

Nome Completo _____ CPF _____

Sexo _____ Nacionalidade _____ Data de Nascimento _____ Local (Cidade / Estado) _____

masculino feminino

Endereço Residencial (Logradouro) _____ Número _____ Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ Telefone Residencial _____ CEP _____

E-mail (Endereço eletrônico) _____ Telefone Celular _____

1. Declaro serem verdadeiros todos os dados e informações constantes desta Proposta de Adesão, comprometendo-me a informar, imediatamente, sempre que algum dado ou documento fornecido sofrer alteração.

2. Declaro ter lido, entendido e concordado com todos os termos e condições do **REGULAMENTO SAÚDE 10**, que regula os termos e condições do Contrato de Prestação de Serviços de Intermediação Para Acesso a Determinados Benefícios instituído pela **SAÚDE 10 INTERMEDIÇÃO LTDA**, empresa com sede na Cidade e Estado do Rio de Janeiro, na Rua da Assembléia, nº 10, salas 3706 e 3707, Centro, inscrita no CNPJ sob o nº 22.971.829/0001-74 (**ADMINISTRADORA**), registrado no Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro, 4º Ofício (4º RTD-RJ), registro nº 977717 de 25.08.2015, de cuja cópia integral encontra-se disponível no site: www.saude10.com.br/home/regulamento nesse ato ("**REGULAMENTO SAÚDE 10**").

3. Pelo presente instrumento, declaro minha expressa adesão ao **REGULAMENTO SAÚDE 10**, concordando com os termos do mesmo. A presente Proposta de Adesão integra e complementa, para todos os fins, o **REGULAMENTO SAÚDE 10**, disciplinando as relações com o **ASSOCIADO**, acima identificado.

4. Tenho ciência de que a associação e o acesso aos **BENEFÍCIOS** do SAUDE 10, só se tornam efetivos após a confirmação do pagamento da Taxa de Adesão e do Valor da Primeira Parcela da Contribuição Mensal.

5. Tenho ciência de que o direito à utilização dos BENEFÍCIOS será sempre pelo prazo de 30 (trinta) dias seguintes ao pagamento de cada Contribuição Mensal.

6. A ADMINISTRADORA presta serviços de intermediação, disponibilizando uma rede credenciada de FORNECEDORES. O pagamento da taxa de Adesão e da Contribuição Mensal não concedem ao ASSOCIADO, direito à consulta e exames, não garantem o pagamento das despesas, nem asseguram descontos em todos os serviços garantidos por planos de saúde. Para utilização dos serviços, consultas e exames, o ASSOCIADO deve pagar ao FORNECEDOR, um valor previamente acordado, na forma que vier a ser definida. O SAÚDE 10 não é um seguro ou plano de saúde, não garante acesso à serviços médicos, clínicas e emergências, nem o pagamento das despesas.

7. A ADMINISTRADORA não garante, nem se responsabiliza pelos serviços e procedimentos médicos e laboratoriais oferecidos pelos FORNECEDORES.

8. CENTRAL DE ATENDIMENTO E SITE SAÚDE 10

Telefones: 0800 0100010 (ligação gratuita)

(21)4063-3010 (ligação telefônica paga, custos e cobrança conforme tarifas vigentes).

Toda alteração nos números de telefone da CENTRAL DE ATENDIMENTO deverão ser informadas no Site Saúde 10. A Central de Atendimento estará disponível de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 20:00 horas, bem como aos sábados, das 09:00 às 13:00 horas, sempre em dias que não sejam feriados no Município do Rio de Janeiro. O **ASSOCIADO** autoriza a gravação das conversas telefônicas.

SITE SAÚDE 10: www.saude10.com.br.

9. Todo acesso a qualquer BENEFÍCIO precisa ser previamente autorizado e agendado através da CENTRAL DE ATENDIMENTO ou pelo SITE SAÚDE 10, dentro do horário de funcionamento acima informado.

10. A CENTRAL DE ATENDIMENTO e o SITE SAÚDE 10 devem ser também utilizados para:

- o Consulta da rede atualizada da **REDE DE FORNECEDORES**;
- o Informação de regras de acesso e utilização da cada **BENEFÍCIO**;
- o Informação dos valores devidos pelo **ASSOCIADO** aos **FORNECEDORES** de cada **BENEFÍCIO**. O pagamento dos valores relativos aos **BENEFÍCIOS ONEROSOS** é devido pelo **ASSOCIADO** ao **FORNECEDOR**.

11. A apresentação do **CARTÃO SAÚDE 10**, juntamente com o CPF e documento de identificação é obrigatória para obtenção dos **BENEFÍCIOS** do **SAÚDE 10**. A **SENHA** do **CARTÃO SAÚDE 10** disponibilizada pela **ADMINISTRADORA** é de natureza sigilosa e de uso pessoal. O **CARTÃO SAÚDE 10** é um cartão de identificação do **ASSOCIADO** perante os **FORNECEDORES** e não representa cobertura de assistência de serviços de saúde. **O CARTÃO SAÚDE 10 NÃO SE EQUIPARA A UM CARTÃO DE PLANO DE SAÚDE.**

12. A **REDE DE FORNECEDORES** disponibilizada abrangerá o Município e/ou contíguos ao do endereço acima informado pelo **ASSOCIADO**.

13. TAXA DE ADESÃO: R\$ _____, paga nesse ato.

Período contratual de ____ meses, a ser renovado automaticamente e sucessivamente por igual período.

.14.2 - A Contribuição Mensal deverá ser paga mensalmente, na data acima estipulada. O valor da Contribuição Mensal será reajustado anualmente de acordo com a variação do Índice Geral do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, divulgado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que vier a substituí-lo.

15. FORMA DE PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL:

Cartão de crédito ou débito online

Boleto (enviado por e-mail) E-mail

.15.1 - Quando vinculado nessa **PROPOSTA DE ADESÃO**, um cartão de crédito ou de débito para pagamento da Contribuição Mensal, o **ASSOCIADO** expressamente autoriza a emissora do respectivo cartão, a debitar os valores devidos à **ADMINISTRADORA** e tem ciência e concorda que o valor da Contribuição Mensal será cobrado no extrato do respectivo cartão de crédito ou de débito, integrando o saldo devedor de sua conta de pagamento e será considerada dívida do **ASSOCIADO** para com o respectivo emissor do cartão.

.15.2 - Quando vinculada nessa **PROPOSTA DE ADESÃO**, uma conta corrente para pagamento da Contribuição Mensal, o **ASSOCIADO** expressamente autoriza o banco a debitar os valores devidos à **ADMINISTRADORA** e tem ciência e concorda que o valor da Contribuição Mensal será debitado diretamente na sua conta corrente. A ausência de saldo disponível para pagamento da Contribuição Mensal ou a não efetivação do débito diretamente na mencionada conta corrente, por qualquer motivo, será considerado falta de pagamento dos valores devidos, nos termos da Cláusula 8ª do **Regulamento**.

.15.3 - A responsabilidade pela informação dos valores a serem lançados no extrato pelo administrador do cartão de crédito ou de débito é da **ADMINISTRADORA**. Em caso de dúvida ou reclamação, o **ASSOCIADO** deve dirigir-se diretamente à **ADMINISTRADORA**, através da **CENTRAL DE ATENDIMENTO**. Os valores lançados na conta do cartão de crédito ou de débito, para pagamento da Contribuição Mensal e demais valores devidos pelo **ASSOCIADO** somente poderão ser estornados, cancelados ou excluídos das respectivas faturas se expressamente determinado pela **ADMINISTRADORA**.

.15.4 - A falta de pagamento da Contribuição Mensal, na data acima acordada, acarretará na suspensão imediata do **ASSOCIADO**, independentemente de aviso ou notificação, deixando o mesmo de ter acesso e direitos a quaisquer dos **BENEFÍCIOS**. Ativação no prazo de 30 dias, mediante o pagamento dos valores devidos, acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, devidos proporcionalmente ao tempo de atraso, devendo entrar em contato com a **ADMINISTRADORA** através da **CENTRAL DE ATENDIMENTO** ou pelo **SITE SAÚDE 10** para regularização do pagamento. Caso não ocorra a reativação do **ASSOCIADO**, o contrato será considerado automaticamente rescindido em relação ao **ASSOCIADO**, independentemente de aviso ou notificação.

Local, data

Assinatura do ASSOCIADO