**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** | **COMPETÊNCIA/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 e cobrada na fatura da próxima competência. |
| **INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:** [ ]  \*A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (data especificada pelo contratante, posterior ao recebimento deste formulário pela Unimed). [ ]  A partir do 1º dia do mês da próxima competência de faturamento.  |

**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** |
| **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**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **CPF:** | RG: | CNS: |
| **NOME DA MÃE:** | **DATA NASCIMENTO**\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Já era beneficiário Unimed****( ) S ( ) N**  | **Data Inclusão** **/ /** | **Data Exclusão** **/ /** | **Código plano anterior:** |
| **Dep. 2** | **NOME** | **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **CPF:** | RG: | CNS: |
| **NOME DA MÃE:** | **DATA NASCIMENTO**\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Já era beneficiário Unimed****( ) S ( ) N**  | **Data Inclusão** **/ /** | **Data Exclusão** **/ /** | **Código plano anterior:** |
| **Dep. 3** | **NOME** | **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **CPF:** | RG: | CNS |
| **NOME DA MÃE:** | **DATA NASCIMENTO**\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Já era beneficiário Unimed****( ) S ( ) N**  | **Data Inclusão** **/ /** | **Data Exclusão** **/ /** | **Código plano anterior:** |
| **Dep. 4** | **NOME** | **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **CPF:** | R RG: | CNS: |
| **NOME DA MÃE:** | **DATA NASCIMENTO**\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **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, para os fins de direito** **que:**1. 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.
2. 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.
3. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
4. 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.
5. 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.
6. 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**:1. O **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.
2. Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
3. 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.
4. O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.
5. **Os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.**
 |

Manifesto o conhecimento do meu dever de dar aos eventuais dependentes todas as informações pertinentes.

**DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**

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

######