



TERMO DE ADESÃO E PERMISSÃO – PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL

Empresa Aderente:

CNPJ Nº:

Endereço completo:

Representante Legal:

CPF nº

Declaro, para os devidos fins, que li, comprehendi e estou plenamente ciente e de acordo com as condições abaixo descritas, para fins de adesão e permissão de vínculo de colaboradores ao plano de saúde coletivo empresarial, administrado por Oliva Administradora de Benefícios Ltda (“ADMINISTRADORA”) e operado por Sociedade Assistencial Médica Odonto Cirúrgica – SAMOC (“OPERADORA”).

1. DO OBJETO E DA FUNÇÃO DA ADMINISTRADORA

Declaro estar ciente de que o presente Termo tem por finalidade permitir que os colaboradores, sócios e/ou administradores da Empresa Aderente possam aderir individualmente ao plano de saúde coletivo empresarial ofertado pela ADMINISTRADORA, em nome da OPERADORA, sem que isso gere qualquer obrigação contratual ou financeira para a Empresa Aderente.

Reconheço que a ADMINISTRADORA atua na qualidade de administradora de benefícios, sem assumir riscos assistenciais ou financeiros, observando o disposto na Resolução Normativa nº 515/2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e que sua função se limita à gestão administrativa, de adesão e cobrança direta junto aos beneficiários.

2. DA AUSÊNCIA DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Declaro expressamente que a Empresa Aderente não possui qualquer responsabilidade financeira, contratual ou solidária com relação a mensalidades, coparticipações, encargos ou quaisquer outros valores decorrentes da adesão de seus colaboradores, sócios, administradores ou dependentes.

Reconheço que todos os valores serão cobrados e pagos diretamente pelos beneficiários à ADMINISTRADORA, por meio de boleto, débito automático ou outro meio por ela definido, sem qualquer intermediação, desconto em folha ou repasse pela Empresa Aderente.

Declaro, ainda, estar ciente de que o presente Termo não cria qualquer vínculo associativo ou trabalhista entre a Empresa Aderente e a ADMINISTRADORA, tampouco entre a Empresa Aderente e a OPERADORA.

3. DA CONFIRMAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Autorizo que a ADMINISTRADORA e a OPERADORA exijam e verifiquem a documentação comprobatória do vínculo dos colaboradores, sócios ou administradores que desejem aderir ao plano, conforme previsto na RN nº 195/2009 e demais normas aplicáveis.

Comprometo-me a confirmar informações cadastrais e vínculos quando solicitado, para fins de validação de elegibilidade.

Declaro estar ciente de que a falta de comprovação do vínculo ou a prestação de informações falsas poderá impedir a adesão ou resultar na exclusão do beneficiário, sem qualquer responsabilidade para a Empresa Aderente ou para a ADMINISTRADORA.

4. DA COBRANÇA E DA INADIMPLÊNCIA

Reconheço que as mensalidades e encargos dos beneficiários serão cobrados diretamente pela ADMINISTRADORA, observando rigorosamente as normas da ANS sobre cobrança e inadimplência, especialmente o disposto na RN nº 593/2023.

Declaro estar ciente de que a exclusão de beneficiários por inadimplência somente ocorrerá após notificação formal, respeitando-se os prazos mínimos de regularização e as condições estabelecidas na regulamentação vigente.

A ADMINISTRADORA compromete-se a efetuar as notificações e manter registros comprobatórios, conforme exigido pela ANS.

5. DA VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

Declaro que este Termo entra em vigor na data de sua assinatura digital e permanece válido enquanto vigente o contrato coletivo empresarial mantido entre a ADMINISTRADORA e a OPERADORA.

A Empresa Aderente poderá solicitar o cancelamento desta permissão mediante aviso prévio mínimo de 90 (noventa) dias corridos, contados da data de comunicação formal à ADMINISTRADORA.



Reconheço que o cancelamento desta permissão acarretará automaticamente a perda da elegibilidade de todos os colaboradores, sócios, administradores e dependentes vinculados, resultando no cancelamento dos contratos de assistência médica correspondentes, observados os direitos legais e regulatórios de manutenção e portabilidade previstos na Lei nº 9.656/1998 e nas normas da ANS.

Declaro estar ciente de que a ADMINISTRADORA informará os beneficiários afetados sobre os efeitos do cancelamento e os prazos aplicáveis, conforme a regulamentação vigente.

6. DO REAJUSTE POR SINISTRALIDADE E ANIVERSÁRIO CONTRATUAL

Declaro estar ciente de que o percentual de reajuste poderá variar de acordo com a sinistralidade apurada, sendo aplicado de forma uniforme a todos os beneficiários do grupo, independentemente do tempo individual de adesão, observando-se as regras previstas na Lei nº 9.656/1998, nas Resoluções Normativas da ANS e nas condições contratuais vigentes.

Declaro estar plenamente ciente de que os contratos referentes ao presente plano de saúde coletivo empresarial, na modalidade PME (pequenas e médias empresas), poderão ser objeto de reajuste anual por sinistralidade mediante procedimento de agrupamento de risco — “POOL”.

Entende-se por POOL o agrupamento, pela(s) OPERADORA(S) e/ou pela ADMINISTRADORA, de diversas pequenas empresas contratantes (normalmente com quadro de 2 (duas) a 99 (noventa e nove) vidas) em um mesmo conjunto de risco, para fins de apuração e rateio de sinistralidade e de cálculos atuariais aplicáveis aos reajustes.

Dessa forma, o reajuste anual não será calculado empresa por empresa, mas sim com base na sinistralidade média apurada do conjunto de empresas que compõem o POOL no período de avaliação definido contratualmente. O percentual de reajuste decorrente desse mecanismo será aplicado de forma uniforme a todos os beneficiários integrantes do respectivo POOL, independentemente do tempo individual de adesão.

Declaro, ainda, estar ciente de que o aniversário do contrato coletivo, ocasião em que se realizará a apuração para efeitos de aplicação do reajuste por sinistralidade via POOL, ocorrerá no mês de Agosto de cada ano. A aplicação do eventual reajuste terá vigência a partir da data indicada no comunicado formal expedido pela ADMINISTRADORA.

Por fim, reconheço que tal mecanismo de agrupamento (POOL) tem por objetivo preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato coletivo e que a adesão individual ao plano implica aceitação expressa deste procedimento de reajuste, nos limites e condições previstos no contrato coletivo e na regulamentação aplicável.

7. DA PROTEÇÃO DE DADOS

Declaro que comprehendo e aceito que o tratamento dos dados pessoais fornecidos no âmbito deste Termo será realizado em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), para as finalidades de gestão de elegibilidade, cadastro, cobrança e manutenção contratual dos beneficiários.

Reconheço que a ADMINISTRADORA e a OPERADORA atuarão como controladoras independentes, podendo compartilhar dados entre si para cumprimento de obrigações legais e regulatórias.

Autorizo expressamente a utilização dos dados pessoais para tais finalidades, bem como o armazenamento pelo prazo legalmente exigido.

Comprometo-me a manter os dados cadastrais da Empresa Aderente e de seus representantes atualizados, e estou ciente de que poderão ser adotadas medidas de segurança e auditoria nos termos da Lei.

8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Declaro estar plenamente ciente de que este Termo não impõe à Empresa Aderente qualquer obrigação de contratação mínima, sendo a adesão dos colaboradores facultativa e individual.

Para todos os fins legais, elejo o foro da Comarca da Capital do Rio de Janeiro como competente para dirimir eventuais dúvidas ou controvérsias decorrentes deste Termo.

Rio de Janeiro, _____.

Empresa Aderente
Representante Legal