quaisquer despesas de assistência odontológica decorrentes de demandas judiciais e administrativas geradas por seus segurados, que a Porto Saúde seja compelida a arcar, após o cancelamento do Apólice.

IMPORTANTE: verificar se a Rede Referenciada atende às necessidades dos clientes segurados.

Em caso de dúvidas, contate-nos pela Central de Atendimento 24 horas: (11) 3366-3003 (São Paulo e Grande São Paulo), 3003-9393 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800-727-2800 (demais localidades), 0800 727-8736 (atendimento exclusivo para deficientes auditivos, por meio de equipamento habilitado para essa finalidade) ou pela Ouvidoria E-mail: [ouvidoria@portoseguro.com.br](mailto:ouvidoria@portoseguro.com.br), Telefones: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184.

**Este documento e as Condições Particulares são partes integrantes e indissociáveis das Condições Gerais do Contrato de Seguro Coletivo Empresarial / PME de Assistência à Saúde na Segmentação Odontológica.**

**Permanecem inalteradas todas as cláusulas contratuais previstas nas Condições Gerais do Contrato de Seguro Coletivo Empresarial / PME de Assistência à Saúde na Segmentação Odontológica que não foram expressamente alteradas pelo presente instrumento.**

LOCAL E DATA

RESPONSÁVEL DA EMPRESA

ASSINATURA DO CORRETOR

**ANS - N° 00058-2**