

## PROPOSTA DE ADESÃO

### ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E SARGENTOS DA POLICIA MILITAR

AESP ODONTO ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA

C.N.P.J. 03.694.367/0001-40, sediada a Rua Dr. Jose Queiroz Aranha, 154 - Vila Mariana - São Paulo - SP

**ANS: 41.328-3**

DADOS DO CORRETOR / REPRESENTANTE														
Nome da Corretora / Representante		CÓDIGO DA CORRETORA												
DADOS DO TITULAR														
SEXO: M - masculino F - feminino E. Civil: S - solteiro(a) C - casado(a) V - viúvo(a) D - divorciado(a) O - outros														
0	Nome:													
	Sexo	E. Civil	Data de Nascimento											
			C.P.F. Nº:											
			R.G. Nº:											
Nome da Mãe (preenchimento obrigatório):														
DADOS DO RESPONSÁVEL (QUANDO TITULAR MENOR DE 18 ANOS)														
X	Nome:													
	RG	C.P.F. Nº:	Sexo											
			E. Civil											
			Data de Nascimento											
			Parentesco											
DADOS DOS DEPENDENTES														
1	Nome:													
	RG	Sexo	E. Civil											
			Data de Nascimento											
			Parentesco											
Nome da Mãe do 1º dep. (preenchimento obrigatório):														
2	Nome:													
	RG	Sexo	E. Civil											
			Data de Nascimento											
			Parentesco											
Nome da Mãe do 1º dep. (preenchimento obrigatório):														
3	Nome:													
	RG	Sexo	E. Civil											
			Data de Nascimento											
			Parentesco											
Nome da Mãe do 1º dep. (preenchimento obrigatório):														
VALOR A SER DESCONTADO NA FOLHA DE PAGAMENTO / CONTA CORRENTE														
R\$ _____														
DADOS COMPLEMENTARES														
Endereço Residencial:			Número:											
Bairro:			Complemento:											
Município:	UF:	CEP:	DDD:											
Endereço Comercial:			Número:											
Bairro:			Complemento:											
Município:	UF:	CEP:	DDD:											
Profissão do Titular / Responsável:			Fone Residencial:											
<small>ENDEREÇO ESCOLHIDO PARA ENVIO DE COBRANÇA:</small>			Fone Comercial:											
<input type="checkbox"/> <b>Residencial</b>			<input type="checkbox"/> <b>Comercial</b>											
AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO / CONTA CORRENTE														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p style="margin: 0;">VIGÊNCIA A PARTIR DE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p style="margin: 0; text-align: center;">DATA</p> </div>												<p style="margin: 0;"><b>AUTORIZO A ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E SARGENTOS DA POLICIA MILITAR A EFETUAR</b></p> <p style="margin: 0;"><b>O DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO / CONTA CORRENTE DE R\$ _____</b></p> <p style="margin: 0;">( _____ )</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">VALOR POR EXTENSO</p>		
<p style="margin: 0;"><b>REFERENTE AO PLANO ODONTOLÓGICO AESP ODONTO.</b></p>														
DADOS BANCÁRIOS														
Nome														
Nº Matrícula	Nº Conta Corrente	Ag. / Órgão												
COBERTURA														
<p><b>100 ) CONSULTAS</b></p> <p>101 Consultas Inicial sem RX</p> <p>102 Consultas de Perícias</p> <p>103 Consultas de emergência (horário comercial)</p> <p>104 Consultas de emergência (horário noturno sábado domingo e feriados)</p> <p>105 Consulta Inicial com RX diagnóstico</p> <p><b>200 ) EXAMES RADIOGRÁFICOS</b></p> <p>201 Raio X Intra-oral periapical</p> <p>202 Raio X Intra-oral inter-proximal</p> <p>203 Raio X Intra-Oral oclusal</p> <p><b>400 ) PREVENTIVA</b></p> <p>401 Aplicação tópica de flúor (até 12 anos)</p> <p>402 Profilaxia por arcada : inclui orientação, controle de placa, polimento Coronário e técnicas de escovação</p> <p><b>500 ) DENTÍSTICA/ PEDIATRIA</b></p> <p>501 Restauração em amálgama 1 (uma) face</p> <p>502 Restauração em amálgama 2 (duas) faces</p> <p>503 Restauração em amálgama 3 (três) faces</p> <p>504 Restauração em amálgama 4 (quatro) faces</p>	<p>505 Restauração em Resina Composta por elemento 1 face</p> <p>506 Restauração em Resina Composta por elemento 2 faces</p> <p>507 Restauração em Resina Composta por elemento 3 faces</p> <p>508 Restauração de Ionômero de Vidro</p> <p>509 Restauração em Resina Foto Anterior 1 face</p> <p>510 Restauração em Resina Foto Anterior 2 faces</p> <p>511 Restauração em Resina Foto Anterior 3 faces ou mais</p> <p>512 Restauração Resina Foto Posterior 1 Face</p> <p>513 Restauração Resina Foto Posterior 2 Faces</p> <p>514 Restauração Resina Foto Posterior 3 faces ou mais</p> <p>515 Núcleo de Preenchimento</p> <p><b>600 ) CIRURGIA</b></p> <p>601 Exodontia de raiz residual</p> <p>602 Exodontia com retalho</p> <p>604 Exodontia simples</p> <p>606 Retirada de Ancoragem e Cerclagens</p> <p>607 Ulectomia/Ulotomia/Cunha Distal</p> <p>608 Alveoplastia</p> <p>609 Cirurgia de Torus Palatino/ Mandibular</p> <p>610 Apicectomia unirradicular c/ ou s/ obturação retrógrada</p>	<p>611 Apicectomia multirradicular c/ ou s/ obturação retrógrada</p> <p>613 Correção de bridas musculares</p> <p>615 Enucleação de pequenos cistos Periapicais ou Residuais</p> <p>616 Excisão de mucocele</p> <p>619 Sulcoplastia</p> <p>620 Frenectomia ou Bridectomia</p> <p>621 Drenagem de Abscesso</p> <p><b>700 ) ENDODONTIA</b></p> <p>701 Capeamento pulpar direto ou indireto</p> <p>702 Pulpotomia</p> <p>703 Clapeamento de dentes desvitalizados (por elemento)</p> <p>705 Retratamento endodôntico de unirradicular</p> <p>706 Retratamento endodôntico de birradicular</p> <p>707 Retratamento endodôntico de 3 ou mais canais</p> <p>708 Tratamento endodôntico unirradicular</p> <p>709 Tratamento endodôntico Birradicular</p> <p><b>800 ) ODONTOPEDIATRIA</b></p> <p>801 Colagem de fragmentos</p> <p>802 Exodontia de dente decíduo</p> <p>803 Pulpotomia em decíduo</p>	<p>812 Restauração de ionômetro de vidro</p> <p>819 Aplicação de Cariostático (Quatro Hemi Arcadas)</p> <p>820 Remineralização</p> <p>821 Adequação do meio Bucal com ionômetro de Vidro</p> <p>822 Adequação do meio Bucal com IRM</p> <p>827 Tratamento endodôntico em decíduos</p> <p><b>900 ) PERIODONTIA</b></p> <p>901 Aumento de coroa clínica</p> <p>902 Imobilização dentária com resina fotopolimerizável</p> <p>903 Gengivectomia ou gengivoplastia por segmento</p> <p>904 Raspagem por arcada supra gengival (manual ou ultrason) já inclui item 402</p> <p>905 Raspagem subgengival por arcada já inclui item 402</p> <p>906 Cirurgia de retalho, para raspagem e alisamento radicular por segmento</p> <p>907 Curetagem de abscesso periodontal</p>											

**TERMO DE ADESÃO AO SISTEMA ODONTOLÓGICO  
LEIA ATENTAMENTE TODOS OS ITENS ABAIXO:**

Considerando:

Que o Associação dos Subtenentes e Sargentos da Polícia Militar deliberou apresentar aos seus associados / não associados funcionários públicos em geral, dependentes a possibilidade de aderirem ao Plano de Assistência Odontológica Coletivo por Adesão, sendo referida adesão voluntária e espontânea prestada pela AESP ODONTO ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA S/S LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 03.694.367/0001-40, com sede nesta Capital na Rua Dr. José Queiroz Aranha, 154 – Vila Mariana – CEP 04106-061 – São Paulo – SP.

- 1) Declaro que estou ingressando ao Plano de Assistência Odontológica coletivo por adesão e que tenho ciência que o atendimento e de responsabilidade da AESP ODONTO bem como este contrato é regido pelo contrato entre Associação dos Subtenentes e Sargentos da Polícia Militar e a administradora.
- 2) O associado receberá pelo correio o Cartão de Identificação e o Guia Odontológico da AESP ODONTO com abrangência em todo o Estado São Paulo por meio de seus consultórios e/ou clínicas odontológicas próprias ou credenciadas conforme as coberturas relacionadas no item 7 E 8 deste termo.
- 3) Declaro ter ciência de que a minha aceitação e a de meus dependentes estão condicionadas à aprovação prévia da Associação dos Subtenentes e Sargentos da Polícia Militar, sendo certo que qualquer e eventual recusa deverá ser comunicada em até 15 (quinze) dias da entrega da proposta na Associação dos Subtenentes e Sargentos da Polícia Militar.
- 4) Declaro ter ciência de que a mensalidade terá reajuste nas seguintes situações: anualmente, de acordo com os índices setoriais que refletem a variação dos custos dos serviços de assistência odontológica.
- 5) Declaro ter efetuado a leitura desta proposta e recebido a proposta de adesão firmado junto a Operadora AESP ODONTO ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA S/S LTDA e Associação dos Subtenentes e Sargentos da Polícia Militar na modalidade coletiva por adesão, tendo total ciência e entendimento das disposições, cláusulas e aditivos contratuais, estando de acordo com as mesmas e ciente de meus direitos e deveres assumindo então a responsabilidade do pagamento da devida contraprestação pecuniária mensal nas condições estipuladas, a qual autorizo o desconto em folha de pagamento/debito em conta corrente conforme anverso da proposta e das informações de meus dados pessoais e de meus dependentes assim como obrigações a mim pertinentes.
- 6) Garante ao titular, bem como seus dependentes inscritos, serviços de tratamento odontológico conforme sua opção de tratamento em sua sede, ou a rede Credenciada. Enfatizamos que para cada dependente será cobrado o valor do contrato particular de prestação de serviço.
- 7) O Contrato particular de prestação de serviço EXECUTIVO I prevê a cobertura como o anverso desse documento.
- 8) O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolsos, em qualquer hipóteses, para os eventos que se seguem:
  - A) Procedimento que exijam internação hospitalar ou atendimento domiciliar.
  - B) Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de acidentes de trabalho.
  - D) Procedimento para correção de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocado pelo beneficiário, entre outros ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas conseqüências.
  - E) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais não reconhecido pelo órgão oficial governamental, exames de laboratórios, transplantes e procedimento ortopédicos, procedimento com materiais preciosos e/ou porcelanas fundidas.
  - F) Procedimento não autorizado por exames pericial.
  - G) Quaisquer atendimento em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou quaisquer causas que atinjam maciçamente a população.
  - H) Perca ou dano causado ao conjunto protético durante ou após o tratamento, proveniente de imperícia, imprudência ou negligência por parte de paciente.
  - I) Despesas ou custo decorrente da ausência do beneficiário à consulta por ele marcada.
- 9) Para todo e qualquer atendimento, o beneficiário deverá ter sempre em mãos, um documento de identidade e o Cartão da AESP Odonto.
- 10) Cabe à AESP ODONTO o direito de credenciar e descredenciar dentistas e clínicas. Pode utilizar-se deste direito sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento aos seus beneficiários.
- 11) O período de vigência do contrato particular de prestação de serviço EXECUTIVO I é de 18 (dezoito) meses, contados a partir da data da sua assinatura.
- 12) Se for necessário cancelar o contrato particular de prestação de serviço EXECUTIVO I, o pedido de cancelamento deverá ser feito na Administração da CONTRATADA por escrito. Será feito um levantamento das despesas e do material utilizado no paciente durante a vigência deste Contrato, com base na tabela da CNCC (Comissão Nacional de Convênios e Credenciamento) e deverá ser quitado no ato do cancelamento, em parcela única.
- 13) As divergências de natureza odontológica sobre os procedimentos previstos no presente contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA e um terceiro desempassador, escolhido pelos dois nomeados ou pelo presidente de uma das sociedades odontológicas sediada onde a CONTRATADA tiver escritório. Os honorários dos dentistas designados correrão por conta das partes, sendo os honorários do desempassador dividido em partes iguais para ambas. Antes do pronunciamento final da junta odontológica, o CONTRATANTE compromete-se a não utilizar meio judicial para esclarecer as divergências surgidas.
- 14) Por fim, assumo total responsabilidade por esta declaração, a qual de livre e espontânea vontade, estando ciente e concordando com as condições contidas nesta proposta, firmo a presente.
- 15) Fica eleito o Foro Central da Comarca de São Paulo, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato, em detrimento a qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser ou se apresentar.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam este instrumento, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, após ter lido, confirmam e, assim, assinam em conjunto com as partes.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

São Paulo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2008