SAC: 0800 644 1800 Versão 21.1
www.unimed.coop.br/chapeco

FORMULÁRIO CADASTRAL - COLETIVO EMPRESARIAL – VD

1 . DADOS DA OPERADORA

Nº Protocolo RN (RECÉM-NASCIDO):

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	N° OPER.	Nº MV

3. DADOS DO PLANO

N° REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA
	☐Nacional ☐Estadual ☐Regional ☐Municipal
COPARTICIPAÇÃO	ACOMODAÇÃO
☐50%	☐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 Inclusão ☐ Mudança de Plano ☐ Migração ☐ Inclusão de dependente (s) ☐ Alteração ☐ Transferência de 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 (sem abreviações)			CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA
CPF	DATA NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐F	(*) ESTADO CIVIL
VÍNCULO EMPREGATÍCIO ☐Funcionário ☐Sócio ☐Estagiário ☐ Outros	DATA DE ADMISSÃO		N° PIS
Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	NÚMERO DE CONTATO TELEFONE)	E-MAIL	
TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R$_____	**COMISSÃO** ☐ 0% ☐ 20% ☐90%		

6 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

De p.1	NOME COMPLETO (sem abreviações)	SEXO ☐ M ☐F

	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:		CNS:
	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R$_____		COMISSÃO ☐ 0% ☐ 20% ☐90%
Dep. 2	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO ☐ M ☐F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:		CNS:
	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R$_____		COMISSÃO ☐ 0% ☐ 20% ☐90%
Dep. 3	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO ☐ M ☐F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:		CNS:
	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R$_____		COMISSÃO ☐ 0% ☐ 20% ☐90%

(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS	
GRAU DE PARENTESCO	ESTADO CIVIL
Esposo (a) | Companheiro (a) | Filho (a) | Enteado (a) | Outros *(especificar)*	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 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 que tomei conhecimento:

a. do **valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes enquanto funcionário ativo,** bem como o valor da minha contribuição e do empregador no custeio do plano enquanto funcionário ativo.

b. dos **valores das mensalidades nos casos de permanência no plano de saúde na condição de ex-empregado**, demitido sem justa causa ou aposentado, desde que a contribuição para o plano seja na minha mensalidade como titular.

c. 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. que o **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.

e. que 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 e que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

f. que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

g. que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.

h. que a Pessoa Jurídica à qual estou vinculado(a) receberá informações necessárias para a execução do contrato, de acordo com a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

i. que Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimeds por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimed.coop.br/chapeco.

Declaro ainda que:

a. 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.

b. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo,

c. na qualidade de titular e responsável legal dos adolescentes (maior de 12 anos e menores de 18), ou incapazes, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

ANS – nº 354295

DATA: _____/_____/_____.

_____ _____

ASSINATURA DO TITULAR **ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE**

9. TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

MENOR DE IDADE (CRIANÇA ATÉ 12 ANOS)

Na qualidade de responsável legal pelo menor de idade (criança até 12 anos), declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima e tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento de seus respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.

Assinatura do Titular (Responsável Legal) _____

10. 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 0488-488**.

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

DATA: _____/_____/_____

_____ _____

ASSINATURA TITULAR **ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA**
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:
CONTRATANTE

ANS – nº 354295

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) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

Funcionários:

4) Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa); ou
5) Cópia da Ficha de Registro do Empregado (assinada e carimbada pela empresa); ou
6) Contracheque / folha de pagamento.

Temporário, estagiário ou menor aprendiz:

7) Cópia do Contrato; ou
8) Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa).

Sócios:

9) Cópia do Contrato Social.

Administradores:

10) Cópia da última alteração do Contrato Social.

Agente Político:

11) 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(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.

ANS – nº 354295