

FORMULÁRIO CADASTRAL - COLETIVO POR ADESÃO - VD

1. DADOS DA OPERADORA

Nº Protocolo:

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

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO OPER.	Nº CONTRATO MV
-----------------------------	-------------------	----------------

3. DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA
COPARTICIPAÇÃO	ACOMODAÇÃO
<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> 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 10 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 10/09 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
	<input type="checkbox"/> Nova Inclusão <input type="checkbox"/> Mudança de Plano <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Inclusão de dependente (s) <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Transferência de Contrato- Filial/Unidade
	INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO: <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	(*) ESTADO CIVIL
VÍNCULO EMPREGATÍCIO <input type="checkbox"/> Cooperado <input type="checkbox"/> Associado <input type="checkbox"/> Sindicalizado <input type="checkbox"/> Outros		DATA DE VINCULAÇÃO	Nº. PIS
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	NÚMERO DE CONTATO (TELEFONE)	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.			
TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R\$ _____		COMISSÃO <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 90%	

6. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dep. 1	NOME COMPLETO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO

Dep. 2	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.		
	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R\$ _____		COMISSÃO <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 90%
	NOME COMPLETO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
Dep. 3	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.		
	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R\$ _____		COMISSÃO <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 90%
	NOME COMPLETO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
Dep. 4	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.		
	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R\$ _____		COMISSÃO <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 90%
	NOME COMPLETO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS			
GRAU DE PARENTESCO Esposo (a) Companheiro (a) Filho (a) Enteadado (a) outros (<i>especificar</i>)		ESTADO CIVIL Solteiro Casado União Estável Divorciado 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 INTERRUPTÃO – SÚMULA NORMATIVA Nº 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:

- a. Tomei conhecimento do **valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes**.
- b. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado (a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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:

- a. O **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.
- b. Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- c. 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.
- d. O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

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 **08000-488-488**.

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

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

CONTRATANTE

ANEXO I
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO**TITULAR**

- 1) **Cópia** CPF, CNS e RG;
- 2) **Comprovante de residência atualizado** em nome do **titular** conforme opções abaixo:
 - *Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio, NET ou contrato de locação;*
 - * **Todos devem conter o mês de competência e descrição dos serviços**
- OBS: Quando não possuir comprovante de endereço em nome do titular, pai, mãe, cônjuge ou companheiro (a), preencher e enviar junto com o comprovante a Declaração de residência.
- 3) **Telefone e e-mail atualizados**
- 4) **Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular**, ou seja, o seu vínculo com o (a) CONTRATANTE (documento legal).

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(as):** Cópia do CPF, CNS, Cópia da Certidão de Nascimento ou RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos 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 e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos 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 e Termo de Curatela.