

TERMO DE ADESÃO

São partes no presente Termo de Adesão, de um lado, como **PROPONENTE**:

VALE S/A, inscrita no CNPJ sob o nr 33.592.510/0001-54, com endereço Av. Dr. Marco Paulo Simon Jardim, 3580, Nova Lima/MG, CEP – 34006-270, e,

De outro lado, daqui por diante denominado **ADERENTE**:

[NOME COMPLETO], inscrito no CPF nº _____, Carteira de Identidade nº _____, residente na _____,

_____[ENDEREÇO COMPLETO: LOGRADOURO, NÚMERO, BAIRRO, CIDADE, ESTADO, CEP]

1. DAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

1.1 Considerando que o ADERENTE declara, para todos os fins de direito, que é familiar legalmente reconhecido da vítima _____, que veio a óbito em razão do rompimento da barragem BI na Mina do Córrego do Feijão em Brumadinho, acontecido na data de 25/01/2019;

1.2 Considerando que a PROPONENTE, por sua mera liberalidade, resolveu instituir medida assistencial para fins de reembolso de mensalidade e coparticipação de plano de saúde e que há interesse por parte do ADERENTE de que a PROPONENTE lhe conceda esse reembolso, as Partes, acima qualificadas, firmam o presente **TERMO DE ADESÃO** a ser regido pelo PGS-004615 e pelas condições a seguir.

2. DA LEGITIMIDADE

2.1 O ADERENTE declara, sob as penas da lei, que detém o seguinte grau de parentesco assinalado abaixo, com a vítima fatal (trabalhador próprio ou terceirizado, ou membro da comunidade) do rompimento da Barragem da Mina do Córrego do Feijão (Brumadinho), identificada nas CONSIDERAÇÕES INICIAIS, item I, acima, da presente peça:

- Irmão(ã), de qualquer idade, de trabalhadores próprios e terceirizados;
- Cônjuge/Companheiro(a), Filho(a), de qualquer idade, ou irmão(ã) de vítima dos membros da Comunidade, não contemplados no plano de saúde oferecido diretamente pela Vale S/A, por força da Ação Civil Pública nº 0010261-67.2019.5.03.0028;
- Filho(a) não contemplados no plano de saúde oferecido diretamente pela Vale S/A, por força da Ação Civil Pública nº 0010261-67.2019.5.03.0028.

3. DO REEMBOLSO DE MENSALIDADE E DE COPARTICIPAÇÃO DECORRENTE DA CONTRATAÇÃO E/OU MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE MÉDICO:

3.1 Pelo presente instrumento e preenchidos os requisitos definidos no PGS-004615, a PROPONENTE resolve conceder ao ADERENTE reembolso de despesas mensais e de coparticipação decorrente da

PGS-004615 Reembolso de Plano de Saúde Médico, Rev.: 00-30/03/2021

contratação e/ou manutenção pela ADERENTE de Plano de Saúde médico, regularmente registrado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estando excluídas do reembolso quaisquer despesas estranhas à mensalidade e coparticipação, tais como, mas não a estas se restringindo, multa, juros, coberturas adicionais, prêmios, taxas, dentre outras, observados os limites mensais previstos no item 4 (quatro) do presente Termo.

3.2 Não serão realizados quaisquer adiantamentos financeiros para pagamento futuro do plano escolhido, sendo a presente medida assistencial restrita ao reembolso das despesas já pagas pelo ADERENTE para contratação e manutenção de Plano Privado de Assistência à Saúde para atendimento médico.

3.3 O reembolso restringe-se ao efetivo desembolso feito pelo ADERENTE ou seu representante legal e devidamente comprovado. Não serão reembolsadas despesas quitadas por empregadores, pessoas jurídicas ou assemelhados.

3.4 Não haverá o reembolso de despesas com planos coletivos empresariais.

3.5 O ADERENTE declara que tem conhecimento de que a PROPONENTE não tem qualquer responsabilidade ou ingerência sobre o contrato firmado entre o ADERENTE e a Operadora para fins de obtenção do plano de saúde, pelo que a PROPONENTE não se obriga pelos termos deste.

4. DOS LIMITES PARA REEMBOLSO

4.1 O reembolso do valor da mensalidade e da coparticipação decorrentes da contratação e/ou manutenção do plano de saúde próprio será realizado em observância ao disposto no quadro abaixo:

Faixa Etária	Limite de Reembolso Mensal (Mensalidade e Coparticipação)
Entre 0 e 18 anos	R\$ 320,81
Entre 19 e 23 anos	R\$ 320,81
Entre 24 e 28 anos	R\$ 355,45
Entre 29 e 33 Anos	R\$ 508,80
Entre 34 e 38 anos	R\$ 534,29
Entre 39 e 43 anos	R\$ 582,80
Entre 44 e 48 anos	R\$ 785,91
Entre 49 e 53 anos	R\$ 896,72
Entre 54 e 58 anos	R\$ 1.221,24
Entre 59 anos ou mais	R\$ 1.924,68

5. DO COMPROVANTE DE REEMBOLSO:

5.1. Nos recibos de pagamento deverão constar, expressamente, a identificação da Operadora, CNPJ, endereço e o valor pago pelo ADERENTE da mensalidade e coparticipação, sendo vedada a apresentação de recibo contendo despesas de terceiros ou de dependentes, não contemplados com a referida medida assistencial.

5.1.1 Caso não seja possível individualizar a cobrança, deverá o ADERENTE apresentar declaração firmada pela Operadora escolhida contendo seu valor individualizado, bem como constando a data de vencimento original; data de pagamento e a descrição do Plano de Saúde (produto) utilizado.

5.2 Os ressarcimentos só serão devidos pela PROPONENTE para as despesas mensais com vencimento original a partir da data de assinatura do Termo de Adesão a essa medida assistencial.

6. DO PROCEDIMENTO PARA REEMBOLSO

6.1 Para fins de processamento do reembolso, deve ser cumprido o seguinte procedimento:

PGS-004615 Reembolso de Plano de Saúde Médico, Rev.: 00-30/03/2021

6.1.1 quando da primeira solicitação, deverá o ADERENTE apresentar, via original ou cópia autenticada, da carteira do plano, contrato/regulamento do plano, comprovante de parentesco com a vítima, dados bancários. Deverão ser apresentados, apenas na via original, o boleto e comprovante de pagamento;

6.1.2 quando das solicitações mensais, em se tratando do mesmo plano, deverá apresentar cópia do boleto e comprovante de pagamento;

6.1.3 Somente serão aceitos boletos a partir da adesão dessa medida assistencial, em hipótese alguma haverá retroatividade;

6.2 Em caso de mudança de plano, deverá o ADERENTE, imediatamente, apresentar cópia autenticada do contrato e/ou regulamento do Plano Privado de Assistência à Saúde, permitindo à PROPONENTE analisar o preenchimento dos requisitos desta Instrução.

6.3 Ainda, quando do vencimento da carteira de identificação do plano, igualmente, na solicitação sucessiva ao vencimento, deverá o ADERENTE apresentar a nova carteira com o vencimento atualizado.

6.4 O depósito do reembolso pela PROPONENTE ocorrerá após a verificação da regularidade da documentação apresentada, da seguinte forma:

- a) Solicitações apresentadas entre os dias 1º e 15 de cada mês: o reembolso será realizado até o 5º dia útil do mês subsequente;
- b) Solicitações apresentadas a partir do dia 16 de cada mês: o reembolso será realizado até o 5º dia útil do mês imediatamente posterior ao mês subsequente.

7. DA PERDA DA MEDIDA ASSISTENCIAL

7.2 Após a adesão, o ADERENTE somente perderá o direito em caso de:

- a) Perda da qualidade de familiar da vítima fatal, nos termos do item 2;
- b) Falecimento do Aderente (sendo a medida intransferível aos herdeiros);
- c) Pedido feito por sua própria iniciativa;
- d) Fraude, simulação ou qualquer outro ato que atente contra a moralidade, lealdade, bons costumes e honestidade, independentemente da constatação de prejuízo financeiro, quer sejam praticados pelo ADERENTE ou terceiros por ele autorizados;
- e) Ausência de solicitação de reembolso por mais de 06 (seis) meses;
- f) Término do prazo de vigência (até 31/07/2024) da medida assistencial.

7.3 Em caso de perda da medida assistencial nas hipóteses 'c' e 'e', poderá o ADERENTE, desde que respeitada a vigência, solicitar seu reingresso mediante novo preenchimento do formulário, sendo devido os reembolsos, apenas, para as despesas mensais vencidas a partir da assinatura do pedido de reingresso.

7.4 Especificamente quanto a alínea 'd', do item 2, poderá a PROPONENTE instituir quaisquer mecanismos legais de apuração, especialmente a consulta pública junto ao sítio eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS quanto a ativação e manutenção do plano de saúde.

8. DA VIGÊNCIA:

PGS-004615 Reembolso de Plano de Saúde Médico, Rev.: 00-30/03/2021

8.1 A presente medida assistencial terá vigência até 31/07/2024, significando que os reembolsos pela PROPONENTE encerrar-se-ão, sem prorrogação, na data ora assinalada.

8.2 O prazo acima contar-se-á de forma contínua, sem quaisquer interrupções ou suspensões e não será prorrogado após 31/07/2024.

8.3 Após transcurso do prazo acima, a medida será automaticamente extinta, sem prévia comunicação ao ADERENTE.

9. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

9.1 O presente Instrumento, nos termos do artigo 585, inciso II, do Código de Processo Civil, para todos os efeitos, terá força de título executivo extrajudicial e deve ser lido e interpretado em conjunto com o PGS-004615, que, assim como este, deverá seguir assinada pelo ADERENTE, que dela tomou plena ciência e conhecimento, sendo considerada parte inseparável deste Termo de Adesão.

9.2 O ADERENTE declara, de boa-fé, que as informações prestadas são verdadeiras, e que está ciente de que, a apresentação de informações não verdadeiras o sujeitará (i) à devolução dos valores recebidos, com juros aplicáveis à caderneta de poupança, correção monetária (IPCA-E) e multa de 10% (dez por cento) sobre o valor recebido; (ii) responder por simulação e falsidade ideológica, nas esferas competentes, inclusive a criminal.

9.3 O Plano de Saúde deverá estar regularmente registrado junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conseqüentemente vinculado a uma Operadora, igualmente, regular junto à mencionada Agência Reguladora.

9.4 Não serão aceitas despesas incorridas com seguro saúde ou assemelhados, sendo imprescindível o registro do Plano de Saúde escolhido junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.5 Em caso de perda superveniente do registro pela Operadora junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o reembolso será imediatamente suspenso até a regularização ou nova contratação pelo ADERENTE.

9.6 Só serão reembolsadas as despesas com planos contratados nas modalidades coletivo por adesão e individual ou familiar.

9.7 O Plano de Saúde objeto desta medida assistencial poderá ter abrangência nacional, por grupo de estados ou de municípios, não se aplicando, no entanto, em hipótese alguma, a quaisquer coberturas para além do território nacional.

9.8 Esta medida assistencial aplica-se, exclusivamente, para fins de reembolso de Plano de Saúde para atendimento médico, em quaisquer segmentações (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com ou sem obstetrícia), não se aplicando a planos odontológicos, farmacológicos ou demais classificações, ainda que sob mesmo registro;

9.9 O reembolso existirá tão somente para as despesas com plano de saúde estritamente médicos. Caso o plano do ADERENTE possua um único registro junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) contendo as segmentações médica, odontológica, farmacológica ou outras, deverá o ADERENTE requerer junto a Operadora declaração formal precificando, apenas, o plano médico.

9.10 O reembolso será feito, exclusivamente, em moeda corrente nacional, devendo, inclusive, o comprovante de despesa demonstrar que esta é realizada na mesma moeda.

9.11 O valor será creditado, exclusivamente, em conta corrente nacional, de titularidade do ADERENTE ou representante legal.

PGS-004615 Reembolso de Plano de Saúde Médico, Rev.: 00-30/03/2021

9.12 Só serão realizados reembolsos de despesas mensais efetuadas nos últimos três meses contados do vencimento original da cobrança, podendo o ADERENTE apresentar os recibos separadamente ou em lote, desde que respeitado o limite temporal em questão e a individualização das cobranças.

9.13 O ADERENTE declara, em caráter irrevogável e irretroatável, que aceita e tomou conhecimento de todas as condições ora estabelecidas para o reembolso dos valores de mensalidade ou coparticipação decorrente da contratação ou manutenção de Plano de Saúde, comprometendo-se a honrar todas as disposições deste Termo de Adesão e do PGS-004615, que compõe o presente documento.

LI E CONCORDO COM AS CLÁUSULAS E AS CONDIÇÕES DO PRESENTE TERMO DE ADESÃO E DO PGS-004615;

E, por estarem assim, justos e acordados, assinam as Partes o presente Instrumento, em duas vias de igual teor, para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

_____, _____ de _____ de 20__.

VALE S/A

VALE S/A

ADERENTE

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: