

**TERMO DE ACEITE DE CLÁUSULA ADICIONAL PARA PROGRAMA
DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO) E
PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA)**

A Estipulante, abaixo nomeada, por seu representante, declara neste ato ciência sobre a cláusula adicional de cobertura relativa à elaboração e implantação dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO (NR9) e de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA (NR7), oferecidos pela Porto Seguro - Seguro Saúde S/A.

Há ciência ainda de que as coberturas ofertadas na referida cláusula adicional constituem benefício vinculado à apólice de seguro saúde, o qual pode perder seu caráter promocional após o período de 12 meses da sua vigência inicial, independente de comunicação ou notificação prévia por parte da Seguradora.

Também é do nosso conhecimento que os serviços serão prestados pela empresa **Portomed - Porto Seguro Serviços Médicos Ltda (CNPJ nº 01.473.781/0001-02)**, mas que poderá haver a qualquer tempo, a substituição do prestador ora indicado por outro equivalente.

No quadro abaixo, consta a descrição do Módulo e de suas coberturas:

MÓDULO STANDARD

COBERTURAS
ELABORAÇÃO DO PROGRAMA - PCMSO
REALIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS CLÍNICOOCUPACIONAIS*
EMISSÃO DE ASO (ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL)
EMISSÃO DE RELATÓRIO ANUAL - PCMSO
ELABORAÇÃO DO PROGRAMA - PPRA
EMISSÃO DE 1 (UM) RELATÓRIO ANUAL - PPRA POR ESTIPULANTE

*Admissional, Demissional, Mudança de Função, Retorno ao Trabalho e Periódico

DESTA FORMA, A OPÇÃO DESTE ESTIPULANTE É:

- PELO **MÓDULO STANDARD**, CUJA INCLUSÃO É GRATUITA, CONFORME DESCrito NO MANUAL "PROGRAMAS DE MEDICINA OCUPACIONAL E PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS" (PM51335);
- NÃO ADERIR AO MÓDULO.

ESTIPULANTE: _____

CNPJ: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

APÓLICE Nº: _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE SOB CARIMBO

SAC: 0800-727-2762 (informação, reclamação e cancelamento)
0800-727-8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou **Acesse: www.portoseguro.com.br**