

dentalpar

 **affix**



Dentalpar
ANS - nº 32.289-0
Affix
ANS - nº 41.742-4

MANUAL DO CORRETOR

DENTALPAR
ADESÃO

CONTRATO DE PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO POR ADESÃO

Administradora de benefícios/contratante: Affix Administradora de Benefícios.

Plano odontológico coletivo por adesão.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.



TABELA

| PRODUTO | MASTER I ADESÃO | MASTER IV ADESÃO |
|--------------------|------------------------|-------------------------|
| ABRANGÊNCIA | Grupo de Estados | Grupo de Estados |
| CÓDIGO ANS | 477.891/17-0 | 477.890.17-1 |
| VALOR | R\$ 27,19 | R\$ 111,66 |



QUEM PODE ADERIR

FNEL – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes de ensino Infantil, fundamental, Ensino médio, graduação e pós graduação do ensino superior do Brasil.

Não é necessária a comprovação de vínculo com a entidade.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA

Funcionários do comércio e indústria.

Não é necessária a comprovação de vínculo com a entidade.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

ANSP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Servidores Públicos Municipais, Estaduais e Federais.

Não é necessária a comprovação de vínculo com a entidade.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

Todos os profissionais liberais associados à UNIPRO.

Não é necessária a comprovação de vínculo com a entidade.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa.
- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até 15 anos).
- Cópia do RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- Cópia do CPF (obrigatório para todos os beneficiários).
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias), sendo em nome do titular ou familiar com comprovação de vínculo.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento + Cópia RG e CPF (obrigatório para todos os beneficiários).

Companheiro(a)

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a).
- Cópia do RG e CPF (obrigatório para todos os beneficiários).

Filhos(as) próprios ou adotivos ou enteados do titular, que sejam solteiros(as) e menores de 21 (vinte e um) anos; Membros do grupo familiar até terceiro grau de parentesco consanguíneo e/ou até o segundo grau de parentesco por afinidade (irmão, descendentes ou ascendentes do cônjuge)

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até 15 anos).
- Cópia do RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- Cópia do CPF (obrigatório para todos os beneficiários).
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão social.

Filhos(as) portadores de necessidade especiais de qualquer natureza, próprios ou adotivos ou enteados, independentemente da idade

- Cópia da Certidão de Nascimento (aceita até 15 anos).
- Cópia do RG (obrigatório a partir de 16 anos).
- Cópia do CPF obrigatório para todos.
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão social.
- Cópia autenticada do Atestado de Invalidez emitido pelo INSS.

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede odontológica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Reajuste anual: **OUTUBRO 2025**.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- A solicitação de transferência do plano poderá ser realizada apenas upgrade a qualquer momento, downgrade somente com 12 meses de plano, de acordo com o cronograma de movimentação, mediante a prévia autorização da operadora e desde que respeitadas as demais regras vigentes.
- Cópias dos documentos anexados a proposta de adesão, deverão estar legíveis.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ou igual ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.



ÁREA DE ABRANGÊNCIA

AM, BA, DF, GO, MA, MG, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RS, SC, SE e SP.



VIGÊNCIA

| VIGÊNCIA | VENCIMENTO |
|----------|-------------|
| Dia 01 | Todo dia 01 |
| Dia 15 | Todo dia 15 |



CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

| ESPECIALIDADE | PRAZO DE CARÊNCIA |
|-------------------------|-------------------|
| Diagnóstico | 24 horas |
| Urgência | 24 horas |
| Dentística e ortodontia | 30 dias |
| Periodontia e cirurgia | 60 dias |
| Endodontia e prótese | 60 dias |