

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	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"/> Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Referenciado	Segmentação <input type="checkbox"/> Amb+Hosp+Obs <input type="checkbox"/> Amb <input type="checkbox"/> Hosp+Obs	Tipo Mov. <input type="checkbox"/> Nova inclusão <input type="checkbox"/> Mudança de plano <input type="checkbox"/> Inclusão de dependente			
COPARTICIPAÇÃO <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 50%	ACOMODAÇÃO <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> *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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RG:	EC:	
Nome da mãe:			CNS:		
VÍNCULO EMPREGATÍCIO <input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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:	

(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

GRAU DE PARENTESCO	ESTADO CIVIL
Esposo(a) Companheiro(a) Filho(a) Enteado(a) Outros (<i>especificar</i>)	Solteiro Casado União Estável Separado Viúvo

VENDEDOR	Nº
----------	----

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 INTERRUÇÃO – 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: 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:

- 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.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.
- 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 a CONTRATANTE, 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.
- j. **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.

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) _____