



Affix Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ nº 11.158.465/0001-91
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,
República, São Paulo/SP
CEP: 01047-020

ANS - nº 41.742-4

TERMO DE ADESÃO PME



ANS - nº 41.275-9

TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL CELEBRADO ENTRE A NORDESTE SAÚDE EMPRESARIAL, NA QUALIDADE DE CONTRATADA, E A AFFIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, NA QUALIDADE DE CONTRATANTE, E A EMPRESA ADERENTE ABAIXO DESCRITA, PARA OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE NAS SEGMENTAÇÕES: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, AOS SÓCIOS, FUNCIONÁRIOS, ADMINISTRADORES DA EMPRESA (ESTATUTÁRIOS), TRABALHADORES TEMPORÁRIOS, ESTAGIÁRIOS OU MENORES APRENDIZES E SEUS RESPECTIVOS DEPENDENTES, CONFORME CONTRATO.

QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA ADERENTE

| | | |
|----------------|---------|--------------|
| Razão Social: | | |
| CNPJ/MF: | | |
| Rua/Av. | | Complemento: |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| Nome do Sócio: | | |
| CPF/MF: | | |
| E-mail: | | Telefone: |

Pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF acima, com sede descrita acima, neste ato representada por seu(sua) sócio(a) ou responsável, supraqualificado, declara que adere ao contrato supracitado na condição de EMPRESA ADERENTE, sendo que as cobranças serão realizadas diretamente em nome do(a) sócio(a) e/ou funcionário que aderir ao plano de saúde objeto do contrato junto à CONTRATANTE,

SEM QUALQUER RESPONSABILIDADE FINANCEIRA OU OPERACIONAL PARA A EMPRESA ADERENTE.

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS:

- Ter ciência da necessidade de apresentação dos devidos documentos comprobatórios do vínculo empregatício, que podem ser a GFIP/FGTS ou outro documento legal de contratação, como cópia do último contracheque ou da carteira profissional com as páginas da foto e do registro.
- Ter ciência de que a validade deste TERMO DE ADESÃO está condicionada à apresentação e anexação do Contrato Social da Empresa Aderente, juntamente com o CPF e RG do Sócio Responsável.
- Não possuir contrato ativo com a CONTRATADA.
- Ter ciência dos prazos de carência aos quais eu e meus funcionários estamos sujeitos no primeiro grupo de adesão ao contrato.

| ITEM | ASSISTÊNCIAS MÉDICO-HOSPITALARES COBERTAS | CARÊNCIA CONTRATUAL |
|------|---|---------------------|
| 1 | Atendimentos de urgência e emergência devidamente comprovadas por relatório médico do médico assistente credenciado. | 24 horas |
| 2 | Consultas médicas, exames laboratoriais de rotina, exames radiológicos de rotina, anatomia patológica, eudiometria, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletromiografia, fluxometria e prova ergométrica. | 30 dias |
| 3 | Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, endoscopia urológica, endoscopia digestiva, ecocardiograma, fisioterapia, hemoterapia ambulatorial, inaloterapia, oxigenioterapia (não incluída câmara hiperbárica), prova de função respiratória, teste alérgico, ultrassonografia obstétrica, internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas, internação em hospital, unidade ou enfermaria psiquiátrica, internação em hospital geral para pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química e psicoterapia de crise. | 90 dias |
| 4 | Retossigmoidoscopia, radiologia contrastada, tomografia computadorizada, ultrassonografia geral e ressonância magnética. | 150 dias |
| 5 | Realização de cirurgias, angiografias arteriais, angiografia arterial venosa ou linfática, artroscopia, broncoscopia, cineangiogramas, doppler, holter, hemodiálise e diálise peritonial – CAPD; litotripsia, laparoscopia diagnóstica, neuroradiologia, quimioterapia ambulatorial e radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc). | 180 dias |
| 6 | Parto a termo. | 300 dias |
| 7 | Doenças e lesões preexistentes. | 24 meses |

Este termo deverá ser assinado pelo sócio responsável e constar o carimbo do CNPJ da Empresa Aderente.

Local e data _____

Assinatura do representante legal da EMPRESA ADERENTE _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

CARIMBO COM CNPJ