**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** |

###### 