

10/03/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:49:11
163301633 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO S NAZARE
AGENCIA: 1633-0 CONTA: 86.375-0

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090086787133662369001010003110160000042960

BENEFICIARIO:
WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI

NOME FANTASIA:
WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI

CNPJ: 19.112.659/0001-68

BENEFICIARIO FINAL:
WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI

CNPJ: 19.112.659/0001-68

PAGADOR:
ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCI

CNPJ: 23.241.854/0001-65

NR. DOCUMENTO 31.005
DATA DE VENCIMENTO 10/03/2025
DATA DO PAGAMENTO 10/03/2025
VALOR DO DOCUMENTO 429,60
VALOR COBRADO 429,60

NR.AUTENTICACAO 2.329.67A.A90.6A8.874

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

BENEFICIÁRIO:
WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS (CNPJ: 19.112.659/0001-68)
MINISTRO OROZIMBO NONATO 442 SALA 701, VILA DA SERRA
NOVA LIMA/MG — 34.006-053

RECIBO DO PAGADOR

Nome do Cliente INSTITUICAO NSRA NAZARE (CNPJ: 23.241.854/0001-65)		Data de Vencimento 10/03/2025	Valor Cobrado
Agência / Código do Beneficiário 6626/90010-900101	Nosso Número 109/00678713-3	Autenticação Mecânica	

 **Banco Itaú S/A**

341-7

34191.09008 67871.336623 69001.010003 1 10160000042960

Local do Pagamento					Vencimento 10/03/2025
Beneficiário WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS (CNPJ: 19.112.659/0001-68)					Agência / Código do Beneficiário 6626/90010-900101
Data Documento 27/02/2025	Nº do Documento 0000678713	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 27/02/2025	Nosso Número 109/00678713-3
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 429,60
Instruções Multa de 2% após o vencimento + juros de 0,033% ao dia. Mensalidade conforme produto contratado. ANS 41923-1 Número Nf: - - Competência: 03/2025					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador INSTITUICAO NSRA NAZARE (CNPJ: 23.241.854/0001-65) R DESEMBARGADOR LUCIANO SOUZA LIMA, 59, , BELA VISTA CONTAGEM/MG — 32.010-300					Código de Baixa

Autenticação Mecânica FICHA DE COMPENSAÇÃO



WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS

Empresa: 00205 - INSTITUICAO NSRA NAZARE

Familia: 00205-00088 - ALAIS CRISTINA FIEL MARTINS

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00088-00	ALAIS CRISTINA FIEL MARTINS	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00071 - ANA CAROLINE FERNANDES GOMES

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00071-00	ANA CAROLINE FERNANDES GOMES	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00087 - ANA GERALDA FERREIRA

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00087-00	ANA GERALDA FERREIRA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00057 - ANA MARIA DOS SANTOS GERVASIO

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00057-00	ANA MARIA DOS SANTOS GERVASIO	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00064 - ANDREIA FERNANDES DE SOUZA SANTOS

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00064-00	ANDREIA FERNANDES DE SOUZA SANTOS	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00096 - ATILA DANIELLE DINIZ SANDES

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00096-00	ATILA DANIELLE DINIZ SANDES	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00068 - BARBARA ISABELA ALVES COELHO

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00068-00	BARBARA ISABELA ALVES COELHO	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00069 - BREND DA VALERIA ROCHA DE SOUZA

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00069-00	BREND DA VALERIA ROCHA DE SOUZA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00094 - CIBELE CRISTINA ANDRADE CUNHA

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00094-00	CIBELE CRISTINA ANDRADE CUNHA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia: R\$ 17.90				

Familia: 00205-00091 - CLAUDILENE VIEIRA DE CASTRO

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00091-00	CLAUDILENE VIEIRA DE CASTRO	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00089 - CRISTIANE APARECIDA DINIZ				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00089-00	CRISTIANE APARECIDA DINIZ	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00070 - EDILENE GOMES SILVA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00070-00	EDILENE GOMES SILVA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00062 - EDMAR PRADO BARBOSA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00062-00	EDMAR PRADO BARBOSA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00059 - ELAINE JAQUELINE LUANA PIMENTEL DA CRUZ				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00059-00	ELAINE JAQUELINE LUANA PIMENTEL DA CRUZ	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00074 - JAILSON ALVES DE SOUSA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00074-00	JAILSON ALVES DE SOUSA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00067 - JANAINA SILVA DE ALMEIDA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00067-00	JANAINA SILVA DE ALMEIDA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00092 - KELLY CRISTINA ALVES RODRIGUES				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00092-00	KELLY CRISTINA ALVES RODRIGUES	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00095 - MARA CLEIA DE OLIVEIRA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00095-00	MARA CLEIA DE OLIVEIRA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00093 - MARIA APARECIDA DE SA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00093-00	MARIA APARECIDA DE SA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
				Total por familia: R\$ 17.90
Familia: 00205-00082 - MARILIA MOREIRA DOS REIS				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor

Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00082-00	MARILIA MOREIRA DOS REIS	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia:				R\$ 17.90
Familia: 00205-00090 - RUTH FERREIRA DE SOUZA				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00090-00	RUTH FERREIRA DE SOUZA	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia:				R\$ 17.90
Familia: 00205-00061 - SIMONE APARECIDA LOPES SOARES DE AQUINO				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00061-00	SIMONE APARECIDA LOPES SOARES DE AQUINO	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia:				R\$ 17.90
Familia: 00205-00081 - VANESSA DE SOUZA REIS				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00081-00	VANESSA DE SOUZA REIS	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia:				R\$ 17.90
Familia: 00205-00084 - WEYBY TAINARA DE ALMEIDA ANDRADE				
Boleto	Beneficiário	Nome	Plano	Valor
0000678713	00205-00084-00	WEYBY TAINARA DE ALMEIDA ANDRADE	ODONTOPREV	R\$ 17.90
Total por familia:				R\$ 17.90
Titulares				24
Dependentes				0
Total Boletos				R\$ 429.60

TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, DENOMINADO **INTEGRAL CERD** REGISTRADO COM O CÓDIGO ANS N.º 401.862/98-1.

PROTOCOLO N.º: **20230411110637916067891**

REGISTRADO DIGITALMENTE EM: **11/03/2024 às 10:46:55**

OPERADORA DO PLANO: **ODONTOPREV S/A**

VIGÊNCIA: **12 MESES**

BENEFICIÁRIO TITULAR CONTRIBUINTE: **NÃO**

1. DAS PARTES

ADMINISTRADORA (**ESTIPULANTE**): **WIN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no **CNPJ sob o nº 19.112.659/0001-68**, estabelecida na Av. Ministro Orozimbo Nonato, 442, sala 701/702/707/708, Vila da Serra – Nova Lima/MG (CEP: 34.000-000), registro ANS nº. 41.923-1, representada por seu Diretor **WEIBER ZARATINI MENDES**, inscrito no CPF sob o nº 036.088.156-43.

CONTRATANTE (**ADERENTE**): **INSTITUICAO NSRA NAZARE**, Pessoa Jurídica, inscrita no **CNPJ sob o nº 23.241.854/0001-65**, localizada na RUA DESEMBARGADOR LUCIANO SOUZA LIMA 59 , BELA VISTA, CONTAGEM , MG, CEP nº 32010300, neste ato representado nos termos de seu Contrato Social/Estatuto Social/Atos Constitutivos/Certidão de Inteiro Teor, pelo seu representante legal ou sócio administrador.

CONTRATANTE (**COESTIPULANTE/AGLUTINADORA**): **SINTIBREF-MG X SINIBREF-MG - BENEFICENTES, RELIGIOSAS E FILANTROPICAS**, inscrita no **CNPJ sob o nº 02.131.247/0001-72**, localizada na Rua Rodrigues Caldas, número 703 no bairro Santo Agostinho - Belo Horizonte/MG CEP: 30190-120. Telefone: (31)3423-8686, Celular: , E-mail cordenacao@sintibref-minas.org.br .

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO

A contratação se dará pela forma Coletiva Empresarial, na segmentação de Assistência Odontológica, sem a presença de Fator Moderador, de Abrangência Geográfica Nacional conforme estabelecido no contrato do plano com a **OPERADORA**, possuindo Cobertura Adicional e não possuindo Padrão de Acomodação em internação, nem Carência.

3. DO PREÇO, DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DO REAJUSTE

O valor do plano odontológico contratado é de **R\$ 17,50** sua formação de preço se dará na modalidade pré-estabelecida. O reajuste do presente plano contratado junto à **OPERADORA** é a partir de 01/01 do ano subsequente à adesão, data em que o plano odontológico poderá

4. DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS

4.1. Os procedimentos cobertos tanto para empregados quanto dependentes contemplam: rol mínimo da ANS, quais sejam, cirurgia, dentística, diagnóstico, endodontia, odontopediatria, pacientes especiais, prótese, periodontia, radiologia, urgência, prevenção em saúde bucal, bem como, **mais de 27 (vinte e sete) procedimentos adicionais** nas seguintes coberturas: prótese dentária, cirurgia, dentística, emergência, endodontia, odontologia legal, odontopediatria, periodontia, prevenção, radiologia.

4.2. O benefício adicional tratado neste termo se refere ao aparelho ortodôntico, onde o beneficiário não terá gastos com este e sua colocação quando for atendido por um ortodontista credenciado pela rede da **ODONTOPREV**. Utilizando este benefício adicional, o beneficiário arcará apenas com a primeira consulta e com a manutenção ortodôntica mensal (mínimo de 05 obrigatórias com o mesmo profissional) e **serão pagas diretamente ao profissional**.

4.2.1. O aparelho ortodôntico a que se refere o item 4.2, se trata do aparelho móvel, fixo metálico (não estético) e ortopédico, **tal benefício é válido apenas onde existe rede credenciada na especialidade de ortodontia**.

5. DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. São considerados **Beneficiários Titulares** para os efeitos deste Termo de Adesão, a pessoa física que mantém vínculo empregatício com a **ADERENTE**, bem como, seus sócios e administradores.

5.1.1. São considerados **Beneficiários Dependentes** o cônjuge ou companheiro(a) do Beneficiário Titular, conforme legislação vigente, bem como os filhos(as), enteados(as) ou tutelados(as), dependentes economicamente do Beneficiário Titular, conforme legislação do I.R., e que sejam solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos de idade.

5.1.2. São considerados **Beneficiários Agregados do Beneficiário Titular**, para os fins deste Termo de Adesão: MAE; PAI; IRMA; IRMAO; CONJUGE; COMPANHEIRO(A); FILHOS MAIORES DE 21 ANOS, nos termos do item 3.5.3., da Cláusula Terceira das Condições Gerais do plano contratado junto à **OPERADORA**.

5.1.3. Os **Beneficiários Titulares**, que quiserem incluir seus dependentes e agregados no presente Plano Odontológico, deverão solicitar a inclusão dos mesmos à **ADERENTE**, bem como, formalizar autorização expressa, para que o valor referente ao plano odontológico seja diretamente descontado em folha de pagamento do **Beneficiário Titular**.

6. REGRAS GERAIS

6.1. O Plano tratado neste instrumento é acertado pela Administradora Estipulante em epígrafe qualificada, nos termos da súmula 17/11 e do inciso II do art. 29 da RN 557/22 e art. 5º da RN 515/22 e alterações da ANS, visando a reunião de pessoas jurídicas elegíveis em uma única contratação. Dessa forma, a **ADERENTE** acima qualificada no item 1, adere expressamente neste ato ao contrato do plano acertado entre a **COESTIPULANTE (AGLUTINADORA)** e a **ESTIPULANTE**, ratificando em oportuno, todos os termos e condições acertadas pelas partes.

6.2. A adesão de cada **ADERENTE** vigorará pelo prazo mínimo de 12(doze) meses da data de adesão, sendo renovado automaticamente, por prazo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer das partes, com antecedência mínima de 30(trinta) dias ao término da vigência.

6.3. A mensalidade deverá ser paga, impreterivelmente, até o dia 10 do mês subsequente à adesão e à inclusão pela **ADERENTE**, das pessoas aptas a contratar o presente Plano Odontológico. Lembrando que, caso o beneficiário tenha trabalhado no mínimo um dia, ele deverá ser incluído no presente benefício ficando ativo até o último dia do mês da inclusão, sendo assim, o nome dele constará no boleto de vigência referente ao mês coberto, devendo o valor referente a ativação do beneficiário ser pago em sua integralidade.

6.4. DO REAJUSTE DO PLANO: O reajuste será realizado conforme **AS REGRAS E CONDIÇÕES DO CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE REALIZADO ENTRE A ESTIPULANTE E A OPERADORA**. O contrato, bem como o Guia de Leitura Contratual (GLC) a que se refere este item está disponível para download na área de usuário.

6.5. O rol de coberturas é destinado apenas às pessoas físicas que se enquadrarem nas definições deste termo. A análise do preenchimento dos requisitos de enquadramento quanto à categoria de representatividade, deverá ser realizada pela **ADERENTE** no momento da contratação do benefício odontológico, aplicando-se ainda este benefício a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: contrato de trabalho por tempo indeterminado, por prazo determinado, por período de experiência, temporário entre outras modalidades com previsão na Consolidação das Leis do Trabalho, ou aceitas pela jurisprudência.

6.6. Lembramos que, para inclusão ou exclusão no Plano Odontológico, a movimentação deve ser realizada até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês através do Sistema Integrado de Benefícios - SIB. Caso o dia padrão, para inserção e/ou atualização dos dados cadastrais dos empregados através do Sistema Integrado de Benefícios - SIB, caia em finais de semana ou feriados, **o envio de tais dados deverá ser antecipado para o último dia útil que anteceda o dia 25 (vinte e cinco).**

6.7. Caso a **ADERENTE**, por algum motivo, não consiga informar dentro do prazo estipulado no item 6.6, não será possível efetuar alterações no boleto e na vigência do Plano Odontológico.

6.8. Ao enviar a movimentação (inclusão e ou exclusão de empregados), estas não serão atualizadas caso a **ADERENTE** esteja inadimplente com o presente Plano Odontológico. Após a quitação de toda a pendência a **ADERENTE** suspensa deverá dar novo aceite no **TERMO DE ADESÃO** e assim encaminhar através dos meios disponíveis a relação de empregados atualizada para reinclusão.

6.9. No caso de a movimentação ser realizada por meio de **Empresa de Contabilidade**, a **ADERENTE**, por meio de seu(ua) responsável legal, desde já, outorga procuração por meio deste termo, para que o contador possa realizar tais movimentações em seu nome, podendo representar a **ADERENTE** neste e em outros atos necessários à execução das finalidades necessárias ao cumprimento da CCT/ACT de sua categoria.

6.10. O reembolso de procedimentos, previstos no contrato entre **OPERADORA E ESTIPULANTE** que faz parte integrante do **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)** será viabilizado somente quando o beneficiário utilizar a rede não credenciada da **OPERADORA CONTRATADA** e nos termos e condições elencados daquele contrato.

6.10.1. Os procedimentos relativos à Tabela de Reembolso e suas respectivas U.O (unidade odontológica), estão previstos no **(GLC)**, recebidos no momento da contratação do Plano Odontológico e presente na área do usuário. Tal reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação obrigatória da **ESTIPULANTE** à **ODONTOPREV**, quais sejam:

- a)** Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou entidade não credenciada pela **OPERADORA CONTRATADA** (recibos e/ou notas fiscais);
- b)** Formulário de Requisição de Reembolso, previsto no **(GLC)**, devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável;

6.10.2. O Beneficiário do Plano Odontológico, perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento que o ensejou.

7. OBRIGAÇÕES DA ADERENTE

7.1. São deveres da empresa **ADERENTE**:

7.1.1. Cadastrar todos os seus empregados de forma compulsória, até a data do dia 25 (vinte e cinco) do mês de adesão no Plano Odontológico, por meio do Sistema Integrado de Benefícios - SIB.

7.1.2. Efetivar, via Sistema Integrado de Benefícios, a inclusão de novos beneficiários titulares e seus dependentes nos moldes deste termo de adesão quando da ocorrência de contratação de empregados, bem como a sua exclusão, na hipótese de demissão de empregados titulares.

7.1.3. Manter constantemente atualizados os dados cadastrais previstos no Sistema Integrado de Benefícios.

7.1.4. Dar ciência aos empregados, em todas as fases do contrato, das condições do presente plano Odontológico e suas regras de utilização e restrições, do teor do benefício estipulado pela **AGLUTINADORA**, dos comunicados e avisos decorrentes do contrato do presente plano, respondendo por todos os danos causados por informações incompletas ou eventuais omissões;

7.2. Efetuar os pagamentos das mensalidades referentes ao Plano Odontológico, dentro dos prazos de vencimento previsto no item **6.3** deste termo.

7.3. O não pagamento da mensalidade relativa ao Plano Odontológico acarretará a suspensão do presente benefício, podendo ainda, resultar no indeferimento de quaisquer coberturas previstas que tenham ocorrido nesse período, bem como, a incidência de multa de 2% e juros pro rata die de 0,033%. Regularizado o pagamento do benefício, as coberturas previstas no presente plano serão novamente reestabelecidas, iniciando nova vigência a partir da confirmação de recebimento da(s) fatura(s) em aberto.

7.4. A inadimplência de qualquer boleto por mais de 20 (vinte) dias, contado do vencimento original, ensejará a suspensão do presente Plano Odontológico, sem direito a qualquer reembolso.

8 - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE

8.1. Eu, **ADERENTE**, devidamente qualificado no item 1 deste **TERMO DE ADESÃO**, declaro que recebi, li, analisei, compreendi e discuti o teor dos documentos de informações mínimas acerca dos tipos de contratação, quais sejam, o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MS)** e o **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)** que estão no site www.centraldosbeneficios.com.br/winsaude e disponíveis para download na área de usuário, compreendendo o seu sentido e alcance e ainda, declaro expressamente minha concordância aos termos dos mesmos sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo o meu aceite ao final deste **TERMO DE ADESÃO**.

8.2. Declaro, por fim, ter conhecimento de que poderei receber notificações da **OPERADORA DO PLANO** e/ou da **ESTIPULANTE**, inclusive decorrentes de inadimplência, por meio de correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (como WhatsApp, Messenger ou outro do tipo), ligações gravadas, SMS ou qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.

9.1. A **ADERENTE** poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 7 (sete) dias de duração a partir da data de vigência do contrato, desde que o plano contratado não tenha sido utilizado por nenhum beneficiário, titular ou dependente, sendo que em caso de utilização poderá ser cobrado os valores de custeio dos procedimentos efetuados.

9.2. Para solicitar a rescisão unilateral do contrato no prazo de 7 (sete) dias da contratação, a **ADERENTE** deverá preencher o formulário disponível na área de usuário.

10. DA VIGÊNCIA

10.1. A Vigência deste contrato Eletrônico está condicionado ao efetivo pagamento dos valores referentes à assistência odontológica contratada, conforme o art. 6º da RN 413/2016 e abrande todas as informações descritas no art. 4º da RN 413/2016, que dispõe sobre a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

11. DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

11.1. As **PARTES** se comprometem a atender e respeitar integralmente as disposições da Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**, no que tange ao tratamento de dados pessoais necessário para execução deste Termo de Adesão.

11.2. Todo e qualquer tratamento de dados envolvido no presente Termo de Adesão tem como base legal precípua o cumprimento de obrigação legal decorrente de Convenção Coletiva de Trabalho ou Acordo Coletivo de Trabalho firmado pelo sindicato da categoria, nos termos dos seguintes dispositivos de lei: artigo 7º, XXVI da CR/88, Artigo 7º, II e art. 11, inciso II, alínea "a" da Lei nº 13.709/18 (LGPD).

11.3. Mediante a adesão ao presente Termo pela **ADERENTE**, outra base legal também se incorpora ao rol de dispositivos legais supra, qual seja, a necessidade visando a execução contratual prevista no artigo 7º, V da Lei nº 13.709/18 (LGPD), com o fito de dar cumprimento à obrigação legal de atendimento ao Acordo/Convenção Coletiva de Trabalho.

11.4. As **PARTES** se comprometem a adotar todas as medidas técnicas e administrativas necessárias para garantir a proteção dos dados pessoais tratados em razão deste Termo de Adesão.

11.5. Os dados pessoais coletados pela **ADERENTE** para a finalidade destacada acima, serão compartilhados para o tratamento dos mesmos pela **ESTIPULANTE** ou pela **OPERADORA** nos exatos termos deste contrato. Não podendo assim operadores e controladores utilizarem tais dados para nenhuma outra finalidade. Fica vedado ceder ou compartilhar com terceiros, bem como, obrigando todas as partes a manterem os dados pessoais em seus respectivos arquivos apenas pelo tempo necessário e permitido pela legislação aplicável.

11.6. Os dados pessoais de usuários ou beneficiários pessoas físicas, que forem coletados diretamente pela **ESTIPULANTE** e ou pela **OPERADORA** são de sua responsabilidade, devendo as mesmas tratarem os dados pessoais seguindo as bases legais e aplicáveis aos casos.

11.7. A relação entre as partes no que tange às obrigações e responsabilidades perante o tratamento de dados pessoais deverá ser regida conforme previsão da legislação aplicável, inclusive, no papel desempenhado por cada agente na qualidade de controlador e operador dos dados pessoais.

12. Das Modificações

12.1. Eventuais modificações neste Termo de Adesão, serão realizadas sem que haja necessidade de nova assinatura da **ADERENTE**. A **ADERENTE**, ao acessar o portal, será notificado da modificação realizada no presente Termo de Adesão.

13. ASSINATURAS

13.1. As **PARTES** envolvidas neste instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através da plataforma **DOCSALES** atualmente no endereço www.docsales.com.br, com fundamento no Artigo 10, parágrafo 2º da MP 2200-2/2001, Artigo 6º do Decreto 10.278/2020 e Artigo 784, § 4º do CPC, sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das **PARTES**. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura com Certificado Digital/eletrônica tem a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou NF-e. As **PARTES** renunciam à possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não-eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável.

Belo Horizonte/MG, 11 de Março de 2024.

Responsável da contratante: Ana Geralda Ferreira

CPF responsável da contratante: 993.321.406-34

imprimir



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA
Secretaria Municipal de Fazenda

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

A autenticidade desta nota pode ser confirmada em: https://e-nfs.com.br/e-nfs_novalima, informando o código de verificação.

Código de verificação

9C8A8F501

Data/Hora da emissão

2025-03-01 - 00:54:09

Natureza da operação

ISSQN a Recolher

Número da Nota

472063**Prestador de Serviços****WIN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**

MINISTRO OROZIMBO NONATO, 442, SALA 701, 702, 707, 708 E-OFFI
VILA DA SERRA

CEP 34006-053 - NOVA LIMA - MG - BRASIL

CPF/CNPJ 19.112.659/0001-68

Inscrição Municipal

131705668

Email fiscal@dhisa.com.br

Inscrição Estadual

Tomador de Serviço

Nome do tomador do serviço

INSTITUICAO NSRA NAZARE

CPF/CNPJ

23.241.854/0001-65

Endereço

R DESEMBARGADOR LUCIANO SOUZA LIMA 59, 59,

Bairro

BELA VISTA

Cep

32010300

Cidade

CONTAGEM - MG - BRASIL

Inscrição Municipal

Email

ansnazare.ifa@gmail.com

Inscrição Estadual

Discriminação do Serviço/Dados Adicionais

Plano Odontologico (Referente ao venc: 10/03/2025 - R\$ 429,60
NF Referente ao Boleto numero do documento: 0000678713 Tributos incidentes conforme Lei 12.741/2012: ISSQN (2%), PIS (0,65%), COFINS/CSL (4%). Base de calculo para retencao na fonte do IR/PIS/COFINS/CSLL nos termos da Lei 9.718/98 R\$ 208,80

Serviço:

1712-ADMINISTRAÇÃO EM GERAL, INCLUSIVE DE BENS E NEGÓCIOS DE
TERCEIROS

Valor do Serviço (R\$)	Qtd.	Desconto(R\$)	Dedução(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor do ISS(R\$)	Total(R\$)
429,60	1,00	0,00	220,80	208,80	2,00	4,18	429,60

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 429,60**Retenções**

INSS(R\$)	PIS(R\$)	Cofins(R\$)	C.S.L.L(R\$)	IRRF(R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ISSQN(R\$)	Outras Retenções(R\$)	Total das Retenções (R\$)	Valor Líquido da Nota(R\$)	
0,00	0,00	0,00	429,60	

Outras Informações

- ISS de responsabilidade do: Prestador de serviço
- Serviço Tributado no Município: NOVA LIMA
- Esta NFSE foi emitida com respaldo da Lei nº 1.911/2005 e do Decreto nº 10.259/2020.
- Data do vencimento do ISS desta NFSE: 12/04/25
- Esta NFS-e substitui o RPS Nº 604255, série: A, emitido em 01/03/2025

