



MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Plano de Assistência a Saúde - Coletivo por Adesão

Conheça melhor o seu
Plano de Saúde e
saiba como usá-lo.



ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

INTRODUÇÃO

Prezado beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário da G2C - Administradora de Benefícios.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como conhecer melhor e proceder na utilização do seu plano.

Para que você tenha o máximo de tranquilidade e segurança leia-o atentamente.

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco através dos seguintes canais de atendimento: site, e-mail e telefones de contato, informados neste manual.

Teremos muito prazer em atendê-lo.

Seja bem-vindo à G2C - Administradora de Benefícios.

ENTENDA COMO FOI VIABILIZADO O SEU PLANO COLETIVO POR ADESÃO.

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia de assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

ENTIDADE

A Entidade é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial que representa a população a ela vinculada, que, junto à Administradora de Benefícios defende os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. A Entidade a qual o beneficiário está vinculado é aquela indicada na proposta de adesão e, portanto, é quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

OPERADORA

A operadora é a pessoa jurídica que presta serviço ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico – hospitalar ou odontológica por meio de do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica que, atuando em conjunto com a Entidade e a Operadora, presta o serviço de oferta, administração e relacionamento com o beneficiário. A G2C atua em todo território nacional, na administração da carteira de seus clientes, possuindo expertise em relacionamento com entidades de classe, associações e representações comerciais, possuindo credibilidade e oferecendo excelência na prestação de serviços.

Temos como missão fornecer aos associados de nossos parceiros as melhores opções em planos de saúde, com eficiência e transparência, visando promover o bem-estar dos nossos beneficiários.



ENTENDA MELHOR O SEU PLANO COLETIVO POR ADESÃO.

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedecendo a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Essa modalidade de plano destina-se a atender a um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A G2C Administradora é responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela que quem contratou o plano junto a Operadora e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a G2C consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE O SEU PLANO COLETIVO POR ADESÃO.

O QUE É?

O plano coletivo por adesão é aquele plano contratado através de convênio com uma entidade de classe profissional, classista ou setorial que representa esse beneficiário. Nesse caso, o vínculo é indispensável para a contratação do plano.

A Administradora de Benefícios, como é o caso da G2C, é quem assume parte do trabalho que seria do conselho, sindicato ou associação profissional que contrata o plano de saúde. Essas atribuições estão definidas na página 7 deste manual.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

Possuir CPF válido e estar vinculado a alguma Entidade de caráter profissional, classista ou setorial que ofereça este tipo de benefício.

INÍCIO DA VIGÊNCIA

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

A data constará na primeira página da sua proposta de adesão.

A partir da vigência será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme a regra e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

Por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade).

Em caso de inadimplência do beneficiário, perda de elegibilidade, se constatada a fraude no uso do plano, por solicitação do beneficiário titular, ou nos demais casos informados em contrato.

REAJUSTE DO BENEFÍCIO

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano, com exceção do reajuste por mudança de faixa etária dos beneficiários, no aniversário do contrato estabelecido entre a Administradora ou Entidade e a Operadora, independentemente da vigência do beneficiário.

A operadora de Saúde, estabelece o reajuste anual com base na variação de custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A G2C Administradora de Benefícios, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade no atendimento. Após isso a operadora deve informar o percentual aplicado a ANS.

ÍNDICE



A G2C - Administradora de Benefícios	Pág. 07
Canais de Atendimento	Pág. 08
A Contratação Coletiva do Plano de Saúde	Pág. 09
Formas de Utilização do Plano de Saúde	Pág. 10
Prazos de Carências	Pág. 11
Cobertura Parcial Temporária (CPT)	Pág. 12
Alterações Cadastrais	Pág. 12
Reembolso	Pág. 13
Transferência de Plano	Pág. 14
Forma e Datas de Pagamento	Pág. 14
Solicitação de Declarações e Demostrativo de Imposto de Renda	Pág. 14
Nossas Operadoras e seus Contatos	Pág. 15



A G2C - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora compreende, ainda, a intermediação entre operadora e beneficiário.

Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela G2C como Administradora de Benefícios e na qualidade de contratantes, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Entre esses serviços estão:

- a. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismo de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;
- b. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Pessoa Jurídica, contratante do plano de saúde;
- c. Movimentação Cadastral;
- d. Conferência de faturas;
- e. Cobrança aos beneficiários;
- f. Atendimentos aos beneficiários para questões administrativas;
- g. Distribuição do material da operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da G2C que estão a disposição, confira os dados a seguir:

CANAIS DE ATENDIMENTO

Centrais de Atendimento por Telefone:

Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas, etc.

Capitais e regiões metropolitanas: (21) 2524-7559

Demais regiões: 0800 878 7559

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 09:00 as 18:00.

ATENDIMENTO PESSOAL



Rio de Janeiro - RJ

Rua da Assembléia, 10 - Gr. 2001 a 2003
Centro - RJ - CEP: 20011-901



São Paulo - SP

Avenida Paulista, 726 Conj. 506
Bela Vista - São Paulo - SP
CEP: 011311-100



João Pessoa - PB

Rua Antonio Rabelo Júnior, 170 - Sala 002/P1
Bairro Miramar - João Pessoa - PB
CEP: 58032-090



São José do Rio Preto - SP

Rua Jair Martins Mil Homens 500, sala 210,
Vila São Jose- São José do Rio Preto - SP
CEP: 15090-080



Maceió - AL

Avenida Governador Osman Loureiro,
n. 3506 sala 426 - Mangabeiras
Maceió - AL - CEP 57037-630



São Carlos - SP

Rua Passeios dos Ipês, n. 350, Sala: 108
Triade - São Carlos - SP
CEP: 13561-385

Expediente: de segunda a sexta-feira, das 09:00 as 18:00.

SAC:

E-mail: contato@g2administradora.com.br

Ouvidoria:

E-mail: ouvidoria@g2administradora.com.br

Whatsapp:

(21) 98593-1601

Canal do cliente:

<https://digitalsaude.com.br/portal/g2c>

 /g2administradora www.g2administradora.com.br  @g2administradora

A CONTRATAÇÃO COLETIVA DO PLANO DE SAÚDE

BENEFICIÁRIOS

QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO TITULAR

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no contrato de Adesão (a “Proposta”), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido ao contrato coletivo de plano de saúde.

QUEM PODE SER BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham um relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido escritos por ele no benefício:

- a. Cônjuge;
- b. Convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c. Filhos solteiros*
- d. Enteados solteiros*
- e. Menor sob tutela ou guarda judicial*
- f. Netos*

**As possibilidades de dependência mudam conforme cada contrato, sendo assim, favor confirmar as opções de dependentes do seu contrato e os limites das idades para inclusão do beneficiário junto ao seu corretor.*



FORMAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

As operadoras disponibilizam um cartão de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive o prazo de validade e indicação do prazo de Cobertura Parcial Temporária (CPT), quando houver. Para realizar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade, legalmente reconhecido, devem ser apresentados aos prestadores credenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de perda ou extravio, comunique-o imediatamente a G2C.

Caso haja a necessidade de segunda via do Cartão Individual de Identificação, esta deverá ser solicitada a sua Administradora.

Há também a opção da via digital do seu cartão. Verifique com a sua Operadora a disponibilidade deste através do Aplicativo.

GUIA MÉDICO

As operadoras colocam a disposição do beneficiário uma rede cooperada e credenciada de prestadores de serviços médicos. Nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Saliente-se que, nos casos em que houver a eventual coparticipação financeira do beneficiário em despesas, a cobrança dos valores de coparticipação será feita pela G2C Administradora.

A lista de prestadores próprios, cooperados e credenciados é de responsabilidade da Operadora, e por estar sujeita a alterações, é atualizado quando necessário, pela própria Operadora, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O Guia Médico contendo esses prestadores, se encontra no site e no aplicativo da sua Operadora. Caso tenha alguma dúvida entre em contato com o telefone que vem no verso do seu cartão de identificação.

COMO REALIZAR CONSULTAS

- a. Consulte o Guia Médico da sua Operadora e escolha o prestador cooperado e credenciado de acordo com a disponibilidade do seu plano;
- b. Ligue para o prestador e agende a data do atendimento;
- c. No dia marcado, dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão de identificação válido e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido;

COMO REALIZAR EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

- a. Consulte o Guia Médico da sua Operadora e escolha o laboratório ou prestador credenciado de acordo com a disponibilidade do seu plano;
- b. Tendo em mãos a solicitação do médico, preenchida em formulário próprio, verifique a necessidade de validação prévia para a realização do procedimento, informando o local onde será feito o exame;
- c. No dia marcado, dirija-se ao local de atendimento, munido da validação prévia para exames e/ou procedimentos auxiliares de diagnose, além do seu cartão de identificação válido e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido;

COMO REALIZAR INTERNAÇÕES E CIRURGIAS ELETIVAS

- a. Junto com o seu médico, escolha o hospital credenciado, de acordo com a disponibilidade do seu plano. Definido o hospital, o médico cooperado assistente entregará a você a solicitação de internação, transcrita em formulário próprio;
- b. Entregue a solicitação diretamente na operadora ou entre em contato através do telefone no verso do cartão. Quando a senha for liberada você receberá a guia de internação.
- c. No dia marcado dirija-se ao hospital, munido da guia de internação, de seu cartão de identificação e de seu documento de identidade, legalmente reconhecido;

ATENÇÃO

Todas as internações e/ou cirurgias dependem da autorização prévia por parte da Operadora. Caso necessite de apoio, entre em contato com a sua Operadora, no telefone que vem no verso do cartão de identificação.

COMO REALIZAR ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- a. Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo disponível para o seu plano. Em caso de dúvida, consulte o seu Guia Médico ou entre em contato com a Central de Atendimento.
- b. Dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão de identificação válido e de seu documento de identidade.

CARÊNCIAS

PRAZOS DE CARÊNCIA

- a. O beneficiário titular e seus dependentes deverão cumprir os prazos de carências, que são contados a partir do início da vigência do benefício.
- b. O cumprimento do prazo de carência, só não será exigido para os beneficiários que se enquadram nos casos de redução de carência ou isenção de carência.
- c. Os direitos adquiridos após o cumprimento dos prazos de carências do plano de saúde terão sua continuidade assegurada desde que o pagamento do valor mensal do benefício, até então devido, seja efetuada até a data do respectivo vencimento.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

a. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário. Em caso de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito e os Procedimentos de Alta Complexidade, quando relacionados diretamente às doenças ou lesões preexistentes.

b. Os beneficiários com doenças ou lesões preexistentes declaradas deverão cumprir Cobertura Parcial Temporária (CPT), de acordo com as condições estabelecidas em seu contrato de adesão "a proposta" e em conformidade com as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para mais informações, consulte a sua Operadora de Plano de Saúde.

ALTERAÇÕES CADASTRAIS

Para realizar alterações cadastrais, inclusive o cancelamento da adesão ao contrato Coletivo, o beneficiário titular deve observar as orientações abaixo.

INCLUSÃO DE CÔNJUGE/COMPANHEIRO (RECÉM CASADO)* em até 30 (trinta) dias da data do casamento ou união.

- Solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável;
- Cópia do RG e CPF do cônjuge;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;

**as solicitações devem ser feitas através dos nossos canais de atendimento (vide na página 8 deste manual)*

INCLUSÃO DE RECÉM NASCIDO* em até 30 (trinta) dias a partir do nascimento

- Solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;
- Cópia da Certidão de Nascimento;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;

**as solicitações devem ser feitas através dos nossos canais de atendimento (vide na página 8 deste manual)*

ALTERAÇÃO DE DADOS

a. A alteração de seus dados como nome, sobrenome ou dados incorretos como data de nascimento, endereço, telefone e/ou outros, o beneficiário titular deve solicitar à G2C através dos canais de atendimentos (vide na página 8 deste manual), munido de documentação comprobatória, para que esta seja encaminhada à sua Operadora.

CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO OU EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

RN 412 – EXCLUSÃO IMEDIATA E IRREVOGÁVEL

- A exclusão do beneficiário se dará de acordo com as normativas da legislação em vigor.
- A solicitação deve ser realizada através do formulário (RN 412) próprio de cada operadora. O formulário para preenchimento deve ser solicitado em um dos nossos canais de atendimento, a solicitação deve ser preenchida pelo beneficiário titular e todas as informações devem ser seguidas corretamente para que a solicitação seja finalizada.
- A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) no contrato coletivo de plano de assistência a saúde.
- O beneficiário Titular poderá solicitar o cancelamento do benefício ou exclusão de beneficiário(s) diretamente à Administradora de Benefícios, pelos seguintes canais de atendimento: pessoalmente ou por e-mail; respectivamente, em nossas filiais ou nossos canais de atendimento (vide na página 8 deste manual).

ÓBITO

- Em caso de falecimento do beneficiário Titular cabe ao familiar informar à Administradora de Benefícios.
- Em caso do falecimento de seu(s) dependente(s) cabe ao beneficiário Titular informar à Administradora de Benefícios.
- As certidões de óbito devem ser encaminhadas exclusivamente para o e-mail da G2C informado no item Canais de Atendimento.

INADIMPLÊNCIA

Conforme disposto em sua proposta de adesão e no art. 13 da lei nº 9.656, de 3 de junho 1998 na ausência de pagamento após 60 (sessenta) dias de inadimplência ininterruptos ou não, acarretará a rescisão do contrato, bem como a perda do aproveitamento de carência. Vale ressaltar que em caso de cancelamento do benefício por inadimplência, o atendimento e o(s) pagamento(s) são devidos considerando-se integralmente o mês do cancelamento, por se tratar de pagamento prévio. Salientamos que, neste caso, o beneficiário titular continuará sendo responsável por eventuais despesas e/ou coparticipações que ainda não tenham sido quitadas, desde que previstas no contrato de adesão "a proposta" e tenham sido realizadas até a data do cancelamento.

REEMBOLSO

POR CANCELAMENTO IMEDIATO – RN 412

- a. Ao solicitar o cancelamento através da RN 412, em caso de adimplência, o beneficiário titular tem direito ao reembolso pro rata da mensalidade vigente, em até 30 dias a partir de seu cancelamento. Vale lembrar que a cobertura se estende entre o primeiro e o último dia do mês, independente do vencimento da fatura.
- b. Verifique a disponibilidade e/ou informações deste com a G2C.

POR ÓBITO

- a. Ao solicitar a exclusão de um dependente por óbito, em caso de adimplência, o beneficiário titular tem direito ao reembolso pro rata da mensalidade vigente deste dependente, em forma de desconto na próxima fatura. Vale lembrar que a cobertura se estende entre o primeiro e o último dia do mês, independente do vencimento da fatura.
- b. Ao informar o cancelamento de um titular por óbito, em caso de adimplência, um declarante com vínculo familiar tem direito ao reembolso pro rata da mensalidade vigente deste titular. Vale lembrar que a cobertura se estende entre o primeiro e o último dia do mês, independente do vencimento da fatura.

POR PROCEDIMENTOS

- a. A solicitação de reembolso por procedimentos realizados deverá ser solicitada diretamente na sua Operadora de Plano de Saúde. Verifique com a sua Operadora quais as documentações necessárias para envio.
- b. Sua Operadora dispõe do prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data em que receber a documentação para efetuar o reembolso das despesas incorridas, no limite do plano contratado.
- c. É necessário que seja acompanhada a solicitação do reembolso diretamente na Operadora pois podem ocorrer indeferimentos destas solicitações.



TRANSFERÊNCIA DE PLANO

a. Pode ser solicitada a qualquer tempo, sendo necessária a solicitação por escrito do beneficiário titular, até o dia 15 (quinze) de cada mês, para vigência no primeiro dia do mês subsequente*.

b. A transferência do beneficiário titular acarretará na transferência do(s) seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscritos no seu plano. Ressaltamos que o plano e o padrão de acomodação do(s) seu(s) beneficiário(s) dependente(s) sempre serão iguais aos do beneficiário titular.

c. Em caso de upgrade (categoria inferior para superior) os beneficiários deverão cumprir as carências estabelecidas abaixo, aos novos serviços, as novas acomodações e novos prestadores.

- 300 dias: para partos a termo.

- 180 dias: para internações em geral.

d. Em caso de downgrade (categoria superior para inferior) os beneficiários somente poderão fazer nova transferência após o intervalo de 12 (doze) meses, desde que não tenha realizado procedimento cirúrgico neste período.

e. Em caso de transferência para planos sem coparticipação, as coparticipações anteriores ao período da transferência poderão ser cobradas posteriormente, de acordo com o processo de faturamento de sua Operadora.

**verificar em nossos canais de atendimento a disponibilidade da transferência em sua Operadora.*

FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

a. O prazo para pagamento do valor mensal do benefício será efetuado pelo beneficiário titular de acordo com a forma estabelecida no contrato de adesão "a proposta".

b. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento.

c. As faturas de seu plano são encaminhadas via correios, por e-mail e SMS. Caso não o receba, o mesmo pode ser retirado no Portal do Cliente disponível no site da G2C.

d. Se o mesmo estiver vencido e necessitar de atualização, pode ser feito diretamente no site do banco emissor do boleto.

e. Habilite a função de Débito Direto Autorizado (DDA) de sua conta corrente para ter acesso direto ao boleto e efetuar o pagamento sem necessitar digitar o código de barras.

**Em caso de dúvidas, consulte nossos canais de atendimento.*

SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÕES E DEMONSTRATIVO DE IMPOSTO DE RENDA

a. Declarações de pagamento, conformidade, permanência e recibos de pagamento podem ser solicitados através de nossos canais de atendimento (vide na página 8 deste manual).

b. Demonstrativos de IR são encaminhados por e-mail e podem ser adquiridos em nosso Portal do Cliente ou através de nossos canais de atendimento (vide na página 8 deste manual).

NOSSAS OPERADORAS E SEUS CONTATOS



Unimed Rio
<https://www.unimedrio.com.br/>
SAC 0800 031 3861
APP: UNIMED-RIO



Unimed FESP
<https://www.unimedfesp.coop.br/>
SAC 0800 772 3030
APP: UNIMED SP-CLIENTES



Unimed São José do Rio Preto
<https://www.unimedriopreto.com.br/>
SAC 0800 772 9467
APP: UNIMED RIO PRETO



Unimed Seguros
<https://www.segurosunimed.com.br/>
SAC 0800 016 66 33
APP: SEGUROS UNIMED APP



Unimed Maceió
<https://www.unimed.coop.br/web/maceio/home>
SAC 0800 722 1091
APP: UNIMED CLIENTE



Unimed São Carlos
<http://www.unimedsaocarlos.com.br/>
SAC 0800 724 8333
APP: UNIMED SP-CLIENTES



Unimed João Pessoa
<https://www.unimedjp.com.br/>
SAC 0800 725 1200
APP: UNIMED JOAO PESSOA



Unimed Campina Grande
<https://www.unimed.coop.br/web/campinagrande>
SAC 0800 721 0310
APP: UNIMED CAMPINA GRANDE



Unimed Três Rios
<https://www.unimed.coop.br/web/tresrios>
SAC 0800 970 9039
APP: UNIMED CLIENTE



Smile Saúde
<https://www.smilesaude.com.br/>
SAC 4007-2057
APP: SMILE SAUDE



OBRIGADO!

É um imenso prazer tê-lo(a) como cliente.



ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS