



## **RENEGOCIA CEDAE SAÚDE**

### **REGULAMENTO**

#### **Regras do Programa**

**Art. 1º** - A CEDAE SAÚDE, com o objetivo de incentivar os Associados Beneficiários inadimplentes a regularizarem suas obrigações financeiras e de seus respectivos grupos familiares, lança o programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE.

#### **Adesão ao Programa**

**Art. 2º** - Os Associados responsáveis financeiros que tiverem **débitos vencidos e não pagos até 22/07/2024** poderão aderir ao programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE até o dia 07/10/2024 e optar por uma das modalidades de pagamento dos débitos, conforme alternativas contidas no artigo 3º abaixo.

**Parágrafo Único** – Não poderão aderir ao RENEGOCIA CEDAE SAÚDE os Associados que estiverem com seus dados cadastrais desatualizados perante à Cedae Saúde.

#### **Modalidades de Pagamento**

**Art. 3º** - Os Associados Beneficiários que tiverem débitos passíveis de parcelamento pelo RENEGOCIA CEDAE SAÚDE poderão optar pelas seguintes modalidades de parcelamentos, cujos benefícios serão os seguintes, respectivamente:

I - Pagamento do débito total em até 6 (seis) parcelas mensais, o Associado Beneficiário fará jus ao desconto de 100% de multa e juros;

II - Pagamento do débito total de 7 (sete) a 12 (doze) parcelas mensais, o Associado Beneficiário fará jus ao desconto de 80% de multa e juros;

**III** - Caso o Associado Beneficiário pretenda efetuar o pagamento do débito total em 13 (treze) parcelas ou mais, deverá apresentar uma PROPOSTA DE PAGAMENTO (conforme MODELO ANEXO).

**§1º** - As propostas apresentadas nos termos do inciso III acima serão analisadas individualmente pela Diretoria Executiva da CEDAE SAÚDE em Reunião da Diretoria que ocorrerá semanalmente. Os resultados da análise das propostas serão informados ao Associado Beneficiário por *e-mail*.

**§2º** - As decisões que deferirem ou indeferirem as propostas para parcelamento apresentadas nos termos do inciso III acima serão resultado da deliberação de votação dos integrantes da Diretoria Executiva da CEDAE SAÚDE em Reunião de Diretoria, devendo considerar tão somente sua pertinência, o interesse e liberalidade da entidade em aceitar ou recusar as referidas propostas.

**§3º** - Caso não receba o *e-mail* com o resultado da análise de sua proposta, cabe ao Associado Beneficiário a responsabilidade de entrar em contato com a GECLI, através do telefone (21) 2126-7000, pelo *e-mail* [renegocia@cedaesaude.org.br](mailto:renegocia@cedaesaude.org.br) ou presencialmente no setor de atendimento localizado no andar térreo do prédio sede da Cedae Saúde (Av. Presidente Vargas, Nº 2.655, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ) para ser cientificado do resultado.

**§4º** - Das decisões que indeferirem as propostas apresentadas não caberão recursos. No entanto, os Associados Beneficiários ainda poderão aderir aos parcelamentos das modalidades previstas nos incisos I ou II acima, ou mesmo apresentar nova proposta prevista no inciso III acima, desde que respeitados, em qualquer hipótese, o prazo e os procedimentos previstos neste regulamento.

**§5º** - Das decisões que deferirem as propostas apresentadas, os pagamentos deverão respeitar os procedimentos previstos no artigo 4º abaixo.

## Formas de Adesão

**Art. 4º** - O associado que quiser aproveitar os benefícios previstos no RENEGOCIA CEDAE SAÚDE deverá preencher e assinar o “Requerimento de Adesão e Confissão de Dívida” (MODELO ANEXO).

**§1º** - Os requerimentos deverão ser preenchidos e assinados pelo Associado responsável financeiro pelo grupo familiar.

**§2º** - Caso o Associado opte por enviar o “Requerimento de Adesão e Confissão de Dívida” (MODELO ANEXO) por *e-mail*, terá as seguintes opções:

- a) Reconhecimento de Firma: o próprio Associado deverá providenciar o reconhecimento de firma, por semelhança, no “Requerimento de Adesão e Confissão de Dívida” (MODELO ANEXO) devidamente preenchido e assinado e enviar para o *e-mail* [renegocia@cedaesaude.org.br](mailto:renegocia@cedaesaude.org.br) ;
- b) Assinatura Digital: após enviar o “Requerimento de Adesão e Confissão de Dívida” (MODELO ANEXO) devidamente preenchido e assinado (**sem** reconhecimento de firma) para o *e-mail* [renegocia@cedaesaude.org.br](mailto:renegocia@cedaesaude.org.br), o Associado receberá um novo *e-mail* para realizar a assinatura digital no documento. A assinatura digital poderá ser feita pelo próprio telefone celular do Associado e não terá qualquer custo para ele. As orientações com o passo-a-passo para a assinatura digital estarão no corpo do próprio *e-mail*.

**§3º** - Considerando a possibilidade de atualização dos valores objeto da renegociação, após o recebimento do *e-mail* com o modelo de "Requerimento de Adesão e Confissão de Dívida", além das respectivas informações sobre o débito a ser parcelado, o Associado terá o prazo de 5 dias úteis para enviar o "Requerimento de Adesão e Confissão de Dívida" devidamente preenchido e assinado com reconhecimento de firma ou finalizar a assinatura digital no requerimento, nos casos em que optar por esta forma de validação da assinatura.

**§4º** - Caso ultrapasse o prazo previsto no §3º acima, o associado deverá solicitar novas informações sobre a atualização dos valores à equipe de atendimento da Cedae Saúde.

### **Formas de pagamento**

**Art. 5º** - O pagamento das parcelas poderá, pela escolha do Associado, ser realizada através de:

- a) **BOLETO** – após a adesão, a Cedae Saúde emitirá os boletos com código de barras para pagamento e os enviará para o *e-mail* do Associado em até 48h. Caso prefira, o Associado poderá retornar presencialmente ao setor de atendimento localizado no andar térreo do prédio sede da Cedae Saúde (Av. Presidente Vargas, Nº 2.655, Cidade Nova, Rio De Janeiro/RJ);
- b) **CARTÃO DE DÉBITO** – o Associado deverá dirigir-se presencialmente ao setor de atendimento localizado no andar térreo do prédio sede da Cedae Saúde (Av. Presidente Vargas, Nº 2.655, Cidade Nova, Rio De Janeiro/RJ) munido de seu cartão de débito e, após a adesão, efetuar o pagamento do débito À VISTA;
- c) **CARTÃO DE CRÉDITO**– o Associado poderá escolher efetuar o pagamento presencialmente no setor de atendimento localizado no andar térreo do prédio sede da Cedae Saúde (Av. Presidente Vargas, Nº 2.655, Cidade Nova, Rio De Janeiro/RJ) ou requerer o envio de *link* de pagamento para seu *e-mail*. Em ambas as opções, o pagamento parcelado na quantidade de parcelas escolhidas pelo Associado será realizado uma única vez, ficando dependente do limite do cartão de crédito que será utilizado pelo Associado para realizar o pagamento.

**Art. 5º** - O pagamento parcelado somente poderá ser realizado nas modalidades crédito ou boleto, sendo que estes serão enviados ao *e-mail* do Associado em até 48h após sua adesão.

**§1º** - Os boletos serão emitidos com o dia de vencimento escolhido pelo Associado entre as opções de dia 5, 10 ou 15. Após a data do vencimento, o Associado ainda terá o prazo de

05 (cinco) dias para pagamento do boleto, com aplicação de multa de 5% e juros de 0,33% de juros por dia. Após este prazo, não será possível pagar o boleto e o Associado perderá o direito ao parcelamento e aos benefícios do RENEGOCIA.

**Condições Gerais:**

**Art. 6º** - Somente poderão participar os associados que estiverem com suas informações cadastrais devidamente atualizadas.

**Art. 7º** - O associado inadimplente deverá estar em dia com as parcelas acordadas para manter os benefícios do programa.

**Art. 8º** - O não cumprimento das condições acordadas resultará na perda dos benefícios de redução de multa e juros, sendo restabelecido o valor original da dívida, inclusive a multa e os juros, sendo reduzido do montante total apenas as parcelas do programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE que tiverem sido adimplidas.

**Art. 9º** - O pagamento das parcelas oriundas do programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE não isenta o Associado do pagamento de suas obrigações mensais correntes.

**Art. 10** - O Associado beneficiário tem conhecimento de que poderá ser excluído da Cedaé Saúde caso ele ou qualquer integrante de seu grupo familiar fique inadimplente – seja com as parcelas do Renegocia Cedaé Saúde, seja com suas obrigações financeiras posteriores à consolidação da dívida parcelada – e, com isto, ter cancelado o seu plano de saúde suplementar e de seu respectivo grupo familiar.

**Art. 11** - A adesão ao programa implica na aceitação de todas as condições aqui estabelecidas.

**Art. 12** - Não é possível o pagamento parcial da dívida.

Anexo I

**REQUERIMENTO DE ADESÃO E CONFISSÃO DE DÍVIDA**

**Inscrição no Programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE**

**Dados do Associado**

- Nome Completo: \_\_\_\_\_
- Número de Matrícula: \_\_\_\_\_
- CPF: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_
- Telefone: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

**Forma de Parcelamento Desejada**

- Valor Total do Débito: R\$ \_\_\_\_\_ (VALOR TOTAL COM MULTA E JUROS)
- Opção de Parcelamento:
  - ( ) Até 6 parcelas mensais (redução de 100% da multa e juros)
  - ( ) De 7 a 12 parcelas mensais (redução de 80% da multa e juros)
  - ( ) Proposta de pagamento em mais de 12 parcelas (também apresentar ANEXO II preenchido)
- Quantidade de parcelas escolhida: \_\_\_\_ parcelas de R\$ \_\_\_\_\_ cada, totalizando R\$ \_\_\_\_\_ (valor do acordo, já reduzido pelo benefício do RENEGOCIA).  
  
( ) PIX À VISTA ( ) BOLETO ( ) CARTÃO DE DÉBITO À VISTA ( ) CARTÃO DE CRÉDITO

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado



### Termo de Confissão de Dívida

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_, na qualidade de associado da CEDAE SAÚDE, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que reconheço e confesso dever à Associação CEDAE SAÚDE o valor total de R\$ \_\_\_\_\_ referente a débitos acumulados até o dia 22/07/2024.

Comprometo-me a pagar o referido débito conforme a forma de parcelamento desejada, escolhida acima.

#### Declaração de Concordância com os Termos do Programa

Declaro que estou ciente e de acordo com todas as condições estabelecidas no programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE, inclusive:

- Redução de multas e juros conforme a modalidade de parcelamento escolhida.
- Manutenção dos benefícios do programa condicionada ao pagamento das parcelas acordadas.
- Perda dos benefícios em caso de inadimplência, restabelecendo-se o valor original da dívida, inclusive multa e juros.
- É de minha responsabilidade requerer e obter junto à Cedae Saúde os boletos, códigos PIX ou qualquer outra forma de pagamento através do qual eu tenha optado para realizar a quitação das parcelas, conforme escolhido por mim acima.

Estou ciente de que o não cumprimento das condições acordadas resultará na perda dos benefícios oferecidos pelo programa.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Associado**

\_\_\_\_\_  
XXX

## Anexo II

### Modelo de Proposta de Pagamento para Débitos

#### Proposta de Pagamento - RENEGOCIA CEDAE SAÚDE

Eu, [Nome Completo do Associado], CPF [Número do CPF], associado da CEDAE SAÚDE sob o número de matrícula [Número da Matrícula], venho por meio desta apresentar a seguinte proposta para o pagamento dos meus débitos acumulados com a associação.

1. **Valor Total do Débito:**
  - R\$ [Valor Total do Débito]
2. **Número de Parcelas Propostas:**
  - [Número de Parcelas] parcelas mensais
3. **Valor de Cada Parcela:**
  - R\$ [Valor de Cada Parcela]
4. **Justificativa:**
  - [Descrever a justificativa]
5. **Informações Adicionais:**
  - [Qualquer informação adicional que o associado julgar necessária]

---

#### Declaração do Associado:

Declaro para todos os fins que estou ciente das condições estabelecidas no programa RENEGOCIA CEDAE SAÚDE e que as informações fornecidas nesta proposta são verdadeiras.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do Associado**

\_\_\_\_\_  
XXX