**FORMULÁRIO CADASTRAL - VD**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**UNIMED ALTO VALE | **CNPJ**00.381.694/0001-54 | **REGISTRO ANS**372561 |

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

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

**3. DADOS DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**[ ] Nacional [ ] Estadual [ ] Regional [ ] Municipal | **COLETIVO**[ ] Empresarial [ ] Adesão  |
| **COPARTICIPAÇÃO**[ ] 0% [ ] 20% [ ] 30% [ ] 50% | **ACOMODAÇÃO**[ ] Coletivo [ ] Apto [ ] Sem Internação |

**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 da data de recebimento deste formulário pela Unimed. [ ]  \*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. **\*COBRANÇA:****O início de vigência do plano determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade. A opção de início de vigência pode significar que no primeiro faturamento haja acúmulo de valores relativos há mais de uma mensalidade.*****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 | **(\*) ESTADO CIVIL** |
| **VÍNCULO EMPREGATÍCIO**[ ] Funcionário [ ] Sócio [ ] Estagiário [ ] Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | **E-MAIL** |

**6 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dep. 1** | **NOME** |  **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** |
| **Dep. 2** | **NOME** |  **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** |
| **Dep. 3** | **NOME** |  **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** |
| **Dep. 4** | **NOME** |  **SEXO** [ ]  M [ ] F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO**  | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** |

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

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:**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.unimedaltovale.coop.br](http://www.unimedaltovale.coop.br) no banner Canal do Beneficiário, 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 em regime ambulatorial e hospitalar (consultas, exames, terapias, internações, procedimentos e atendimentos ambulatoriais) terão ou não coparticipação conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.**
6. A coparticipação é a participação financeira nos atendimentos realizados pelos beneficiários, que deverá ser paga à operadora após realização dos atendimentos.
7. O cartão de identificação e o Guia de Leitura Contratual (GLC), de beneficiário estará à disposição para retirada junto a empresa contratante a partir da data de vigência do plano.
8. A Operadora disponibiliza o Guia Médico atualizado no link: [www.unimedaltovale.coop.br](http://www.unimedaltovale.coop.br)
 |

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

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

|  |
| --- |
|  **ANEXO I****DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO** |
| **TITULAR**1. **Cópia** CPF, CNS e RG;
2. **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove.
	* ***Exemplos:*** *conta de água, luz ou telefone; contrato de locação; declaração de endereço.*
3. **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

**Funcionários:*** Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa); ou
* Cópia da Ficha de Registro do Empregado (assinada e carimbada pela empresa); ou
* Contra cheque / folha de pagamento.

**Temporário, estagiário ou menor aprendiz:*** Cópia do Contrato; ou
* Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa).

**Sócios:*** Cópia do Contrato Social.

**Administradores:*** Cópia da última alteração do Contrato Social.

**Agente Político:*** Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

**Associados:*** Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular, ou seja, o seu vínculo com o(a) CONTRATANTE (documento legal), declaração da associação;
 |
| **DEPENDENTES*** **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
* **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
* **Filhos menores de 14 anos:** Cópia CNS, Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
* **Filhos a partir de 14 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG;
* **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
* **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 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 14anos e Termo de Curatela.
 |