**FORMULÁRIO CADASTRAL - COLETIVO POR ADESÃO - 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 | **TAXA DE INSCRIÇÃO**  **POR BENEFICIÁRIO**  R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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 15 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 15/09 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 COM A CONTRATANTE**  Cooperado Associado Sindicalizado Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | **DATA DE VINCULAÇÃO NA CONTRATANTE**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **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. PORTABILIDADE OU MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA**

**PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em razão do exercício da portabilidade de carências, requeiro que o meu  **contrato** ou  **vínculo de beneficiário ou dependente(s)**, seja extinto com a operadora de origem a partir do início de vigência do contrato com esta operadora. | | | |
| **REGISTRO ANS OPERADORA ORIGEM** | **N° PLANO ORIGEM** | **DATA DA INCLUSÃO ORIGEM**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO ORIGEM** |

**PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Ex-empregado**  **Óbito do titular de plano coletivo** | **Perda do vínculo de dependência com o titular**  **Portabilidade determinada pela ANS** |
| Declaro para os devidos fins de direito que, em decorrência do exercício da portabilidade especial de carências, conforme documentação apresentada por mim e/ou dependentes, fica **mantido o cumprimento dos períodos de carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT** remanescentes do plano de origem se houver. | |

*\*Necessário atender os requisitos definidos na legislação vigente, editada pela ANS, e apresentação da documentação comprobatória.*

**MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA SEM INTERRUPÇÃO – SÚMULA NORMATIVA N° 21**

|  |
| --- |
| Declaro para os devidos fins que, em decorrência da **mudança de plano na mesma operadora** **sem** **interrupção**, requerida por mim e/ou dependentes:   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 a contratação na opção assinalada acima e afirmo que todos os esclarecimentos me foram prestados, aplicando-se aos beneficiários a seguir: **Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3  Dep. 4.**

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.** 2. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes. 3. 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. 4. 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. 5. 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: <http://sguweb.unimedaltovale.coop.br/sgu-web/?usr=clb> 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. O cartão de identificação de beneficiário estará à disposição para retirada junto a empresa contratante a partir da data de vigência do plano. |

**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. **Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular**, ou seja, o seu vínculo com o(a) CONTRATANTE (documento legal). |
| **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. |