



ASTEFAL KIDS

Nº _____
VENCIMENTO _____

FICHA DE CADASTRO

NOME _____
DATA DE NASC _____ RG _____ CPF _____
END _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____
RESPONSÁVEL: _____
RG _____ **CPF** _____ **TEL:** _____

Cláusula 1º: O Plano de Assistência Médica ASTEFAL KIDS dará cobertura aos associados com idade de **0 á 13 Anos , 11 Meses e 29 Dias**. Após essa faixa etária a criança precisará automaticamente migrar para o Plano de Assistência Médica Adulto de acordo com a data de seu aniversário.

Cláusula 2º: Todo associado tem direito gratuitamente a consultas médicas, tratamento clínico odontológico (extração, obturação e limpeza), serviço de urgência pediátrica , assistência funerária e descontos nos exames, **após período de carência.**

Cláusula 3º: O período de carência são: **(01)** Um mês para o serviço **URGÊNCIA PEDRIATRICA** **(02)** dois meses para consultas médicas e tratamento odontológicos gratuitos **(desde que as mensalidades sejam pagas em dia)**, 01 (um) ano de contribuição de forma ininterrupta para o serviço funeral. Os descontos nos exames serão imediatos ao ato da adesão. Todo associado tem o dever de respeitar o período de carência para cada procedimento.

Cláusula 4º Todo associado que necessitar de consulta e tratamento odontológico antes do período de carência pagará uma taxa estabelecida pela tabela da ASTEFAL.

Cláusula 5º O pagamento da mensalidade poderá ser feito na sede da ASTEFAL, ou através de boleto bancário. O carnê e o boleto só são adquiridos na própria ASTEFAL. O pagamento deverá ser efetuado **até o vencimento**. Exceto para os fins de semana e feriado, podendo ser pago no 1º dia útil.

Cláusula 6º Somente terá direito a gratuidade nas consultas e nos procedimentos odontológicos, o sócio que pagar a mensalidade até o vencimento, pagando em atraso acarretará a suspensão da gratuidade. Caso o mesmo necessite de alguma consulta ou de algum procedimento odontológico, pagará o valor do mesmo de acordo com a tabela estabelecida pela ASTEFAL.

Cláusula 7º Todo associado tem direito a 01 (**uma**) consulta a cada trinta dias para a mesma especialidade médica, com **retorno até (15/30) quinze ou trinta dias**. Excedendo o prazo do retorno,

o mesmo que desejar consultar-se pagará o valor da consulta de acordo com a tabela da ASTEFAL ou aguardará o intervalo de **30 (Trinta)** dias para requerer outra consulta.

Cláusula 8º Os clientes e associados da ASTEFAL terão direito ao ressarcimento do pagamento de consultas e exames **não realizados**, somente mediante a devolução da autorização original e no período máximo de até 03 (três) meses.

Cláusula 9º Todo associado tem direito a um procedimento clínico odontológico por semana, sem direito a retorno. O mesmo que desejar outro procedimento na mesma semana pagará o valor de acordo com a tabela estabelecida pela ASTEFAL.

Cláusula 10º O serviço de **URGÊNCIA PEDIATRICA** é de inteira responsabilidade da **CLÍNICA PEDIATRIA MACEIÓ**.

Cláusula 11º O atendimento do serviço de **URGÊNCIA PEDIATRICA** na **CLÍNICA PEDIATRIA MACEIÓ** disponibiliza da consulta ambulatorial pediátrica, ou seja, a avaliação do quadro clínico da criança, incluindo a administração de medicamentos necessários para o caso atual.

A assistência **NÃO** cobre **INTERNAMENTO, CIRURGIAS, SUTURAS, EXAMES LABORATORIAS E DE IMAGEM, NEM ATENDIMENTO ORTOPÉDICO**. Em Caso de internamento e/ou intervenção cirúrgica devido ao agravamento do quadro de saúde atual do paciente, será de inteira responsabilidade do responsável pelo associado.

Cláusula 12º A **URGÊNCIA PEDIATRICA** está localizada na **CLÍNICA PEDIATRIA MACEIÓ, situada na Av. Júlio Marques Luz, 529 – Jatiúca / Maceió/AL** (Próximo ao Hospital Vida), Atendimento : todos os dias das **07:00 às 22:00** Telefone p/ contato : **(82) 3231-7742** (recepção da clínica) , **Atendimento para crianças de 0 á 13 anos , 11 meses e 29 dias** .

Cláusula 13º Em caso de desistência da Assistência Médica ASTEFAL, o responsável pelo associado deverá assinar o termo de cancelamento. Caso o mesmo não assine será considerado abandono e acarretará mensalidades em aberto, podendo apenas retornar ao uso da assistência médica atualizando sua situação financeira junto a ASTEFAL.

Cláusula 14º A ASTEFAL **NÃO** dá cobertura a seções nas especialidades: **FISIOTERAPIA, FONOAUDIÓLOGIA, PSICOLOGIA, APLICAÇÃO DE VARIZES (ANGIOLOGISTA) E APLICAÇÃO COM O REUMATOLOGISTA**.

Cláusula 15º: A ASTEFAL tem plenos direitos de cancelar a assistência médica do associado que esteja usando os serviços de má fé.

Cláusula 16º: O reajuste no valor das mensalidades ocorre anualmente, ou seja, 01 (uma) vez ao ano, e atinge a todos os associados, independente do tempo de credenciamento.

Maceió/AL, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Responsável