**FORMULÁRIO CADASTRAL - COLETIVO POR ADESÃO - VD**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense | **CNPJ**  85.283.299/0001-91 | **REGISTRO ANS**  35.429-5 |

**2 . DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**3. DADOS DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**  Nacional Estadual Regional Municipal | **TAXA DE INSCRIÇÃO**  **POR BENEFICIÁRIO**  R$\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **COPARTICIPAÇÃO**  50% | **ACOMODAÇÃO**  Coletivo Apto |

**4. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Exclusivo preenchimento PJ** | **PERÍODO**: É um período pré‐estabelecido, que inicia no dia 16 de um determinado mês e termina no dia 15 do mês seguinte, durante o qual são processadas as novas inclusões que irão compor o faturamento da próxima competência. **Ex.:** Novas inclusões recebidas entre os dias 16/09 a 15/10 serão processadas e cobradas no faturamento da competência de novembro.  Como se trata de plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano. |
| PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS  Nova  Mudança  Migração  Inclusão de  Alteração  Transferência de  Inclusão de Plano dependente (s) Contrato- Filial/Unidade  **INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:**  A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  **COBRANÇA:**  **O início de vigência do plano determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade.** |

**5. DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | | | | | **CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA** | | |
| **CPF** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | **SEXO**  M F | | | **(\*) ESTADO CIVIL** |
| **VÍNCULO EMPREGATÍCIO**  Funcionário Sócio Estagiário  Outros | | | **DATA DE ADMISSÃO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | **Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** | |
| **TELEFONE CELULAR**  ( ) | **TELEFONE RESIDENCIAL**  ( ) | | | **E-MAIL** | | | | |
| **SOS UNIMED ( ) Opto ( ) Não opto**  **O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó.** | | | | | | | | |

**6 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dep. 1** | **NOME COMPLETO** | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | | **DATA DE NASCIMENTO** | | |
|  | **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:** | | | | **CNS:** | |
|  | **SOS UNIMED ( ) Opto ( ) Não opto**  **O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó.** | | | | | |
| **Dep. 2** | **NOME COMPLETO** | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | | **DATA DE NASCIMENTO** | | |
|  | **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:** | | | | **CNS:** | |
|  | **SOS UNIMED ( ) Opto ( ) Não opto**  **O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó.** | | | | | |
| **Dep. 3** | **NOME COMPLETO** | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | | **DATA DE NASCIMENTO** | | |
|  | **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:** | | | | **CNS:** | |
|  | **SOS UNIMED ( ) Opto ( ) Não opto**  **O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó.** | | | | | |
| **Dep. 4** | **NOME COMPLETO** | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | | **DATA DE NASCIMENTO** | | |
| **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:** | | | | **CNS:** | |
|  | **SOS UNIMED ( ) Opto ( ) Não opto**  **O SOS é um serviço de atendimento pré-hospitalar e de remoções privado, que presta serviços aos beneficiários da Unimed Chapecó.** | | | | | |
| **(\*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS** | | | | | | |
| **GRAU DE PARENTESCO**  Esposo(a) | Companheiro(a) | Filho(a) | Enteado(a) | Outros *(especificar)* | | | **ESTADO CIVIL**  Solteiro | Casado | União Estável | Separado | Viúvo | | | |

|  |
| --- |
| **Este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário.** |

**7. MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA SEM INTERRUPÇÃO – SÚMULA NORMATIVA N° 21**

|  |
| --- |
| Em decorrência da mudança de plano na mesma operadora sem interrupção, requerida por mim e/ou dependentes a seguir indicados: **Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3  Dep. 4,** declaro para os devidos fins, estar ciente que:   1. Ficam mantidas as mesmas coberturas, com o **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior; **ou** 2. Devido à ampliação das coberturas, além do **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior, haverá o cumprimento de carências em relação a:   **2.1.** Internação em apartamento;  **2.2.** Acesso a profissionais e entidades de serviços localizados fora da área de abrangência e atuação previstas no plano anterior**:**  Nacional; Estado de Santa Catarina; Grupo de municípios ou Municipal.  **2.3.** Os serviços de assistência à saúde, conforme Rol da ANS exclusivos da:  Segmentação Ambulatorial; Segmentação Hospitalar; Cobertura Obstétrica. |
| **CÓDIGO ANTERIOR DO BENEFICIÁRIO** |

Manifesto o conhecimento do meu dever de dar aos eventuais dependentes todas as informações pertinentes.

**Assinatura do Titular\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **Declaro, para os fins de direito** **que:**   1. Tomei conhecimento do **valor do custo do meu plano** **de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes.** 2. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes. 3. Tomei conhecimento que as **substituições de prestadores** não hospitalares da rede assistencial do meu plano ficarão disponíveis nos canais de atendimento informados no cabeçalho deste documento e no verso do cartão do plano. 4. Recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, li e compreendi o seu inteiro teor. 5. Declaro ainda que as **informações ora prestadas são verdadeiras**, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.   **Estou ciente** **que**:   1. O **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular. 2. Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC. 3. A Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: www.unimed.coop.br/chapeco com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano. 4. O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar. |

**DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO TITULAR** |  | **CARIMBO E ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** |

**9. SOS UNIMED**

* Ambulâncias com estrutura médica e de enfermagem á disposição;
* Atendimentos em qualquer situação de urgência e emergência dentro do PERÍMETRO URBANO DE CHAPECÓ, seja à domicilio, em locais públicos ou no trabalho **(com exceção acidentes de trânsito)**;
* Transportes em caso de remoção para internação;
* Cobertura 24 horas, 7 dias por semana;

**Abrangência:** O atendimento será realizado na área territorial urbana do município de Chapecó

**Cancelamento:** O cancelamento se dará por qualquer das partes, conforme regras contratuais;

**Reajuste:** De acordo com cláusula contratual.

**Prestação do serviço:** Através da regulação médica no número **0800 488 488**.

Para maiores informações (49) 3361-1875 ou www.unimedchapeco.coop.br.

|  |
| --- |
| **ANEXO I****DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO** |
| **TITULAR**   1. **Cópia** CPF, CNS e RG; 2. **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. **Exemplos:** *conta de água, luz ou telefone; contrato de locação; declaração de endereço.* 3. **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**   **Funcionários:**   1. Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa); ou 2. Cópia da Ficha de Registro do Empregado (assinada e carimbada pela empresa); ou 3. Contracheque / folha de pagamento.   **Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**   1. Cópia do Contrato; ou 2. Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa).   **Sócios:**   1. Cópia do Contrato Social.   **Administradores:**   1. Cópia da última alteração do Contrato Social.   **Agente Político:**   1. Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo). |
| **DEPENDENTES**   * **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento; * **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório); * **Filhos menores de 06 anos:** Cópia CNS, Certidão de Nascimento e CPF quando disponível; * **Filhos a partir de 06 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG; * **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção; * **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 06 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade; * **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e comprovação de convivência do casal; * **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular; * **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 06anos e Termo de Curatela. |