

	FORMULÁRIO DE INCLUSÃO	FOR.REA.0001/01 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 02/2023 Classificação: RESTRITO
--	-------------------------------	--

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	CNPJ 85.283.299/0001-91	REGISTRO ANS 35.429-5
--	-----------------------------------	---------------------------------

2. MODALIDADE DO CONTRATO

☐ Coletivo Empresarial	☐ Coletivo por Adesão	☐ Individual/Familiar
---	--	--

3. DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME/ RAZÃO SOCIAL*	Nº OPER.	CPF/CNPJ
----------------------------	-----------------	-----------------

*Quando Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão preencher a razão social. Quando Individual/Familiar ou Ex-empregado preencher o nome do Titular.

4. DADOS DO PLANO

ABRANGÊNCIA ☐ Nacional ☐ Estadual ☐ Regional/Grupo de Municípios ☐ Municipal	
ACOMODAÇÃO ☐ Enfermaria ☐ Apartamento	Nº DO REGISTRO DO PLANO:

5. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA

PERÍODO: Formulários de Inclusão sem pendências recebidos até o dia 10 do mês vigente serão processados para o primeiro dia do mês subsequente. 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.

PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS

☐ Nova ☐ Mudança ☐ Inclusão de ☐ Portabilidade
 Inclusão de Plano dependente (s)

Portabilidade aplica-se aos beneficiários a seguir: ☐ Titular ☐ Dep. 1 ☐ Dep. 2 ☐ Dep. 3 ☐ Dep. 4.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO A partir de ____/____/____

6. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO (sem abreviações)		CODIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA
CPF	MATRICULA FUNCIONAL	SEXO ☐ MASC. ☐ FEM. ☐ OUTRO _____
E-MAIL		NÚMERO DE TELEFONE ()
VINCULO EMPREGATÍCIO* ☐ Funcionário ☐ Sócio ☐ Estagiário/Jovem Aprendiz ☐ Cooperado ☐ Associado ☐ Sindicalizado <i>*Planos PF ou Ex empregado não é necessário o preenchimento</i>		
ESTADO CIVIL ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)		

	FORMULÁRIO DE INCLUSÃO	FOR.REA.0001/01 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 02/2023 Classificação: RESTRITO
--	-------------------------------	--

7. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

DEP. 1	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO	
	GRAU DE PARENTESCO		☐ M ☐ F	
	☐ Espos(a) ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a)		DATA DE NASCIMENTO	
	ESTADO CIVIL			
	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)			
	E-MAIL		TELEFONE	
		()		
CODIGO BENEFICIARIO NA OPERADORA				
DEP. 2	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO	
	GRAU DE PARENTESCO		☐ M ☐ F	
	☐ Espos(a) ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a)		DATA DE NASCIMENTO	
	ESTADO CIVIL			
	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)			
	E-MAIL		TELEFONE	
		()		
CODIGO BENEFICIARIO NA OPERADORA				
DEP. 3	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO	
	GRAU DE PARENTESCO		DATA DE NASCIMENTO	
	☐ Espos(a) ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a)			
	ESTADO CIVIL			
	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)			
	E-MAIL		TELEFONE	
		()		
CODIGO BENEFICIARIO NA OPERADORA				
DEP. 4	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO	
	GRAU DE PARENTESCO		DATA DE NASCIMENTO	
	☐ Espos(a) ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a)			
	ESTADO CIVIL			
	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União Estável ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)			
	E-MAIL		TELEFONE	
		()		
CODIGO BENEFICIARIO NA OPERADORA				

8. ORIENTAÇÕES AO EX-EMPREGADO/APOSENTADO (TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PLANO)

Demitido ou exonerado sem justa causa:

Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos.

Aposentado

Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por período equivalente ao tempo de contribuição; ou

10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos.

9. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro que tomei conhecimento:

- este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário;
- do 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;
- do direito de benefício da sumula 21 quando a mesma atender os critérios previstos na legislação;
- do valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes;
- que o GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC), editado pela ANS, será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular (físico ou digital);
- que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN SS) no link: www.unimed.coop.br/chapeco com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação;
- que para fins de portabilidade declaro não estar em período de internação, ciente da impossibilidade de exercer o direito de portabilidade quando estiver em período de internação;
- que Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimeds por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimed.coop.br/chapeco;
- na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes;
- na qualidade de titular e responsável legal de menores de 18 anos ou incapazes, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.
- O ex-empregado têm direito de manter ou não todos os dependentes já cadastrados no plano de saúde antes do desligamento da empresa e posteriormente poderá incluir somente novo cônjuge e filhos, desde que a inclusão seja formalizada em 30 dias do nascimento ou casamento.
- Na condição de ex-empregado a fatura terá vencimento no dia 15 de cada mês e a mesma estará disponível no site da Unimed. Comprometo-me a informar à Operadora caso não esteja disponível no site em até 5 dias antes do respectivo vencimento.

	FORMULÁRIO DE INCLUSÃO	FOR.REA.0001/01 Implantação: 01/2023 1ª Revisão: 02/2023 Classificação: RESTRITO
--	-------------------------------	---

10. DA VIGÊNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO

A data de assinatura do presente documento não interfere no início da vigência da contratualização a qual ocorrerá a partir da data definida no item início de vigência do plano.

11. ASSINATURA ELETRONICA

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônico, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA
CONTRATANTE*

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

*Quando inclusão de ex-empregado ou individual/familiar dispensa a assinatura da empresa contratante.

RESPONSÁVEL PELO TITULAR MENOR

NOME:

CPF:

ANEXO I - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO

Os documentos abaixo são obrigatórios independentemente da modalidade de contrato (coletivo empresarial, coletivo por adesão e individual/familiar).

TITULAR

Cópia do CPF;

Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:

- Declaração de endereço assinada;
- Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;
- Boletos que contenham data de emissão ou vencimento;
- Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).

**Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.*

DEPENDENTES

- **Esposo(a) ou Companheiro (a):**

Cópia do CPF;

Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório)

- **Filhos(as):**

Cópia do CPF;

Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos 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 e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;

- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal;

- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

PORTABILIDADE

Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);

Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

EX-EMPREGADO/APOSENTADO

Cópia rescisão contratual de trabalho ou a carta de concessão do benefício de aposentadoria emitido pelo INSS.

Documentos obrigatórios - Coletivo por Adesão**TITULAR**

1) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:** Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

Documentos obrigatórios - Coletivo Empresarial

TITULAR

1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:

Funcionários/ Temporário/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

Sócios ou Administradores: • Cópia da última alteração do Contrato Social.

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