

TERMOS E CONDIÇÕES DE USO

PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR - PAF

A ASPIBRA,

Disponibilizará aos seus associados o Programa de Assistência Familiar - PAF, conforme as seguintes condições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO

I) Consultas médicas ao associado, sem limitação de número de consultas ou especialidades na seguinte cobertura:

Angiologia, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Neurologia, Nutricionista, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, infectologia, Psicologia, Psiquiatria, Urologia, Geriatria, Reumatologia, além de descontos em exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes.

Odontologia com desconto

II) Não haverá nenhuma contribuição adicional em valores para as consultas médicas das especialidades atendidas em todo o território nacional, desde que agendadas pelo **DISQUE CONSULTA**.

III) As consultas devem ser previamente agendadas junto ao **DISQUE CONSULTA** através do número: **(11) 2983-6888, (11) 98811-7283 WHATS** de segunda a sexta-feira, no horário de 08:30h às 17:00h.

IV) Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento, o associado deve informar a ASPIBRA, em até 24 horas de antecedência, por meio de **WHATS** enviado ao setor de [Disque consultas 2983-6888 ou WHATS \(11\) 98811-7283](#). Caso não o faça, será considerada ausência injustificada do associado. Havendo reincidência de ausência injustificada o associado deverá pagar através de um boleto bancário emitido pela ASPIBRA o valor entre R\$ 50,00 correspondente à consulta agendada e faltosa.

Até que haja o devido pagamento o associado e seus dependentes ficarão impedidos de utilizar os benefícios e consultas médicas. Após o pagamento do referido boleto, o comprovante deverá ser enviado ao email da ASPIBRA, para que a liberação seja feita.

V) É garantido a todo associado da categoria as especialidades previstas na Rede de Credenciados para todo o território nacional, mas nem toda clínica credenciada necessariamente terá todas as especialidades conjuntamente. As solicitações de consultas médicas de especialidades serão atendidas conforme local de atendimento.

VI) Os atendimentos serão realizados nas clínicas conveniadas com a ASPIBRA , disponíveis em todo território nacional, conforme divulgação no site: www.aspiBRA.com.br , ou telefones (11) 2386-9735 (11) 2983-6888.

VII) Os exames laboratoriais e procedimentos prescritos poderão ser feitos nos laboratórios e Clínicas Conveniadas com descontos variados, conforme tabela da própria clínica, que serão apresentados no ato da consulta, a serem pagos diretamente ao laboratório ou clínica escolhida para atendimento.

VIII) ~~As clínicas conveniadas e especialidades e procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações durante a vigência deste termo.~~

IX) Os associados da ASPIBRA que estiver inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

XIV. Os associados da ASPIBRA que estiver inadimplentes e enviar admissões para inclusão ou para exclusão, não será garantido da atualização, e tão pouco o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do associado que deseja.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O associado, obrigatoriamente, contribuirá com o valor único R\$ 69,50 a título de adesão associativa.

PARÁGRAFO TERCEIRO

I. O Associado pagará, por um período mínimo de 12 (doze) meses, uma taxa mensal de **R\$ 69,50 Plano Individual ;**

II. O Plano para o casal no Valor R\$ 104,50;

III. Plano familiar R\$ 154,50 que dá direito ao casal mais dois filhos menores de 21 anos:

IV. Plano Empresarial verificar valores

V. Pagamento em atraso da mensalidade mencionada no item I deste parágrafo será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,33% ao dia, sobre o valor principal.

III. Havendo atraso superior a 15 dias da data de pagamento, a cobrança será enviada para Cartório de Protesto de Títulos e as despesas oriundas deste procedimento serão de responsabilidade do associado.

VI. O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos serão de total responsabilidade do associado, independente dos motivos.

V. Caso o associado decida cancelar a adesão antes do término do período de 12 (doze) meses, pagará uma multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da soma vincendas.

PARÁGRAFO QUARTO

Faculta-se aos associados a inclusão de dependentes, com acréscimo dos valores correspondentes. _____

PARÁGRAFO QUINTO

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os benefícios do associado. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta o associado da quitação de pagamento(s) pendente(s).

São Paulo, de _____ de 20__.

Associado Titular _____

CPF _____

ASPIBRA