

DADOS CADASTRAIS DO USUÁRIO

Nº Inscrição IAMSPE: 60104400
Nome Contribuinte: FATIMA DA SILVA AFONSO
RG - IDENTIDADE: 202010533 **CPF:** 14059238813 **Sexo:** F **Data Nascimento:** 10/03/1971 **Estado Civil:** S
Nome da Mãe: ELZA DA SILVA AFONSO
Endereço: R: AVENIDA SAPOEMBA, 1601, BLOCO 11- APTO 82 - **Bairro:** JARDIM UTINGA
CEP: 09250301 - **Cidade:** SANTO ANDRE **Estado:** SP
Telefone Fixo: 1143166769 - R: ou **Telefone Celular:** 11997172670
Email: fatiminha_afonso@hotmail.com

Doravante denominado **USUÁRIO**, contribuinte do sistema de saúde IAMSPE adere ao Termo de Credenciamento nº 023/18, firmado pelo IAMSPE e ODONTOPREV, CNPJ: 58.119.199/0001-51, registro na ANS sob nº 30.194-9, com endereço à Avenida Dr. MARCOS Penteado Ulhôa Rodrigues, 939, Edifício Jatobá, Conjunto 1401, Tamboré, Barueri - CEP 06460-040 - São Paulo, denominada **ODONTOPREV**, para utilização do **PLANO ODONTOLÓGICO** eleito, conforme indicado abaixo:

OPERADORA: ODONTOPREV - Reg. Op. ANS nº 30.194-9.

Plano Escolhido: Superior - **Registro Plano ANS nº** 467490121.
Valor do Plano Escolhido por Pessoa: R\$ 31,14
Valor Total do Plano Escolhido Titular + Dependentes: R\$ 0,00

CONDIÇÕES GERAIS:

1. O USUÁRIO **CONCORDA e AUTORIZA** o IAMSPE a consignar em folha de pagamento os valores relativos à sua participação e de seus dependentes e agregados indicados de acordo com os plano odontológico escolhido e valores contratados.
2. A Administradora/Operadora e o Plano escolhido pelo contribuinte deverá ser o mesmo para seus dependentes e agregados indicados. Só serão aceitas adesões dos dependentes e agregados cadastrados e aptos junto ao sistema de saúde IAMSPE.
3. A solicitação de adesão, alteração e demais movimentações deverão ser efetuadas via web, no endereço iamspe.sp.gov.br, e formalizada por meio deste Termo de Adesão que deverá ser impresso, assinado e encaminhado preferencialmente via sistema (escaneado) ou pelo Correio para o endereço Avenida Dr. MARCOS Penteado Ulhôa Rodrigues, 939, Edifício Jatobá, Conjunto 1401, Tamboré, Barueri - CEP 06460-040 - São Paulo, ou ainda para a sede do IAMSPE, Av. Ibirapuera, 981 - Térreo - CEP: 04029-000 - Vila Clementino - São Paulo - S.P. ou em qualquer um dos 17 CEAMAS (endereços disponíveis no site).

3.1 Independente da forma de entrega do Termo de Adesão assinado, a adesão por meio da web será considerada, observando o calendário abaixo, como autorização para efetiva inclusão no plano odontológico escolhido e programação da consignação em folha de pagamento do valor das mensalidades.

a) Para os Termos de Adesão recebidos e conferidos até o dia 10 de cada mês, o início da vigência se dará a partir do 1º dia do mês subsequente.
b) Para os Termos de Adesão recebidos e conferidos após o dia 10 de cada mês, o início da vigência se dará a partir do 1º dia do segundo mês subsequente.
c) A Administradora/Operadora do Plano Odontológico encaminhará comunicado ao usuário informando: a data do início da vigência; plano escolhido; carência; informações sobre a utilização do mesmo, bem como carteira(s) individual(is) de identificação que, obrigatoriamente, deverá(ão) ser(em) apresentada(s) para os atendimentos futuros.

4. Prazos de Carência:

Não haverá carência para:

a) O usuário que optar pela adesão a quaisquer dos PLANOS até 10/10/2018.
b) Novo usuário, dependente ou agregado que ingresse no Sistema de Saúde IAMSPE, nos termos do Decreto Lei nº 257/70, e optar por quaisquer dos planos no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da inclusão no cadastro IAMSPE.
c) Atendimento de urgência e emergência em quaisquer dos planos, desde que a adesão tenha sido confirmada e que esteja vigente (vide item 3).
Fora das condições acima descritas, a carência é de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência.

5. A cobertura da assistência odontológica será de acordo com o estipulado no Plano escolhido, detalhada no Anexo I do presente Termo de Adesão.

6. O usuário só poderá solicitar o cancelamento do Plano Odontológico após 12 (doze) meses da data da adesão, via web, no próprio sistema de adesão, disponível no site do IAMSPE.

7. Se houver cancelamento por solicitação do contribuinte titular ou pelos demais motivos previstos neste Termo de Adesão, os cartões de identificação deverão ser devolvidos à Operadora no prazo de 48 horas, a partir do cancelamento ou da exclusão. A responsabilidade civil, criminal e financeira pela utilização indevida do plano, incluindo a por terceiros com ou sem consentimento dos usuários, e o pagamento pelos procedimentos realizados após o cancelamento ou exclusão do plano são de responsabilidade do contribuinte titular.

8. A renovação será automática até que o cancelamento seja solicitado, enquanto vigor o Termo de Credenciamento com o IAMSPE.

9. A mudança de plano só poderá ser solicitada após 12 (doze) meses da sua adesão.

10. Os usuários titulares que forem exonerados, perdendo o vínculo com o Governo do Estado de São Paulo e, em consequência, forem excluídos do sistema de saúde IAMSPE, e outras hipóteses de desligamento do IAMSPE, bem como seus beneficiários e agregados não terão direito à continuidade dos serviços do credenciado, mesmo que o tratamento esteja em andamento.

11. O reajuste dos valores dos Planos será aplicado no mês de julho de cada ano, mediante aplicação do Índice de Preços ao Consumidor IPC-FIPE, independente da data da adesão.

12. Em caso de não haver saldo de vencimentos suficiente para consignação em folha de pagamento, ou nas hipóteses de afastamento sem vencimentos, o usuário deverá contatar o IAMSPE através do email arrecadação@iamspe.sp.gov.br, informando nome, CPF, nº Inscrição IAMSPE e mês de referência, solicitando emissão de boleto referente a quitação da parcela correspondente ao período, evitando assim a suspensão temporária do atendimento.

13. Aplicam-se às omissões deste TERMO as disposições pertinentes contidas no Edital de Credenciamento nº 17/2018 e respectivo Projeto Básico, bem como dos

Termos de Credenciamento firmados entre o IAMSPE e as Operadoras Credenciadas.

14. Para dirimir quaisquer questões decorrentes desta adesão, não resolvidas na esfera administrativa, será competente o foro da Comarca da Capital do Estado de São Paulo.

_____, 24 de Junho de 2020

FATIMA DA SILVA AFONSO - 60104400

RELAÇÃO DE DEPENDENTES E AGREGADOS:

Nº INSCRIÇÃO IAMSPE: 000601044-03

NOME: JULIA AFONSO DOS SANTOS

CPF: 50930280881

DATA DE NASCIMENTO: 2002-11-04

NOME DA MÃE: FATIMA DA SILVA AFONSO

SEXO: F

ESTADO CIVIL: S

Nº INSCRIÇÃO IAMSPE: 000601044-04

NOME: SOFIA AFONSO DOS SANTOS

CPF: 54687348858

DATA DE NASCIMENTO: 2010-03-16

NOME DA MÃE: FATIMA DA SILVA AFONSO

SEXO: F

ESTADO CIVIL: S

_____, 24 de Junho de 2020

FATIMA DA SILVA AFONSO - 60104400