

FORMULÁRIO CADASTRAL DE MANUTENÇÃO - CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO

Contratante: _____ **Contrato n.º:** _____

Este formulário cadastral tem a finalidade de comunicar à **Unimed Blumenau** sobre:

Inclusão de Titular **Inclusão de Dependente** **Alteração de Plano** **Outros** _____

Plano escolhido: **UNIFLEX** **Outros Regulamentados:** _____

Abrangência geográfica escolhida: **VALE** **ESTADUAL** **NACIONAL**

Acomodação escolhida: **ENFERMARIA** **APARTAMENTO**

Coparticipação escolhida: **0%** **20%** **50%** Registro do plano na ANS: _____

Endereço Residencial do Titular: _____ **N.º:** _____

Complemento: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____

E-mail: _____ **Celular:** _____ **Telefone:** _____

Nome do Titular: _____

Data de Nascimento: _____ **Município e Estado de Nascimento:** _____

CPF: _____ **RG, Órgão e UF:** _____ **Data Exp. RG:** _____

Estado Civil: _____ **Sexo:** _____ **Nº Passaporte:** _____ **Data do Vínculo Associativo:** _____

Filiação: _____ **Matrícula:** _____

Filiação: _____ **Portabilidade () Sim**

Operadora de Origem: _____ **Inclusão:** _____ **Exclusão:** _____

Nome do Dependente: _____ **Parentesco:** _____

Data de Nascimento: _____ **Município e Estado de Nascimento:** _____

CPF: _____ **RG, Órgão e UF:** _____ **Data Exp. RG:** _____

Estado Civil: _____ **Sexo:** _____ **Nº Passaporte:** _____

Filiação: _____ **Portabilidade () Sim**

Filiação: _____

Operadora de Origem: _____ **Inclusão:** _____ **Exclusão:** _____

Nome do Dependente: _____ **Parentesco:** _____

Data de Nascimento: _____ **Município e Estado de Nascimento:** _____

CPF: _____ **RG, Órgão e UF:** _____ **Data Exp. RG:** _____

Estado Civil: _____ **Sexo:** _____ **Nº Passaporte:** _____

Filiação: _____ **Portabilidade () Sim**

Filiação: _____

Operadora de Origem: _____ **Inclusão:** _____ **Exclusão:** _____

Nome do Dependente: _____ **Parentesco:** _____

Data de Nascimento: _____ **Município e Estado de Nascimento:** _____

CPF: _____ **RG, Órgão e UF:** _____ **Data Exp. RG:** _____

Estado Civil: _____ **Sexo:** _____ **Nº Passaporte:** _____

Filiação: _____ **Portabilidade () Sim**

Filiação: _____

Operadora de Origem: _____ **Inclusão:** _____ **Exclusão:** _____

VEJA AS INFORMAÇÕES NO VERSO

VIGÊNCIA:

1 – Orientações para preenchimento do Formulário Cadastral:

- a) **Grau de Parentesco:** **ES** – Esposo(a), **CP** – Companheiro(a), **FO** – Filho(a), **EN** – Enteado(a);
- b) **CPF:** Para todos os titulares e dependentes, com exceção para o beneficiário estrangeiro (que não possuir CPF);
- c) **Estado Civil:** **C** – Casado(a), **D** – Divorciado(a), **S** – Solteiro(a), **V** – Viúvo(a), **U** – União Estável;
- d) **Sexo:** **F** - Feminino; **M** – Masculino; **I** – Indefinido;
- e) **Nº Passaporte:** se estrangeiro(a), obrigatório informar o número do passaporte.

2 - Não serão permitidas rasuras ou uso de corretivo em qualquer campo do Formulário Cadastral.

3 – Todos os campos do Formulário Cadastral são de preenchimento obrigatório.

4 - A CONTRATANTE, bem como o beneficiário titular declaram, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e da Lei 9.656/98, que:

- a) Fizeram livremente a escolha do plano contratado nos respectivos campos e tem conhecimento das condições de coparticipação;
- b) Têm completo conhecimento dos termos do contrato e respectiva cobertura, bem como das relações de serviços a serem prestados, carências em cada plano, do preço e critérios de reajustes contratuais;
- c) Responsabilizam-se civil e criminalmente pela autenticidade dos dados e das assinaturas lançadas neste documento;
- d) Têm conhecimento que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do plano ficarão disponíveis através do endereço eletrônico www.unimedblumenau.coop.br e/ou SAC 0800 647 0026.
- e) Têm conhecimento das informações referentes ao aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior com a Operadora, respeitando a segmentação, cobertura, acomodação e abrangência, conforme o item 2 da Súmula 21/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A CONTRATANTE declara, para fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09, que recebeu o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, e, se compromete a entregar cópia do mesmo a todos os possíveis beneficiários titulares que manifestarem interesse no ingresso no plano de saúde.

A CONTRATANTE se compromete a entregar o Guia de Leitura Contratual – GLC, o qual será entregue pela OPERADORA juntamente com o cartão de identificação, a todos os beneficiários titulares que vierem a ingressar no plano de saúde, e, a disponibilizar, sempre que demandado pelo beneficiário titular, cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Os formulários cadastrais deverão ser entregues à Unimed Blumenau respeitando os prazos definidos no Calendário de Entrega de Formulários Cadastrais, corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos. Os formulários atualizados estão disponíveis no site www.unimedblumenau.coop.br, em Serviços ao Cliente/Download de formulários e declarações.

____/____/_____
Data

Assinatura do Titular

Assinatura e Carimbo da Contratante