



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



Data Vigência	Entidade	Matrícula
01/6/2025	SINSP/RN	36acd8f3

Proponente Titular			
Nome:	ALDENIZIA TRAJANO DA SILVA		
Email:	aldeniziatrajanos@gmail.com	Telefone:	84994266967
CPF:	134.621.454-95		
Data de Nascimento:	15/08/2002	SEXO:	F
Estado Civil:			
RG:		ORG:	
Endereço:	RUA NOSSA SENHORA DA CONCEICAO, 79	CEP:	59190000
Complemento:		Bairro	AREIA BRANCA
Cidade:	CANGUARETAMA	UF	RN
Nome da mãe:	VALDENICE TRAJANO DE ASSIS SILVA		

EMPRESA/ENTIDADE DE CLASSE	
Razão Social:	SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SERVICO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA DO ESTADO DO RN
CNPJ:	17.572.030/0001-75
Sindicato:	SINSP/RN

1. DEPENDENTE			
Nome:		Data Nascimento:	
CPF:		Sexo:	
Estado Civil:		Parentesco:	
Nome da Mãe:			



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



### 2. DEPENDENTE

Nome:

Data Nascimento:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Parentesco:

Nome da Mãe:

### 3. DEPENDENTE

Nome:

Data Nascimento:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Parentesco:

Nome da Mãe:

### 4. DEPENDENTE

Nome:

Data Nascimento:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Parentesco:

Nome da Mãe:

### 5. DEPENDENTE

Nome:

Data Nascimento:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Parentesco:

Nome da Mãe:



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



### Praça: MOSSORÓ

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido. ATENÇÃO: verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular. ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO Mossoró/RN: Mossoró/RN, Tibau/RN e Baraúna/RN.

Assinale o plano contratado	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Acomodação em internação
	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF QC 162	Sem coparticipação	485.681/20-3	Municipal	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva (Enfermaria)
	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT QC 184	Sem coparticipação	485.694/20-5	Municipal	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Individual (Apartamento)

### Praça: NATAL

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido. ATENÇÃO: verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular. ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO Natal/RN, Macaíba/RN, Extremoz/RN, São Gonçalo do Amarante/RN

Assinale o plano contratado	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Acomodação em internação
X	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF QC 163	Sem coparticipação	485.682/20-1	Municipal	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Coletiva (Enfermaria)
	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT QC 185	Sem coparticipação	485.695/20-3	Municipal	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Individual (Apartamento)



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



### Benefício opcional

Assinale abaixo o plano pretendido	Plano	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial
	+ ODONTO PREMIUM ADESÃO	476.835/16-3	NACIONAL	ODONTOLÓGICO

### Local e data

NATAL/RN, 20/05/2025

### Assinatura do titular/representante legal

### Valor por proponente

Proponente	Idade	Plano assistência à SAÚDE	Plano assistência à SAÚDE com opcional ODONTOLÓGICO
Titular	22	335.0	
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			
Dependente 4			
Dependente 5			
Valor Total:		335.0	0.0

### Atenção: Alteração dos valores

Os valores indicados acima sofrerão alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 14 da página 7 desta Proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.

- Caso o beneficiário solicite o cancelamento do plano de assistência à saúde, também deverá manifestar o interesse em cancelar o odontológico.



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



### Pelo presente, declaro expressamente que, CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "Proposta") ao contrato de plano de assistência à saúde, coletivos por adesão (os "benefícios"), celebrados entre o SINSF/RN e a Hapvida Assistência Médica Ltda. (a "Operadora") e destinados à população que mantenha vínculo com a minha "Entidade", que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta Proposta. Estou ciente de que o plano de assistência odontológica é um benefício opcional e, se ele for contratado, terei cobertura para os procedimentos odontológicos.
2. Mantenho vínculo com a Entidade indicada na página 1 desta Proposta, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, para que seja conferida pela Entidade de classe, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade.
3. Estou ciente de que, caso eu seja elegível ao Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público da Administração Direta do Estado do Rio Grande do Norte (SINSF/RN), também poderei incluir dependentes no(s) benefício(s), respeitadas as seguintes condições: Somente serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a) e o(a) meu(-minha) filho(a) de até 21 (vinte e um) anos, ou até 23 (vinte e três) anos, se for universitário(a).
4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do(s) benefício(s), sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes do(s) benefício(s).
5. Analisada a documentação e as informações prestadas nesta Proposta, de acordo com a legislação vigente, ocorrerá a implantação pela Operadora e o(s) benefício(s) terá(ão) início na data indicada no campo "Início da vigência do(s) benefício(s)", na página 1 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) passaremos a ser denominados "beneficiários".
6. Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à Entidade de Classe amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a Operadora e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste(s) benefício(s), bem como nos reajustes dos seus valores mensais.
7. O(s) contrato(s) coletivo(s) firmado(s) entre a Entidade de Classe e a Operadora, contrato(s) que passarei a integrar, será(ão) renovado(s), automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pela Entidade de Classe ou pela Operadora. A vigência dos(s) benefício(s) indicada na página 1 desta Proposta não se confunde com a vigência do(s) contrato(s) coletivo(s). O mês base de aniversário do contrato coletivo é junho. Em caso de rescisão desse(s) contrato(s) coletivo(s), a Entidade de Classe me fará a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.
8. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar o(s) benefício(s) por meio dos prestadores próprios ou credenciados da Operadora para os planos contratados, respeitadas as condições contratuais de cada plano.
9. O benefício de plano de assistência à saúde cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares, de acordo com o plano contratado, relacionadas ao "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes, instituídos pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) benefício(s).
10. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do(s) benefício(s). Haverá prazos de carência para utilização do(s) benefício(s) conforme tabela indicativa abaixo. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor. Se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências que acompanha esta Proposta.



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



Cobertura	Prazos de carências	Prazos de carências (Promoção – Junho de 2025)
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir do início de vigência do beneficiário no contrato coletivo, sendo que 24 (vinte e quatro) horas 0 (zero) dias as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão em conformidade com a Resolução do CONSU nº 13/1998 e detalhadas no Manual do Beneficiário, consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC*), na definição estabelecida no Rol De Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero) dias
Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	30 (trinta) dias	0 (zero) dias
Cobertura dos seguintes exames e procedimentos: Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional (exceto PAC*); 90 (noventa) dias Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina (exceto PAC*); Exames Otorrinolaringológicos simples como: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA), (exceto PAC*); Exames de Raio-X Contrastado (exceto PAC*); Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos ou PAC*); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea. Internação Hospitalar clínica ou cirúrgica (exceto as relacionadas à patologias de CPT**); Internações em leitos de alta complexidade (exceto as relacionadas à patologias de CPT**); Cirurgias ambulatoriais (exceto as relacionadas à patologias de CPT**); Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia, exceto as que forem relacionadas à cobertura parcial temporária, e todos os exames não mencionados nos itens anteriores.	90 (noventa) dias	0 (zero) dias
Cobertura dos seguintes exames e procedimentos: Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional);	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde



11. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na “Declaração de Saúde” que acompanha esta Proposta. Havendo na “Declaração de Saúde” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do(s) benefício(s), a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Este item não se aplica ao benefício de plano de assistência odontológica, independentemente de sua contratação

12. As características do(s) benefício(s) relativas a: (i) segmentação assistencial; (ii) acomodação em internação; e (iii) abrangência geográfica estão definidas na página 3 desta Proposta, assim como a área de atuação.

13. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do(s) benefício(s), será dia 10 de cada mês, e sua forma será aquela indicada na página 5 desta Proposta, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do(s) benefício(s). No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática do(s) benefício(s), cuja utilização somente será restabelecida a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 16 desta Proposta.

14. Independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal do(s) benefício(s) poderá(ão) sofrer os seguintes reajustes: (i) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contados da data de aniversário do contrato coletivo ou da última aplicação do reajuste anual, conforme disposto no item 7 desta proposta, o mês de aniversário do contrato coletivo é junho; (ii) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, sendo aplicado no mês subsequente ao aniversário do beneficiário, conforme tabela a seguir; (iii) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS, contratado(s) entre a Entidade de Classe e a Operadora, além de previamente comunicado(s) ao beneficiário.

Faixa etária	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF QC 162	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT QC 184	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF QC 163	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT QC 185
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 24 a 28 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 29 a 33 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 34 a 38 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 39 a 43 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 44 a 48 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 49 a 53 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 54 a 58 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 59 ou mais	89,60%	89,50%	89,60%	89,50%



## Contrato de Adesão

Contratos de planos de assistência à saúde

ANS nº 368753

Operadora:



15. Devo solicitar e informar expressamente à Entidade de Classe toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade.

15.1. Declaro, ainda, estar ciente de que a falta de comunicação da alteração do endereço poderá configurar fraude, ocasionando o cancelamento do(s) benefício(s), bem como as sanções previstas em lei.

16. Poderei solicitar o cancelamento do(s) benefício(s) à Entidade de Classe, de acordo com os normativos da legislação em vigor. O(s) benefício(s) poderá(ão) ser cancelado(s) pela Entidade de Classe no caso de perda da minha elegibilidade ou pela falta de pagamento do valor mensal do(s) benefício(s) até o dia 18 de cada mês. A vigência do(s) benefício(s) não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período máximo para pagamento, até o dia 18 de cada mês. No caso de cancelamento do(s) benefício(s), haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa. Caso eu solicite o cancelamento do plano de assistência à saúde, tenho ciência que o plano opcional odontológico também será cancelado.

17. Poderei postular nova adesão ao(s) benefício(s), após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

18. Declaro, ainda, estar ciente que a cobrança referente a mensalidade do meu plano de saúde, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), será realizada pelas empresas intermediárias indicada pela Entidade de Classe; tais como: Assessoria em Contratação de Planos de Saúde para Servidores Públicos LTDA, CNPJ: 50.976.390/0001-08; Assessoria em Contratação de Planos de Saúde para Servidores do SINSPRN LTDA, CNPJ: 51.493.778/0001-10; Intermediação em Contratação de Planos de Saúde Para Servidores do SINSP-RN LTDA, CNPJ: 52.008.209/0001-03 e Administração de Planos de Saúde Para Servidores do SINSP-RN LTDA, CNPJ: 52.339.972/0001-09.

19. Declaro, ainda, estar ciente de que, para fins de dedução no imposto de renda, será considerado exclusivamente o valor repassado pela Entidade de Classe (SINSP/RN) à operadora do plano de saúde, referente à assistência médica e/ou odontológica. A taxa administrativa cobrada pela Entidade é destinada à manutenção, gestão financeira, administrativa e organização técnica do contrato coletivo, não é passível de dedução no imposto de renda, por não se tratar de despesa médica assistencial.

20. Declaro estar ciente de que a Entidade de Classe (SINSP/RN) é responsável exclusivamente pela gestão técnica e financeira do contrato, incluindo atividades como cobrança, repasse, controle de elegibilidade e administração dos beneficiários. Declaro, ainda, que estou ciente de que a Entidade não possui qualquer responsabilidade sobre a execução dos serviços assistenciais de saúde, como consultas, exames, internações, cirurgias e demais procedimentos médicos e odontológicos, os quais são de inteira responsabilidade da operadora do plano. Reconheço, portanto, que não existe qualquer solidariedade da Entidade em relação às obrigações assistenciais, limitando-se sua atuação à administração do contrato coletivo.

21. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Entidade de Classe no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data da minha assinatura, autorizando a cobrança do valor mensal do(s) benefício(s), caso esse prazo não seja observado.

22. Declaro estar ciente e autorizo o uso dos meus dados pessoais e dos meus dependentes, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), exclusivamente para as finalidades relacionadas à gestão do contrato, cobrança, repasse à operadora, manutenção da elegibilidade e cumprimento de obrigações legais.

23. Declaro que a assinatura eletrônica desta Proposta de Adesão, realizada através da plataforma de assinatura eletrônica, possui plena validade jurídica, tendo o mesmo valor de um documento particular assinado manualmente, nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2/2001 e da Lei nº 14.063/2020. A presente Proposta não poderá ser questionada pelo mero fato de ter sido celebrada por meio eletrônico, sendo garantidos pela plataforma D4Sign todos os requisitos técnicos e de segurança exigidos pela legislação aplicável.

Local e data	Assinatura do titular/representante legal
NATAL/RN, 20/05/2025	