**FORMULÁRIO CADASTRAL - COLETIVO EMPRESARIAL - VD**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  UNIMED DE TUBARÃO | **CNPJ**  85.241.339/0001-32 | **REGISTRO ANS**  364860 |

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

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

**3. DADOS DO PLANO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**  Nacional Estadual Regional Grupo de Municípios Personal | **Segmentação**  Amb+Hosp+Obs  Amb  Hosp+Obs | **Tipo Mov.**  Nova inclusão  Mudança de plano  Inclusão de dependente |
| **COPARTICIPAÇÃO**  0% 20% 50% | **ACOMODAÇÃO**  Coletivo Apto Sem Internação |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VALORES (R$) | Titular | Dep. 1 | Dep. 2 | Dep. 3 | Dep. 4 |
| Mensalidade |  |  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Exclusivo preenchimento PJ** | No plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano e cobrada na fatura da próxima competência. |
| **INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:**  ☐ \*A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (data especificada pelo contratante).  **\*COBRANÇA:** A mensalidade será devida a partir da data de vigência, podendo haver acúmulo de valores relativos a mais de uma mensalidade na próxima fatura**. *Exemplo:*** *Início de vigência 25/09, a mensalidade a partir de 25/09 será cobrada na fatura da competência do mês 11, sendo: 6 dias referente ao mês 09 + mensalidade dos meses 10 e 11.* |
| **Nota:** Novos contratos têm início de vigência conforme negociação. |

**5. DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | | | | | | | | | **CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA** | | | | |
| **CPF:** | | | | **DATA NASCIMENTO** | | | | **SEXO**  M F | | | | **RG:** | | | **EC:** |
| **Nome da mãe:** | | | | | | | | | | | | **CNS:** | | | |
| **VÍNCULO EMPREGATÍCIO**  Funcionário Sócio Estagiário Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | **DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA** | | | |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | | | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | | | | **E-MAIL** | | | | | | | | |
| **Endereço Residencial:** | | | | | | | | | | | | | **Nº** | | |
| **Complemento:** | **Bairro:** | | | | | **CEP:** | | | | **Cidade:** | | | | **UF** | |
| **Já era beneficiário Unimed**  **( ) S ( ) N** | | **Data Inclusão** | | | **Data Exclusão** | | | | **Código plano anterior:** | | | | | | |

**6 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dep. 1** | **NOME** | | | | | | | | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) EC** | **CPF:** | | | | RG: | | | | | **DATA NASCIMENTO** | |
| **NOME DA MÃE:** | | | | | | | | | | | CNS | |
| **Já era beneficiário Unimed**  **( ) S ( ) N** | **Data Inclusão** | | | **Data Exclusão** | | | | | **Código plano anterior:** | | | |
| **Dep. 2** | **NOME** | | | | | | | | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) EC** | **CPF:** | | | | | RG: | | | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **NOME DA MÃE:** | | | | | | | | | | CNS | | |
| **Já era beneficiário Unimed**  **( ) S ( ) N** | **Data Inclusão**  **/ /** | | **Data Exclusão**  **/ /** | | | | | **Código plano anterior:** | | | | |
| **Dep. 3** | **NOME** | | | | | | | | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) EC** | **CPF:** | | | RG: | | | | | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **NOME DA MÃE:** | | | | | | | | | | CNS | | |
| **Já era beneficiário Unimed**  **( ) S ( ) N** | **Data Inclusão**  **/ /** | | **Data Exclusão**  **/ /** | | | | | **Código plano anterior:** | | | | |
| **Dep. 4** | **NOME** | | | | | | | | | | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) EC** | **CPF:** | | | R RG: | | | | | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **NOME DA MÃE:** | | | | | | | | | | | CNS | |
| **Já era beneficiário Unimed**  **( ) S ( ) N** | **Data Inclusão**  **/ /** | | **Data Exclusão**  **/ /** | | | | | **Código plano anterior:** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **(\*) 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VENDEDOR** | **N°** | |
| **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**:** ☐Estado de Santa Catarina; ou ☐Grupo de municípios;  **2.3.** ☐Os serviços de assistência à saúde, conforme Rol da ANS exclusivos da:  ☐Segmentação Ambulatorial; ☐Segmentação Hospitalar; ☐Cobertura Obstétrica. | |
| **CÓDIGO ANTERIOR DO BENEFICIÁRIO** | |

**8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Declaro** **que tomei conhecimento:**   1. 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. 2. 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. 3. 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. que o **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular. 5. que a Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: www.unimedtubarao.com.br 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. 6. que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar. 7. **que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.** 8. 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). 9. 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.unimedtubarao.com.br   **Declaro ainda que:**   1. 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. 2. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo, 3. 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.   **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)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

###### 