

FORMULÁRIO CADASTRAL - COLETIVO EMPRESARIAL - 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	Nº CONTRATO
-----------------------------	-------------

3. DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Municipal	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R\$
COPARTICIPAÇÃO <input type="checkbox"/> 50%	ACOMODAÇÃO <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Apto	

4. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA

Exclusivo preenchimento PJ	<p>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.</p> <p>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.</p>
	<p style="text-align: center;">PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS</p> <p> <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 </p> <p>INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:</p> <p><input type="checkbox"/> A partir de</p> <p>COBRANÇA:</p> <p>O início de vigência do plano determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade.</p>

5. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO (sem abreviações)		CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA	
CPF	DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	(*) ESTADO CIVIL
VÍNCULO EMPREGATÍCIO <input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Outros		DATA DE ADMISSÃO	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.			

6. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dep. 1	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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		ESTADO CIVIL	
Esposo (a) Companheiro (a) Filho (a) Enteadado (a) Outros (<i>especificar</i>)		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 enquanto funcionário ativo**, bem como o valor da minha contribuição e do empregador no custeio do plano enquanto funcionário ativo.
- b. Tomei conhecimento 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. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado (a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.
- e. **Os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.**

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

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA
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, 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 de União estável (assinada pelo casal, reconhecidas as assinaturas 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 06 anos e Termo de Curatela.