

MANUAL DE CADASTRO

Empresas Contratantes (Versão 1.0)

Unimed



Alto Vale

Manual de Cadastro

Versão 1.0

SUMÁRIO

DEFINIÇÕES	7
1. ORIENTAÇÕES.....	9
1.1 DOCUMENTAÇÃO	9
1.2 ASSINATURA DOS DOCUMENTOS	9
1.2.1 Pessoa Jurídica	9
1.2.2 Beneficiário	9
1.3 ENDEREÇO	10
1.4 RASURAS	10
1.5 CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO.....	10
1.6 DECLARAÇÃO DE SAÚDE	10
1.6.1 Contratos regulamentados (assinados a partir de janeiro de 1999)	11
1.6.2 Contratos não regulamentados (assinados até dezembro de 1998)	11
1.7 PROCESSOS INCOMPLETOS	11
1.8 PRAZOS	11
2. INCLUSÃO	12
2.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO.....	12
2.2 COMO SOLICITAR INSCRIÇÃO DE UM NOVO BENEFICIÁRIO	12
2.2.1 Titular.....	12
2.2.2 Dependentes:	13
2.3 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE NOVOS DEPENDENTES DO TITULAR.....	14
2.3.1 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE FILHOS RECÉM NASCIDOS OU ADOTIVOS DEPENDENTES DO TITULAR.....	15
3. REINCLUSÃO.....	18
3.1 COMO SOLICITAR A REINCLUSÃO DE UM BENEFICIÁRIO	18
4. ALTERAÇÕES.....	19
4.1 COMO SOLICITAR A CORREÇÃO DE DADOS CADASTRAIS	19
5. TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO, FILIAL OU UNIDADE.....	20
5.1 COMO PROCEDER PARA FAZER UMA TRANSFERÊNCIA DE UM BENEFICIÁRIO PARA OUTRO CONTRATO, OUTRA FILIAL OU UNIDADE	20
6. SEGUNDA VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	21
6.1 COMO SOLICITAR A EMISSÃO DE UMA 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	21
7. EXCLUSÃO.....	22
7.1 VIGÊNCIA DA EXCLUSÃO.....	22
7.2 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM TITULAR	22

7.3 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM DEPENDENTE	23
7.4 MOTIVOS DAS EXCLUSÕES.....	23
8. ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE CADASTRO.....	24
8.1 CONTRATO PRÉ - PAGAMENTO - REGULAMENTADO.....	24
8.2 CONTRATO CUSTO OPERACIONAL - REGULAMENTADO	26
8.3 CONTRATO NÃO REGULAMENTADO.....	27
9. BENEFÍCIOS PREVISTOS NO CONTRATO: FEA E BF	29
9.1 COMO REQUERER A INSCRIÇÃO DOS DEPENDENTES NO BENEFÍCIO?	29
9.1.1 FEA - Fundo de Extensão Assistencial	29
9.1.2 BF - Benefício Família	30
ANEXO 1 - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS.....	32
ANEXO 2 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	34
ANEXO 2.1 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA ALUGADA – SEM CONTRATO”	36
ANEXO 2.2 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA PRÓPRIA – MORA COM OUTRA PESSOA”.....	37
ANEXO 2.3 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA ALUGADA – MORA COM OUTRA PESSOA”.....	38
ANEXO 2.4 - MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA – MORA COM OS PAIS”	39
ANEXO 3 - OCUPAÇÃO PROFISSIONAL.....	40
ANEXO 3.1 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE OCUPAÇÃO PROFISSIONAL VÁLIDO SOMENTE PARA DONA DE CASA E AUTÔNOMOS.....	41
ANEXO 4 – FORMULÁRIO CADASTRAL VD – REGULAMENTADO	42
ANEXO 5 – FORMULÁRIO CADASTRAL UNIPLAN VD – NÃO REGULAMENTADO	44
ANEXO 6 – FORMULÁRIO CADASTRAL LOCAL VD – NÃO REGULAMENTADO	46
ANEXO 7 – FORMULÁRIO CADASTRAL CO – NÃO REGULAMENTADO	48
ANEXO 8 – FORMULÁRIO CADASTRAL CO – REGULAMENTADO	50
ANEXO 9 – CARTA DE ORIENTAÇÃO	52
ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DE SAÚDE.....	54
ANEXO 11 – FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO.....	60
ANEXO 12 – FORMULÁRIO DE EX-EMPREGADO – DEMITIDO.....	61
ANEXO 12.1 – AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA.....	63

ANEXO 12.2 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA O EMPREGADO – DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA.....	64
ANEXO 12.3 – RESPOSTA DO EMPREGADO	65
ANEXO 12.4 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA A OPERADORA.....	66
ANEXO 12.5 – TERMO DE ADESÃO	67
ANEXO 12.6 – TERMO DE COMPROMISSO	68
ANEXO 13 – FORMULÁRIO DE EX-EMPREGADO – APOSENTADO.....	70
ANEXO 13.1 – AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA.....	72
ANEXO 13.2 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA O EMPREGADO – APOSENTADO	73
ANEXO 13.3 – RESPOSTA DO EMPREGADO	74
ANEXO 13.4 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA A OPERADORA.....	75
ANEXO 13.5 – TERMO DE ADESÃO	76
ANEXO 13.6 – TERMO DE COMPROMISSO	77
ANEXO 14 – DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL.....	79
ANEXO 15 – DECLARAÇÃO DE ENTEADO	80
ANEXO 16 – DOCUMENTO DE NÃO ENTREGA DO CARTÃO	81

OBJETIVO

Em virtude das exigências legais impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em relação ao cadastro de beneficiários, a Unimed Alto Vale, elaborou o **Manual de Cadastro** que contém orientações e regras para a solicitação de novas inclusões de beneficiários, inclusão de recém nascido, exclusões, transferências, alterações de dados, solicitação de segunda via do cartão, etc. Trata-se de uma ferramenta de apoio para os colaboradores da Contratante que fazem a administração e manutenção do plano de saúde Unimed.

DEFINIÇÕES

PLANO COLETIVO: É aquele assinado entre a Operadora de planos de saúde e uma pessoa jurídica para beneficiar um grupo de pessoas a ela vinculada (funcionários, associados ou sindicalizados).

PLANO REGULAMENTADO: São os contratos firmados a partir de janeiro de 1999, que observam as regras dispostas na Lei 9656/98 e resoluções. A cobertura contratual é definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através do Rol de Procedimentos.

PLANO NÃO REGULAMENTADO: São os contratos firmados até dezembro de 1998 e a cobertura contratual não está abrangida pela Lei 9656/98. A cobertura assistencial se limita ao disposto nas cláusulas do contrato, firmado entre a Pessoa Jurídica Contratante e Unimed.

CONTRATO EM PRÉ-PAGAMENTO: Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal (mensalidade), que é paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CONTRATO EM CUSTO OPERACIONAL (PÓS-PAGAMENTO): Trata-se de um plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, onde o valor mensal é pago pelo (a) CONTRATANTE com base na realização das despesas com as coberturas contratadas acrescido de taxa de administração.

PLANO COLETIVO COM PATROCINADOR: Contratado por uma pessoa jurídica e a contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente paga, pela pessoa jurídica contratante, à operadora.

PLANO COLETIVO SEM PATROCINADOR: Contratado por uma pessoa jurídica e a contraprestação pecuniária é integralmente paga, pelo beneficiário, diretamente à operadora (via boleto).

PERÍODO / COMPETÊNCIA: É um período pré-estabelecido durante o qual são processadas as novas movimentações cadastrais (inclusões, exclusões, etc) que irão fazer parte do próximo faturamento.

Ex. Novas movimentações recebidas entre os dias 16/01 a 15/02 serão processadas e incluídas no faturamento da competência de março.

FECHAMENTO MENSAL: Trata-se do processamento que encerra a competência para apurar o número de beneficiários e valores (mensalidades, inscrições e segunda via de cartão) a serem faturados referentes ao mês seguinte.

Ex. Fechamento da competência março (movimentações recebidas e processadas entre 16/01 a 15/02) serão cobradas na fatura de março.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO: É um documento que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o formulário onde o beneficiário titular e dependentes devem registrar a sua condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes no momento da solicitação de inscrição no plano de saúde.

FORMULÁRIO DE CADASTRO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelas contratantes na solicitação de inclusão, alteração e transferência de beneficiários.

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelas contratantes na solicitação de exclusão de beneficiários.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE EX-EMPREGADO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelas contratantes na solicitação de inscrição (permanência) no plano de funcionários demitidos sem justa causa ou aposentados, conforme prevê a Lei 9656/98 nos artigos 30 e 31 (ver Anexo I).

1. ORIENTAÇÕES

1.1 DOCUMENTAÇÃO

São considerados os formulários devidamente preenchidos e assinados, com as solicitações de inclusão, exclusão, transferência ou alteração encaminhadas para Unimed, acompanhados da documentação exigida pela ANS através da Resolução Normativa nº 117/05, conforme item 2 e Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde quando necessário.

As atualizações cadastrais só serão processadas mediante recebimento dos formulários e cópia dos documentos via correio, não serão aceitos via fax ou e-mail.

1.2 ASSINATURA DOS DOCUMENTOS

1.2.1 Pessoa Jurídica

- a) Os formulários deverão conter carimbo e assinatura da pessoa jurídica contratante.
- b) Se a empresa não tiver carimbo com identificação, a assinatura deverá ser do responsável legal com a devida identificação, que será conferida com o contrato social. Lembrando que a última atualização do contrato social faz parte da documentação necessária.

1.2.2 Beneficiário

- a) Os formulários deverão conter a assinatura do beneficiário titular.
- b) A assinatura do beneficiário no formulário cadastral deve ser igual a assinatura do documento de identidade (RG).
- c) Quando casado e a assinatura for por extenso - A assinatura deverá ser conforme identidade, acrescida do sobrenome do marido (conforme nome na Certidão de Casamento). Se a esposa não adotar o sobrenome do marido, assinar conforme RG.

1.3 ENDEREÇO

O formulário de cadastro e os aditivos devem ser preenchidos com o mesmo endereço que consta no comprovante de endereço do beneficiário.

1.4 RASURAS

Os formulários de cadastro, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário, termo de formalização de CPT não podem ter rasuras.

1.5 CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Através da Resolução Normativa - RN Nº 162, de 17 de outubro de 07, estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário, que passa a ser parte integrante e obrigatória dos contratos de planos de saúde, devendo ser anexada ao formulário de Declaração de Saúde, observar item 1.6.

Os campos da carta de orientação ao beneficiário (CPF, nome, data, local e assinatura), devem ser preenchidos pelo próprio beneficiário ou responsável legal.

Os dados referentes ao intermediário não deverão ser preenchidos.

Dispensado o preenchimento para beneficiários incluídos em contratos não regulamentados.

1.6 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Deve ser obrigatoriamente anexada ao pedido de inscrição, exceto para os contratos em Custo Operacional (CO), observada as regras abaixo:

1.6.1 Contratos regulamentados adaptados a RN 195:

1.6.1.1 – Empresarial:

- a) Contratos até 29 vidas – com preenchimento da declaração de saúde;
- b) Contratos a partir de 30 vidas – sem preenchimento da declaração de saúde (titular e dependentes) que formalizarem a sua adesão ao plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a Pessoa jurídica contratante.

Titulares e dependentes incluídos fora deste prazo preenchem a declaração de saúde.

1.6.1.2 – Adesão: Preenchimento da declaração de saúde para todos beneficiários incluídos no plano independente do período de inclusão.

1.6.2 Contratos regulamentados (assinados a partir de janeiro de 1999)

Preenchimento da declaração de saúde para todos os beneficiários.

1.6.3 Contratos não regulamentados (assinados até dezembro de 1998)

Preenchimento da declaração de saúde para os beneficiários de contratos com cláusula de não cobertura para pré-existência.

1.7 PROCESSOS INCOMPLETOS

As solicitações de inclusão, exclusão, transferência ou alterações que estiverem incompletas, ou sem cópia da documentação exigida, ou sem assinaturas não serão efetivadas. A Unimed solicitará ao Contratante a documentação ou dados faltantes, caso estes não sejam encaminhados até o prazo do fechamento mensal, os formulários serão devolvidos. A efetivação de processos incompletos consiste na penalização da operadora, em função do descumprimento das Resoluções Normativas nº 88 e 117 da ANS.

1.8 PRAZOS

As movimentações de cadastro devidamente assinadas devem ser encaminhadas ao Setor de Cadastro da Unimed Alto Vale, até o dia 15 de cada mês para terem efeito a partir do 1º dia do mês subsequente, salvo quando se tratar de inscrição de recém nascido ou exclusão por óbito. Consultar item 2.1 vigência da inscrição.

2. INCLUSÃO

2.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO

Todas as movimentações cadastrais (inclusões) recebidas na Unimed Alto Vale entre o dia 1º até 15 de cada mês ou último dia útil anterior, serão processadas com vigência a partir do 1º dia do mês seguinte e incluída (cobradas) na fatura da competência seguinte.

Ex: Inclusão recebida até o dia 15/11 será processada com vigência 01/12 e cobrada na fatura do mês de dezembro.

2.2 COMO SOLICITAR INSCRIÇÃO DE UM NOVO BENEFICIÁRIO

A solicitação de inclusão deve ser feita mediante o preenchimento do formulário de cadastro (modelo anexo), o qual deve conter assinatura da pessoa jurídica contratante e do beneficiário titular, ser encaminhada para a Unimed dentro do prazo estabelecido no item 2.1 vigência da inscrição e vir acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde quando necessário (ver orientações itens 1.5 e 1.6) e cópia dos documentos abaixo, conforme determina a Resolução Normativa nº 117/05.

2.2.1 Titular

- RG
- CPF
- Comprovante de endereço em nome do titular ou declaração, para as situações listadas no anexo 2.
- Comprovante de telefone em nome do titular quando houver
- Comprovante de ocupação profissional (conforme descrito no anexo 3), ou declaração, conforme modelo anexo 3.1, somente para as situações listadas no anexo.

2.2.2 Dependentes:

a) Esposa

- RG
- CPF
- Certidão de Casamento
- Comprovante ocupacional quando houver

b) Filho até 24 anos incompletos

- Certidão de Nascimento ou RG
- CPF (para filhos maiores de 18 anos é obrigatória a cópia do CPF)

c) Filho adotivo até 24 anos incompletos

- Termo de adoção ou termo de guarda para fins de adoção
- Certidão de nascimento ou RG
- CPF (filhos maiores de 18 anos é obrigatória a cópia do CPF)

d) Filho incapaz

- Curatela ou Tutela
- Certidão de nascimento ou RG
- CPF (para filhos maiores de 18 anos é obrigatória a cópia do CPF)

e) Enteado até 24 anos incompletos

- Certidão de nascimento ou RG
- CPF (para filhos maiores de 18 anos é obrigatória a cópia do CPF)
- Certidão de casamento ou declaração pública de união estável entre o titular e cônjuge.

f) Criança ou adolescente sob guarda até 24 anos incompletos

- Termo de guarda ou tutela
- Certidão de nascimento ou RG
- CPF (para filhos maiores de 18 anos é obrigatória a cópia do CPF)

g) Companheira (o)

- RG
- CPF
- Declaração de Concubinato emitida pelo cartório com o período de convivência.

h) Agregados*

- RG
- CPF
- Declaração de dependência financeira do titular ou cônjuge (declaração IR).

*Definidos como pai, mãe, sogro e sogra. Aplica-se somente aos contratos não regulamentados, firmados até dezembro de 1998, desde que possuam cláusula prevendo a inscrição de agregados.

OBS 1: Todos os dados preenchidos no formulário e demais anexos que fazem parte da contratação deverão conferir com as cópias dos documentos encaminhados.

OBS 2: O nome dos beneficiários não poderá ter abreviaturas, conforme exigência da ANS através da Resolução Normativa nº 88.

2.3 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE NOVOS DEPENDENTES DO TITULAR

A solicitação de inclusão de um novo dependente deve ser feita mediante o preenchimento do formulário de cadastro (modelo anexo), com indicação do código do beneficiário titular e/ou o nome completo. O formulário deve ser assinado pela pessoa jurídica contratante e pelo beneficiário titular e ser encaminhado para Unimed dentro do prazo

estabelecido no item 2.1 e vir acompanhado da cópia dos documentos mencionados no item 2.2 e da Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.5) e da Declaração de Saúde quando for necessário (item 1.6).

OBS: *A inscrição de dependentes deve ser feita no mesmo plano (cobertura) do titular.*

2.3.1 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE FILHOS RECÉM NASCIDOS OU ADOTIVOS DEPENDENTES DO TITULAR

A inscrição dos filhos recém nascidos e adotivos, além de observar as regras previstas no item 2.3, quanto ao preenchimento do formulário, documentação e encaminhamento, também deve observar o disposto nos incisos I e II abaixo:

I) Planos regulamentados (contratos assinados a partir de janeiro de 1999):

I.1) Filho recém nascido: É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo, isento do cumprimento dos períodos de carências, desde que:

- a) Na data do nascimento, a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto (300 dias);
- b) A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento;
- c) Seja apresentada a certidão de nascimento;
- d) Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento da próxima fatura.

A data da inscrição do recém nascido será a partir da data da solicitação da inscrição (preenchimento no formulário cadastral).

I.2) Os filhos recém nascidos que não se enquadrarem na situação acima, devem preencher a Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.5) e a Declaração de Saúde (item 1.6), quando necessário e cumprirão carências normais.

I.3) Filho adotivo: É assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, na mesma cobertura do adotante inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridas, desde que:

- a) A inscrição seja feita no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) Seja apresentado o Termo de Curatela ou Termo de Guarda para fins de adoção
- c) Seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento da próxima fatura;
- d) Seja preenchida a Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.5) e a Declaração de Saúde (item 1.6) quando necessário.

A data da inscrição será a partir da data da solicitação da inscrição (preenchimento no formulário cadastral).

I.4) Os filhos adotivos que não se enquadrarem na situação acima, devem preencher a Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.5) e Declaração de Saúde (item 1.6), quando necessário e cumprirão carências normais.

A inscrição dos filhos recém nascidos e adotivos, além de observar as regras previstas no item 2.3, quanto ao preenchimento do formulário, documentação e encaminhamento, também deve observar o disposto nos incisos I e II abaixo:

II) Planos não regulamentados (contratos assinados antes de dezembro de 1998):

II. 1) Filho recém nascido: É assegurada a inscrição do filho recém nascido, isento do cumprimento dos períodos de carências, desde que:

- A mãe tenha cobertura para parto com carência cumprida;
- A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento;
- Seja apresentada a certidão de nascimento;
- Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido, retroativa a data do nascimento na próxima fatura.

II.2) Os filhos recém nascidos que não se enquadrarem na situação acima, cumprirão carências normais.

As regras do item 2.3.1, não se aplicam aos contratos em custo operacional, pois não prevêm cláusula de carências.

3. REINCLUSÃO

3.1 COMO SOLICITAR A REINCLUSÃO DE UM BENEFICIÁRIO

A reinclusão consiste na reativação do beneficiário excluído, mediante a eliminação da data de exclusão. A reinclusão deve ser retroativa a data de exclusão, não podendo haver alteração na data de adesão inicial ao plano e nem no código do beneficiário.

A solicitação de reinclusão de beneficiário deve ser feita por escrito com respectiva justificativa e informação se houve ou não atendimento via SUS (anexo 4), observando as regras abaixo:

- a) A reinclusão de beneficiário excluído há 30 dias será processada automaticamente;
- b) A reinclusão de beneficiário excluído a mais de 30 dias depende de análise e aprovação da Área de Mercado.

A reativação será um dia após a exclusão e a cobrança das mensalidades pendentes será conforme regras abaixo:

a) Planos coletivos com patrocinador: Os valores serão cobrados na fatura subsequente.

Ex: beneficiário excluído em 01/12/07, reincluído em 20/01/08, as mensalidades de dezembro, janeiro, fevereiro e março serão cobradas na fatura de março.

OBS: *Para os clientes que utilizam no código do plano do beneficiário a matrícula do funcionário da empresa:*

- a) Em caso de exclusão se o beneficiário quiser voltar ao plano, a mesma matrícula só poderá ser mantida se for efetuada uma reinclusão, conforme regra geral acima (reativação um dia após a data de exclusão com cobrança das mensalidades retroativas).
- b) Caso a reinclusão não deva ser processada a partir desta data, terá que ser alterado o código do beneficiário, pois a ANS não permite a inclusão em um mesmo código com datas de adesão diferentes.

4. ALTERAÇÕES

4.1 COMO SOLICITAR A CORREÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

As correções ou alterações deverão ser solicitadas através do preenchimento do Formulário Cadastral e cópia dos documentos alterados que deverão ser entregues na Unimed Local.

5. TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO, FILIAL OU UNIDADE

5.1 COMO PROCEDER PARA FAZER UMA TRANSFERÊNCIA DE UM BENEFICIÁRIO PARA OUTRO CONTRATO, OUTRA FILIAL OU UNIDADE

Sempre que a contratante fizer uma transferência de um funcionário para outra filial ou unidade que requer alteração de código do beneficiário, deve observar a regra abaixo:

- Preencher o Formulário Cadastral com a opção Transferência Filial/Unidade e os campos: Código Origem do Beneficiário / Código Destino do Beneficiário, todos de preenchimento obrigatório.
- Quando ocorrer troca de endereço, deverá ser enviado comprovante de residência, observando as instruções do anexo 2.

OBS: A transferência só será efetivada desde que a nova filial ou unidade esteja devidamente cadastrada na Unimed.

6. SEGUNDA VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

6.1 COMO SOLICITAR A EMISSÃO DE UMA 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Ocorrendo perda ou extravio do cartão, a contratante deverá solicitar a Unimed Alto Vale uma 2ª via do cartão através do e-mail cadastro@unimedaltovale.com.br.

7. EXCLUSÃO

7.1 VIGÊNCIA DA EXCLUSÃO

Todas as exclusões recebidas na Unimed Alto Vale entre o dia 1º até 15 de cada mês ou último dia útil anterior, serão processadas com vigência a partir do 1º dia do mês seguinte e desconsiderada da fatura da competência seguinte, exceto se o motivo for óbito e a exclusão for solicitada no mesmo mês, a data de exclusão será um dia após o óbito.

Ex: Exclusão recebida até o dia 15/03 será processada com vigência 01/04.

7.2 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM TITULAR

Preencher o formulário de exclusão (modelo anexo) onde deve ser informado obrigatoriamente o nome completo do titular, código do cartão e motivo da exclusão. O formulário com assinatura e carimbo da pessoa jurídica contratante deve ser encaminhado para a Unimed com a devolução do cartão do plano.

Ao excluir o titular automaticamente seus dependentes serão excluídos, desde que estejam na mesma codificação do titular (mesmo plano e contrato do titular). Os dependentes deverão ser relacionados no formulário de exclusão.

OBS 1: *Nos contratos regulamentados de acordo com a Lei 9656/98, sempre que o motivo da exclusão for demissão ou aposentadoria e o beneficiário contribuía para o plano de saúde, a pessoa jurídica contratante deve ofertar o benefício do art. 30 e 31 da Lei 9656/98 (anexo 1).*

OBS 2: *Se o cartão do plano não for devolvido para Unimed na solicitação da exclusão e houver qualquer utilização após a data de exclusão, os valores serão cobrados integralmente da contratante. Neste caso enviar o formulário de não entrega do cartão, modelo anexo.*

7.3 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM DEPENDENTE

Deverá ser preenchido o formulário de exclusão, informando o nome completo do dependente, código do cartão e o motivo da exclusão. O formulário com assinatura e carimbo da pessoa jurídica contratante deve ser encaminhado para a Unimed com a devolução do cartão do plano. Neste caso enviar o formulário de não entrega do cartão, modelo anexo.

OBS: Se o cartão do plano não for devolvido para Unimed na solicitação da exclusão e houver qualquer utilização após a data de exclusão, os valores serão cobrados integralmente da contratante.

7.4 MOTIVOS DAS EXCLUSÕES

- 1) Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário ou Contratante
- 2) Término da relação de vinculado a um beneficiário titular (dependência)
- 3) Desligamento da empresa (planos coletivos)
- 5) Exclusão por Óbito, anexar cópia da Certidão de Óbito em atendimento a Resolução/ANS RN nº 86 de 15/12/2004*.
- 7) Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação de sistema da Operadora **(Utilizar este motivo em caso de migração, mudança de plano).**

OBS 1: Motivos 4, 8, 9,13 e 14 - São de uso exclusivo da operadora.

OBS 2: *Quando utilizado o motivo 05 ao titular, aos dependentes informar motivo 02.

8. ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE CADASTRO

Seguem abaixo orientações referentes ao preenchimento dos campos do formulário de cadastro, que deve observar o plano contratado e assinado entre a Pessoa Jurídica Contratante e a Unimed. O instrumento jurídico (contrato) assinado só prevê uma única opção de co-participação, abrangência e tipo de acomodação.

8.1 CONTRATO PRÉ - PAGAMENTO - REGULAMENTADO

Não serão aceitos os formulários preenchidos de forma incorreta ou incompleta, com rasuras e sem assinatura.

DADOS DO CONTRATANTE E PLANO

Contratante: Nome da pessoa jurídica Contratante

Contrato: Informar o número do Contrato que consta na Proposta de Contratação assinada com a Unimed.

Nº do Registro ANS: Informar o número do registro do plano na ANS que consta na Proposta de contratação e contrato assinado com a Unimed.

% Co-participação: É a participação financeira do beneficiário nas consultas e exames, conforme consta na Proposta de Contratação e contrato assinado.

Acomodação: Conforme acomodação contratada que consta na Proposta de Contratação e contrato assinado. Podendo ser:

Apartamento: Internação em quarto privativo

Enfermaria: Internação em quarto coletivo

Sem internação: Não tem cobertura para internação (Custo Operacional)

Abrangência: Conforme consta na Proposta de Contratação e contrato assinado.

Podendo ser: Nacional, Estadual ou Regional.

Vigência: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Unimed até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1.º dia do mês seguinte. Observar item **2.1 de vigência da inscrição.**

VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR BENEFICIÁRIO

Informar o valor das mensalidades para o titular e dependentes e taxa de inscrição (quando houver).

Para contratos já vigentes os valores atualizados das mensalidades poderão ser obtidos com a Unimed.

DADOS DO TITULAR

Todos os campos informados no formulário são de preenchimento obrigatório e **não devem conter rasuras:**

Nome do beneficiário, dependente e nome da mãe: Deve ser de acordo com o registro civil e não pode ser abreviado;

Código do Beneficiário: Somente para as empresas que informam o código (matrícula) do funcionário;

Estado Civil, Sexo, Grau de Parentesco: Conforme legenda informada no formulário;

Data nascimento, CPF, RG, Funcionário/Diretor/Sócio, Data de Admissão e PIS*: são de preenchimento obrigatório;

* **PIS:** Pode ser PIS, PASEP ou NIS-CI (número de identificação social - cadastro de contribuinte individual).

CNS: Quando disponível (futuramente será obrigatório, conforme ANS);

Endereço: A cópia do comprovante de residência deve estar em nome do titular e ser igual ao informado no formulário cadastral, (ver anexo 2).

Transferência: Código de Origem e Destino: Preencher somente quando for transferência conforme item 5;

Já era beneficiário da Unimed: Informar se o beneficiário já possuía plano anterior da Unimed e preencher os campos seguintes. Não haverá análise de compra de carências se a data de exclusão do plano anterior em pré-pagamento for superior a 30 dias da data de vigência no novo plano.

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome do beneficiário e nome da mãe: Deve ser de acordo com o registro civil e não pode ser abreviado;

Estado Civil, Sexo, Grau de Parentesco: Conforme legenda informada no formulário;

Data nascimento, CPF e RG: são de preenchimento obrigatório;

ASSINATURA: O formulário deverá ser assinado pelo beneficiário titular e carimbado e assinado pela empresa contratante.

RECEBIMENTO DO CONTRATO: É obrigação da pessoa jurídica contratante entregar ao beneficiário titular uma cópia do contrato, para que tenha conhecimento das coberturas, não coberturas e demais cláusulas previstas no mesmo. Este campo deve obrigatoriamente ser assinado pelo beneficiário titular.

8.2 CONTRATO CUSTO OPERACIONAL - REGULAMENTADO

Não serão aceitos os formulários preenchidos de forma incorreta ou incompleta, com rasuras e sem assinatura.

DADOS DO CONTRATANTE E PLANO

Contratante: Nome da pessoa jurídica Contratante

Contrato: Informar o número do Contrato que consta na Proposta de Contratação assinada com a Unimed.

Nº do Registro ANS: Informar o número do registro do plano na ANS que consta na Proposta de Contratação e contrato assinado com a Unimed.

Acomodação: Conforme acomodação contratada que consta na Proposta de Contratação e contrato assinado. Podendo ser:

Apartamento: Internação em quarto privativo,

Enfermaria: Internação em quarto coletivo e

Sem internação: Não tem cobertura para internação

Abrangência: Conforme consta na Proposta de Contratação e contrato assinado.

Podendo ser: Nacional, Estadual ou Regional.

Vigência: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Unimed até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1.º dia do mês seguinte. **Observar item 2.1 de vigência da inscrição.**

DADOS DO TITULAR

Todos os campos informados no formulário são de preenchimento obrigatório e não deve conter rasuras:

Nome do beneficiário, dependente e nome da mãe: Deve ser de acordo com o registro civil e não pode ser abreviado;

Código do Beneficiário: Somente para as empresas que informam o código (matrícula) do funcionário;

Estado Civil, Sexo, Grau de Parentesco: Conforme legenda informada no formulário;

Data nascimento, CPF, RG, Funcionário/Diretor/Sócio, Data de Admissão e PIS*: são de preenchimento obrigatório;

* **PIS:** Pode ser PIS, PASEP ou NIS-CI (número de identificação social - cadastro de contribuinte individual).

CNS: Quando disponível (futuramente será obrigatório, conforme ANS);

Endereço: A cópia do comprovante de residência deve estar em nome do titular e ser igual ao informado no formulário cadastral, (ver anexo 2).

Transferência: Código de Origem e Destino: Preencher somente quando for transferência conforme item 5;

Já era beneficiário da Unimed: Informar se o beneficiário já possuía plano anterior da Unimed e preencher os campos seguintes;

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome do beneficiário e nome da mãe: Deve ser acordo com o registro civil e não deve ser abreviado;

Estado Civil, Sexo, Grau de Parentesco: Conforme legenda informada no formulário;

Data nascimento, CPF e RG: são de preenchimento obrigatório;

ASSINATURA: O formulário deverá ser assinado pelo beneficiário titular e carimbado e assinado pela empresa contratante.

RECEBIMENTO DO CONTRATO: É obrigação da pessoa jurídica contratante entregar ao beneficiário titular uma cópia do contrato, para que tenha conhecimento das coberturas, não coberturas e demais cláusulas previstas no mesmo. Este campo deve obrigatoriamente ser assinado pelo beneficiário titular.

8.3 CONTRATO NÃO REGULAMENTADO

Não serão aceitos os formulários preenchidos de forma incorreta ou incompleta, com rasuras e sem assinatura.

Existe uma diversidade de produtos e planos não regulamentados e a principal diferença nos formulários está na indicação do plano/cobertura, que são compostas por módulos ou opcionais.

No campo: Opcionais - A contratante deve indicar qual será a cobertura do beneficiário, assinalando os quadros que indicam os opcionais e/ou módulos. Devem ser assinalados somente aqueles opcionais e/ou módulos que a pessoa jurídica contratante tenha contratado com a Unimed.

Código do Plano na ANS: Este é um código que foi atribuído pela Unimed a cada um dos planos não regulamentados e informado para ANS. Preencher somente se o contratante conhecer o código, caso contrário deixar em branco.

Titular e Dependentes: As regras referentes ao preenchimento dos dados do titular e dependentes são exatamente as mesmas regras estabelecidas para os planos regulamentados, conforme item 8.1.

Unisanta: Trata-se de uma cobertura opcional para os planos não regulamentados, a empresa deve indicar no formulário se possui ou não a cobertura para remoção aérea e terrestre, assinalando o campo no formulário.

ASSINATURA: O formulário deverá ser assinado pelo beneficiário titular e carimbado e assinado pela empresa contratante.

RECEBIMENTO DO CONTRATO: É obrigação da pessoa jurídica contratante entregar ao beneficiário titular uma cópia do contrato, para que tenha conhecimento das coberturas, não coberturas e demais cláusulas previstas no mesmo. Este campo deve obrigatoriamente ser assinado pelo beneficiário titular.

9. BENEFÍCIOS PREVISTOS NO CONTRATO: FEA e BF

Trata-se de um período de remissão previsto em contrato, o qual garante aos dependentes cadastrados no plano e que atenderem as condições previstas, após o óbito do titular, o atendimento ao serviço médico e/ou hospitalar sem ônus pecuniário, pelo prazo de até 5 anos.

- 1) **Os contratos Uniflex em pré-pagamento regulamentados e não regulamentados** prevêm o direito ao Fundo de Extensão Assistencial (FEA);
- 2) **Os contratos Uniplan em pré-pagamento** prevêm o direito ao Benefício Família (BF);

9.1 COMO REQUERER A INSCRIÇÃO DOS DEPENDENTES NO BENEFÍCIO?

O direito ao benefício é assegurado aos beneficiários dependentes inscritos no plano como dependentes do titular, que atenderem as condições previstas no contrato e no regulamento próprio do benefício.

9.1.1 FEA - Fundo de Extensão Assistencial

Ocorrendo o falecimento do beneficiário Titular, será concedido aos beneficiários dependentes cadastrados, após cumpridos os prazos de carências estipulados, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, o direito às coberturas em que se encontrarem inscritos, sem o pagamento das mensalidades, desde que atendidas as condições previstas no contrato e no regulamento.

Além do pedido de exclusão do beneficiário titular do plano de saúde Unimed, deve ser encaminhada uma carta solicitando a inscrição dos dependentes que estavam regularmente inscritos no plano do FEA, juntamente com os documentos abaixo:

- a) CPF e RG para titular e dependentes;
- b) Certidão de óbito do titular;
- c) Certidão de casamento para cônjuge;

- d) Escritura Pública ou Declaração particular ou certidão de nascimento de filhos em comum com o titular para companheiro (a);
- e) Certidão de nascimento para filhos e para o enteado;
- f) Termo de guarda ou tutela ou curatela, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial e os filhos incapazes;
- g) Comprovante de endereço dos dependentes com a anotação do número de telefone dos mesmos;
- h) Cópia do cartão de identificação.

O processo será avaliado e se atendidas as condições estabelecidas, os dependentes serão inscritos no FEA e receberão um cartão com a validade de acordo com a data de término do benefício de cada um dos dependentes.

OBS: A documentação para requerer o benefício do FEA deve ser encaminhada para Unimed no prazo de até 30 dias após o óbito do titular.

9.1.2 BF - Benefício Família

Ocorrendo o falecimento do beneficiário Titular, será concedido aos beneficiários dependentes cadastrados, após cumpridos os prazos de carências estipulados, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, o direito às coberturas em um plano UNIPLAN BÁSICO, sem o pagamento das mensalidades, desde que atendidas as condições previstas no contrato e no regulamento da Unimed do Brasil.

Além do pedido de exclusão do beneficiário titular do plano de saúde Unimed, deve ser encaminhada uma carta solicitando a inscrição dos dependentes regularmente inscritos no plano do BF, juntamente com os documentos abaixo:

- a) CPF e RG para titular e dependentes;
- b) Certidão de óbito do titular;
- c) Certidão de casamento para cônjuge;
- d) Escritura Pública ou Declaração particular ou certidão de nascimento de filhos em comum com o titular para companheiro (a);
- e) Certidão de nascimento para filhos e para o enteado;
- f) Termo de guarda ou tutela ou curatela, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial e os filhos incapazes;

- g) Comprovante de dependência financeira para agregados (desde que o contrato tenha previsão para inscrição de agregados no benefício do FEA);
- h) Comprovante de endereço dos dependentes com a anotação do número de telefone dos mesmos;
- i) Cópia do cartão de identificação.

O processo será avaliado e encaminhado para aprovação da Unimed do Brasil, se atendidas as condições estabelecidas, os dependentes serão inscritos no BF e receberão um cartão com a validade de acordo com a data de término do benefício de cada um dos dependentes.

OBS: A documentação para requerer o benefício do BF deve ser encaminhada para Unimed no prazo de até 30 dias após o óbito do titular.

ANEXO 1 - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

A Lei 9656/98 assegura ao funcionário demitido sem justa causa e ao aposentado o direito de permanecer inscrito no plano de saúde nas mesmas condições que possuía antes do seu desligamento. Ou seja, tem o direito de permanecer inscrito no plano de saúde da pessoa jurídica contratante, devendo apenas, assumir o pagamento do valor integral da mensalidade.

O direito é assegurado aos beneficiários titulares que atenderem as condições abaixo:

I - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS

Conforme artigo 30 da Lei 9656/98 e Resolução Consu nº 20/98

Em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) Assuma o pagamento integral;
- c) A (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- d) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;
- e) Mantenha todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, será de um terço do tempo de permanência ininterrupta neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego ou outra atividade comercial.

II - FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

Conforme artigo 31 da Lei 9656/98 e Resolução Consu nº 21/98

Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) Assuma o pagamento integral;
- c) A (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- d) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;
- e) Mantenha todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) Se tiver contribuído para este plano sem interrupção por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) Se tiver contribuído para este plano sem interrupção por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego ou outra atividade comercial.

ANEXO 2 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Seguem abaixo as situações identificadas na Federação até a presente data, referente à comprovação de residência. Situações que serão aceitas cópias do comprovante e situações que podem ser comprovadas através de declaração (modelo elaborado pela Unimed).

1. Comprovantes válidos em nome do titular

- Cópia da conta de água ou
- Luz ou
- Telefone ou
- **Cópia autenticada** do contrato de locação devidamente assinado pelo locatário e locador, sem necessidade de firma reconhecida
- Documentos expedidos com o prazo máximo de 60 dias.

2. O titular mora de aluguel e não possui o contrato - Enviar declaração assinada pelo locador (proprietário do imóvel) com firma reconhecida.

3. Comprovante de endereço em nome da esposa (o) - Enviar cópia do comprovante conforme item 1 do anexo 2 e Certidão de Casamento;

4. Comprovante de endereço em nome da companhia (o) – Enviar cópia do comprovante previsto no item 1 do anexo e 2 e Escritura Pública;

5. Comprovante em nome dos pais:

- a) Filho menor de 18 anos - Será aceito o comprovante em nome de um dos pais, mais documento que comprove a filiação.
- b) Filhos maiores de 18 anos - Cópia do comprovante de residência do(s) pai(s) e declaração deste(s) de que o filho com eles reside. A declaração deve ser assinada pela pessoa que constar no comprovante de residência.

6. O titular mora na residência da empresa - Enviar cópia da conta de água, luz ou telefone e uma declaração assinada e carimbada pela empresa; (neste caso, a declaração poderá ser efetuada pela empresa).

7. O titular mora com parente com o mesmo sobrenome

- a) Residência própria do parente - Cópia do comprovante de residência do(s) proprietário(s) e declaração deste(s) de que o parente reside no imóvel.

- b) Residência alugada pelo parente - Cópia do contrato de locação e declaração assinada pelo parente, ou seja, do locatário da residência de que este reside no imóvel.

8. O titular mora com outra pessoa (amigo, sogra, etc)

- a) Residência própria (amigo, sogra, etc.) - Cópia do comprovante de residência do(s) proprietário(s) e declaração deste(s) de que a pessoa reside no imóvel.
- b) Residência alugada (amigo, sogra, etc.) - Cópia do contrato de locação e declaração assinada pelo amigo, sogra, etc., ou seja, do locatário da residência de que a pessoa reside no imóvel.

OBS: A aceitação de comprovantes de endereços não previstos neste documento depende de prévia aprovação da Unimed Alto Vale.

**ANEXO 2.1 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE
“RESIDÊNCIA ALUGADA – SEM CONTRATO”**

**DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ALUGADA –
SEM CONTRATO**

NOME COMPLETO DO LOCADOR (dono do imóvel), inscrito(a) no CPF nº XXXXXXXX-XX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXX/XX, declarado sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXX-XX, é meu inquilino, residindo no imóvel de minha propriedade, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXX/XX.

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO
(dono da residência)

**ANEXO 2.2 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE
“RESIDÊNCIA PRÓPRIA – MORA COM OUTRA PESSOA”**

**DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA PRÓPRIA –
MORA COM OUTRA PESSOA**

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA, inscrito(a) no CPF nº XXXXXXXXXXXX-XX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXX/XX, declaro sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXXXX-XX, mora na minha residência, imóvel alugado em meu nome, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXX-XX.

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO
(dono da residência)

**ANEXO 2.3 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE
“RESIDÊNCIA ALUGADA – MORA COM OUTRA PESSOA”**

**DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ALUGADA –
MORA COM OUTRA PESSOA**

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA, inscrito(a) no CPF nº XXXXXXXXXXXX-XX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXX/XX, declaro sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXXXX-XX, mora na minha residência, imóvel alugado em meu nome, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXX-XX.

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO
(dono da residência)

**ANEXO 2.4 - MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE
"RESIDÊNCIA – MORA COM OS PAIS"**

**DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA – MORA
COM OS PAIS**

NOME COMPLETO DO PAI OU MÃE, inscrito(a) no CPF n^o XXXXXXXXXX-XX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXX, n^o XXXX, na cidade de XXXXXXXXXX/XX, declaro sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o n^o XXXXXXXXXX-XX, é meu filho (a) e mora na minha residência, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXX, n^o XXXX, bairro: XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXX/XX.

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO
(dono da residência)

ANEXO 3 - OCUPAÇÃO PROFISSIONAL

Seguem abaixo as situações identificadas na Federação até a presente data, referente à comprovação da ocupação profissional. Situações em que deve ser apresentada cópia do comprovante e situações que podem ser comprovadas através de declaração (modelo elaborado pela Unimed).

1. Comprovantes válidos em nome do beneficiário:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho (páginas dos dados do beneficiário e registro do empregador)
- b) Cópia da folha de pagamento - expedido dentro do prazo de 60 dias
- c) Cópia da Ficha de Registro de Empregado - com a assinatura e carimbo da empresa com CNPJ
- d) Cópia do comprovante de aposentadoria
- e) Cópia do comprovante de pensionista
- f) Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica, quando o beneficiário constar como proprietário ou sócio.
- g) Declaração do contador para profissionais liberais (advogados, médicos, contadores, etc.) - expedido dentro do prazo de 60 dias.
- h) Cópia da carteira de registro no órgão profissional, desde que exerça a profissão advogado, médico, contador, etc).

2. Declaração assinada e em nome do beneficiário nas seguintes situações:

- a) Dona de casa;
- b) Autônomo (considerados informais, sem registro profissional).

**ANEXO 3.1 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE
OCUPAÇÃO PROFISSIONAL VÁLIDO SOMENTE PARA
DONA DE CASA E AUTÔNOMOS**

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE DESENVOLVIDA

EU, (Nome completo), (nacionalidade), (estado civil), portador do RG n° XXXXXXXX e inscrito n° CPF sob o n° XXXXXXXX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, n° XXXXX, Bairro XXXXXXXXXXXX, no Município de XXXXXXXXXXXX, Estado de XXXXXX, DECLARO para os devidos fins, sob as penas da lei, que atualmente desenvolvo a atividade de _____.
Por ser verdade, firmo a presente em uma única via.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome Completo

ANEXO 4 – FORMULÁRIO CADASTRAL VD – REGULAMENTADO

UNIMED ALTO VALE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					Unimed		
Registro ANS N.º 37256-1							
FORMULÁRIO CADASTRAL							
CONTRATO PRÉ-PAGAMENTO - REGULAMENTADO							
X	Plano Coletivo Com Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do (a) CONTRATANTE que fica responsável pelo pagamento das mesmas.						
	Plano Coletivo Sem Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do Beneficiário titular que fica responsável pelo pagamento das mesmas e requer desde já que sejam enviadas para o seu endereço abaixo. O Beneficiário titular reconhece o valor das mensalidades fixadas e o extrato de serviços prestados, que se destina a identificar a utilização para o cálculo da respectiva participação nos custos conforme prevê a cláusula contratual, como prova de seu débito.						
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nova Inclusão	Mudança de Plano	Migração	Inclusão de Dependente(s)	Alteração	Transferência de Contrato/Filial/Unidade		
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO							
Contratante:				Contrato N.º			
Nº do Registro na ANS:	Produto	%Co-participação: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 50%	Acomodação: <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Enf	Abrangência: <input type="checkbox"/> Nac <input type="checkbox"/> Est	Início de Vigência		
VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR BENEFICIÁRIO (Preenchimento Obrigatório se Plano Coletivo sem patrocinador)					TAXA DE INSCRIÇÃO		
Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Valor por Beneficiário		
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$		
DADOS DO (A) TITULAR							
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Código do Beneficiário:			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	Data Nascimento:	Nome da mãe (Conforme Registro Civil/RG)				
CPF:	RG / Órgão Emissor / Código país			CNS – Cartão Nacional de Saúde:			
<input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Diretor	<input type="checkbox"/> Sócio	Data de Admissão:	N.º PIS/PASEP/NIS:				
Endereço Residencial:			N.º:	Complemento:			
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:	E-mail:			
Tefone:	Endereço Correspondência:				N.º:		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:			
TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO/FILIAL/UNIDADE:							
Já era usuário Unimed <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual Unimed	Dt. Inclusão	Dt. Exclusão	Plano	Código:		
DADOS DO TITULAR E DOS DEPENDENTES							
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento
1							
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:		
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):							
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento
2							
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:		
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):							
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento
3							
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:		
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):							

Frente

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
4					

CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ País: _____ CNS: _____

Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG): _____

GP - Grau Parentesco: TI = Titular
SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino
EC - Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros
 CP = Companheiro(a) ES = Espos(a) FA = Filha FO = Filho EN = Enteado

ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO

TITULAR

• Cópia RG, CPF

- Comprovante de endereço em nome do titular ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de residência com reconhecimento de firma em cartório.

• Comprovante de ocupação profissional ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo:

- Carteira de Trabalho (CTPS): Página da qualificação civil e página do registro na empresa
- SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão
- Contrato Social: Inclusão de sócio da empresa contratante
- Comprovação de Vínculo emitida pelo responsável da associação ou folha de pagamento.

DEPENDENTES

- **Esposa:** Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento
- **Companheira:** Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular acompanhada de mais uma prova que poderá ser: (filhos em comum, Imposto de Renda, Conta Conjunta)
- **Filhos:** Cópia Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação, RG CPF para maiores de 18 anos
- **Recém nascido:** Cópia da Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação.

Obs: A inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento para que fique isento das carências.

OBS.: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Operadora até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.

Só serão aceitos os formulários com preenchimento correto de todos os campos, devidamente assinados e com cópia da documentação acima.

X _____
 Assinatura do Titular

X _____
 Nome do responsável, assinatura e carimbo do(a) Contratante

 Carimbo Vendedor

DATA: _____

RECEBIMENTO DO CONTRATO

Declaro, 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: **recebi uma cópia do contrato, tendo conhecimento pleno de todas suas cláusulas e condições.**

Assinatura do Titular X _____

ANEXO 5 – FORMULÁRIO CADASTRAL UNIPLAN VD – NÃO REGULAMENTADO

UNIMED ALTO VALE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO								
Registro ANS N.º 37256-1								
FORMULÁRIO CADASTRAL								
CONTRATO UNIPLAN VD – NÃO REGULAMENTADO								
X	Plano Coletivo Com Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do (a) CONTRATANTE que fica responsável pelo pagamento das mesmas.							
	Plano Coletivo Sem Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do Beneficiário titular que fica responsável pelo pagamento das mesmas e requer desde já que sejam enviadas para o seu endereço abaixo. O Beneficiário titular reconhece o valor das mensalidades fixadas e o extrato de serviços prestados, que se destina a identificar a utilização para o cálculo da respectiva participação nos custos conforme prevê a cláusula contratual, como prova de seu débito.							
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS								
<input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Inclusão de <input type="checkbox"/> Inclusão de <input type="checkbox"/> Exclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Transferência do Inclusão Unisanta Dependente (s) Opcional (is) de Opcional (is) Contrato/Filial/Unidade								
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO								
Contratante:						Contrato N.º		
Nº do Registro Produto na ANS:			Abrangência: Nacional		Unisanta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Início de Vigência	
Opcionais Contratados: <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Opcional 1 <input type="checkbox"/> Opcional 2				<input type="checkbox"/> Opcional 3				
VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR BENEFICIÁRIO (Preenchimento Obrigatório se Plano Coletivo sem patrocinador)						TAXA DE INSCRIÇÃO		
Titular		Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Valor por Beneficiário		
R\$		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$		
DADOS DO (A) TITULAR								
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):					Código do Beneficiário:			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Estado Civil:	Data Nascimento:	Nome da mãe (Conforme Registro Civil/RG)				
CPF:		RG / Órgão Emissor / Código país			CNS – Cartão Nacional de Saúde:			
<input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio		Data de Admissão:		N.º PIS/PASEP/NIS:				
<input type="checkbox"/> Diretor <input type="checkbox"/>								
Endereço Residencial:				N.º:	Complemento:			
Bairro:		CEP:	Cidade:		UF:	E-mail:		
Telefone:		Endereço Correspondência:				N.º:		
Complemento:		Bairro:	CEP:	Cidade:		UF:		
TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO/FILIAL/UNIDADE:								
Já era usuário Unimed		Qual Unimed	Dt. Inclusão	Dt. Exclusão	Plano	Código:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
DADOS DO TITULAR E DOS DEPENDENTES								
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
1								
CPF:		RG:	Órgão Emissor:		País:	CNS:		
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):								
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
2								
CPF:		RG:	Órgão Emissor:		País:	CNS:		
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):								
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
3								
CPF:		RG:	Órgão Emissor:		País:	CNS:		
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):								

Frente

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
4						
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:	
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):						
GP - Grau Parentesco: TI = Titular		SX - Sexo:		EC - Estado Civil: S = Solteiro		
CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a)		F = Feminino		C= Casado D= Desquitado		
FA = Filha FO = Filho EN = Enteadado		M = Masculino		V= Viúvo O = Outros		
REFERÊNCIAS CONTRATUAIS VÁLIDO PARA O PLANO: UNIPLAN VD						
<p>COBERTURAS: Plano Básico - consultas médicas, exames laboratoriais, raio X, parto normal e cesárea, internação em quarto coletivo e procedimentos cirúrgicos.</p> <p>Opcional 1 – internação em apartamento standart.</p> <p>Opcional 2 – exames especiais de alto custo.</p> <p>Opcional 3 – litotripsia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica e internação em UTI.</p>						
ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO						
TITULAR						
<ul style="list-style-type: none"> • Cópia RG, CPF • Comprovante de endereço em nome do titular ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Conta de água, luz ou telefone - Contrato de Locação - Declaração de residência com reconhecimento de firma em cartório. • Comprovante de ocupação profissional ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Carteira de Trabalho (CTPS): Página da qualificação civil e página do registro na empresa - SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão - Contrato Social: Inclusão de sócio da empresa contratante - Comprovação de Vínculo emitida pelo responsável da associação ou folha de pagamento. 						
DEPENDENTES						
<ul style="list-style-type: none"> • Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento • Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular acompanhada de mais uma prova que poderá ser: (filhos em comum, Imposto de Renda, Conta Conjunta) • Filhos: Cópia Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação, RG CPF para maiores de 18 anos • Recém nascido: Cópia da Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação. <p>Obs: A inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento para que fique isento das carências.</p>						
<p>OBS.: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Operadora até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.</p> <p>Só serão aceitos os formulários com preenchimento correto de todos os campos, devidamente assinados e com cópia da documentação acima.</p>						
X _____ Assinatura do Titular			X _____ Nome do responsável, assinatura e carimbo do(a) Contratante			
_____			DATA: _____			
Carimbo Vendedor						
RECEBIMENTO DO CONTRATO						
<p>Declaro, 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: recebi uma cópia do contrato, tendo conhecimento pleno de todas suas cláusulas e condições.</p>						
Assinatura do Titular X _____						

Verso

ANEXO 6 – FORMULÁRIO CADASTRAL LOCAL VD – NÃO REGULAMENTADO

UNIMED ALTO VALE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO						Unimed		
Registro ANS N.º 37256-1								
FORMULÁRIO CADASTRAL								
CONTRATO PLANO LOCAL VD – NÃO REGULAMENTADO								
X	Plano Coletivo Com Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do (a) CONTRATANTE que fica responsável pelo pagamento das mesmas.							
	Plano Coletivo Sem Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do Beneficiário titular que fica responsável pelo pagamento das mesmas e requer desde já que sejam enviadas para o seu endereço abaixo. O Beneficiário titular reconhece o valor das mensalidades fixadas e o extrato de serviços prestados, que se destina a identificar a utilização para o cálculo da respectiva participação nos custos conforme prevê a cláusula contratual, como prova de seu débito.							
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nova Inclusão		Inclusão de Dependente (s)		Inclusão de Opcional (is)		Exclusão de Opcional (is) Alteração Transfêrencia do Contrato/Filial/Unidade		
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO								
Contratante:				Contrato N.º				
Nº do Registro Produto na ANS:			Abrangência: Local		Início de Vigência			
Opcionais Contratados:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Básico	Opcional 1	Opcional 2	Opcional 3	
VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR BENEFICIÁRIO						TAXA DE INSCRIÇÃO		
(Preenchimento Obrigatório se Plano Coletivo sem patrocinador)								
Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Valor por Beneficiário			
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$			
DADOS DO (A) TITULAR								
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Código do Beneficiário:				
Sexo: <input type="checkbox"/>	Estado Civil:		Data Nascimento:	Nome da mãe (Conforme Registro Civil/RG)				
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
Masculino								
Feminino								
CPF:		RG / Órgão Emissor / Código país			CNS – Cartão Nacional de Saúde:			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Data de Admissão:		N.º PIS/PASEP/NIS:		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Funcionário		Sócio						
Diretor								
Endereço Residencial:			N.º:	Complemento:				
Bairro:		CEP:	Cidade:	UF:	E-mail:			
Telefone:		Endereço Correspondência:				N.º:		
Complemento:		Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:			
TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO/FILIAL/UNIDADE:								
Já era usuário Unimed		Qual Unimed	Dt. Inclusão	Dt. Exclusão	Plano	Código:		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Sim		Não						
DADOS DO TITULAR E DOS DEPENDENTES								
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
1								
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):								
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
2								
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):								
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
3								
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País:	CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):								

Frente

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
4						
CPF:		RG:	Órgão Emissor:		País:	CNS:
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):						
GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP = Companheiro(a) ES = Espos(a) FA = Filha FO = Filho EN = Entead			SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino		EC - Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros	
REFERÊNCIAS CONTRATUAIS VÁLIDO PARA O PLANO: UNIPLAN VD						
<p>COBERTURAS: Plano Básico - consultas médicas, exames laboratoriais, raio X, parto normal e cesárea, internação em quarto coletivo e procedimentos cirúrgicos.</p> <p>Opcional 1 – internação em apartamento standart.</p> <p>Opcional 2 – exames especiais de alto custo.</p> <p>Opcional 3 – litotripsia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica e internação em UTI.</p>						
ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO						
TITULAR						
<ul style="list-style-type: none"> • Cópia RG, CPF • Comprovante de endereço em nome do titular ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Conta de água, luz ou telefone - Contrato de Locação - Declaração de residência com reconhecimento de firma em cartório. • Comprovante de ocupação profissional ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Carteira de Trabalho (CTPS): Página da qualificação civil e página do registro na empresa - SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão - Contrato Social: Inclusão de sócio da empresa contratante - Comprovação de Vínculo emitida pelo responsável da associação ou folha de pagamento. 						
DEPENDENTES						
<ul style="list-style-type: none"> • Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento • Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular acompanhada de mais uma prova que poderá ser: (filhos em comum, Imposto de Renda, Conta Conjunta) • Filhos: Cópia Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação, RG CPF para maiores de 18 anos • Recém nascido: Cópia da Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação. <p>Obs: A inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento para que fique isento das carências.</p>						
<p>OBS.: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Operadora até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.</p> <p>Só serão aceitos os formulários com preenchimento correto de todos os campos, devidamente assinados e com cópia da documentação acima.</p>						

X _____
Assinatura do Titular

X _____
Nome do responsável, assinatura
e carimbo do(a) Contratante

Carimbo Vendedor

DATA: _____

RECEBIMENTO DO CONTRATO

Declaro, 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: **recebi uma cópia do contrato, tendo conhecimento pleno de todas suas cláusulas e condições.**

Assinatura do Titular X _____

Verso

ANEXO 7 – FORMULÁRIO CADASTRAL CO – NÃO REGULAMENTADO

UNIMED ALTO VALE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO											
Registro ANS N.º 37256-1											
FORMULÁRIO CADASTRAL											
CONTRATO UNIPLAN CO – NÃO REGULAMENTADO											
X	Plano Coletivo Com Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do (a) CONTRATANTE que fica responsável pelo pagamento das mesmas.										
	Plano Coletivo Sem Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do Beneficiário titular que fica responsável pelo pagamento das mesmas e requer desde já que sejam enviadas para o seu endereço abaixo. O Beneficiário titular reconhece o valor das mensalidades fixadas e o extrato de serviços prestados, que se destina a identificar a utilização para o cálculo da respectiva participação nos custos conforme prevê a cláusula contratual, como prova de seu débito.										
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS											
<input type="checkbox"/>	Nova	<input type="checkbox"/>	Inclusão de	<input type="checkbox"/>	Inclusão de	<input type="checkbox"/>	Exclusão	<input type="checkbox"/>	Alteração	<input type="checkbox"/>	Transferência do
	Inclusão		Dependente(s)		Opcional (is)		de Opcional (is)				Contrato/Filial/Unidade
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO											
Contratante:						Contrato N.º					
Nº do Registro Produto na ANS:				Abrangência: Nacional				Início de Vigência			
Opcionais Contratados:		<input type="checkbox"/>	Básico	<input type="checkbox"/>	Opcional 1	<input type="checkbox"/>	Opcional 2	<input type="checkbox"/>	Opcional 3		
DADOS DO (A) TITULAR											
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):						Código do Beneficiário:					
Sexo:		<input type="checkbox"/>	Masculino	Estado Civil:		Data Nascimento:		Nome da mãe (Conforme Registro Civil/RG)			
		<input type="checkbox"/>	Feminino								
CPF:			RG / Órgão Emissor / Código país				CNS – Cartão Nacional de Saúde:				
<input type="checkbox"/>		Funcionário	<input type="checkbox"/>		Sócio	Data de Admissão:		N.º PIS/PASEP/NIS:			
<input type="checkbox"/>		Diretor	<input type="checkbox"/>								
Endereço Residencial:					Nº:		Complemento:				
Bairro:			CEP:		Cidade:			UF:		E-mail:	
Telefone:			Endereço Correspondência:					Nº:			
Complemento:		Bairro:		CEP:		Cidade:			UF:		
TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO/FILIAL/UNIDADE:											
Já era usuário Unimed		Qual Unimed		Dt. Inclusão		Dt. Exclusão		Plano		Código:	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Sim Não							
DADOS DO TITULAR E DOS DEPENDENTES											
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	Opcional		
1											
CPF:		RG:		Órgão Emissor:		País:		CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):											
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	Opcional		
2											
CPF:		RG:		Órgão Emissor:		País:		CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):											
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	Opcional		
3											
CPF:		RG:		Órgão Emissor:		País:		CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):											
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	Opcional		
4											
CPF:		RG:		Órgão Emissor:		País:		CNS:			
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):											

Frente

GP - Grau Parentesco: TI = Titular	SX - Sexo:	EC- Estado Civil: S = Solteiro
CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a)	F = Feminino	C= Casado D= Desquitado
FA = Filha FO = Filho EN = Enteadado	M = Masculino	V= Viúvo O = Outros

REFERÊNCIAS CONTRATUAIS VÁLIDO PARA O PLANO: UNIPLAN CO

COBERTURAS: Plano Básico - consultas médicas, exames laboratoriais, raio X, parto normal e cesárea, internação em quarto coletivo e procedimentos cirúrgicos.

Opcional 1 – internação em apartamento standart.

Opcional 2 – exames especiais de alto custo.

Opcional 3 – litotripsia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica e internação em UTI.

ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO

TITULAR

- **Cópia RG, CPF**
- Comprovante de endereço em nome do titular ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de residência com reconhecimento de firma em cartório.
- **Comprovante de ocupação profissional** ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo:
 - Carteira de Trabalho (CTPS): Página da qualificação civil e página do registro na empresa
 - SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão
 - Contrato Social: Inclusão de sócio da empresa contratante
 - Comprovação de Vínculo emitida pelo responsável da associação ou folha de pagamento.

DEPENDENTES

- **Esposa:** Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento
- **Companheira:** Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular acompanhada de mais uma prova que poderá ser: (filhos em comum, Imposto de Renda, Conta Conjunta)
- **Filhos:** Cópia Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação, RG CPF para maiores de 18 anos
- **Recém nascido:** Cópia da Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação.

Obs: A inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento para que fique isento das carências.

OBS.: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Operadora até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.

Só serão aceitos os formulários com preenchimento correto de todos os campos, devidamente assinados e com cópia da documentação acima.

X _____
Assinatura do Titular

X _____
Nome do responsável, assinatura
e carimbo do(a) Contratante

Carimbo Vendedor

DATA: ____


RECEBIMENTO DO CONTRATO

Declaro, 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: **recebi uma cópia do contrato, tendo conhecimento pleno de todas suas cláusulas e condições.**

Assinatura do Titular X _____

Verso

ANEXO 8 – FORMULÁRIO CADASTRAL CO – REGULAMENTADO

UNIMED ALTO VALE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO									
Registro ANS N.º 37256-1									
FORMULÁRIO CADASTRAL									
CONTRATO CUSTO OPERACIONAL - REGULAMENTADO									
X	Plano Coletivo Com Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do (a) CONTRATANTE que fica responsável pelo pagamento das mesmas.								
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS									
<input type="checkbox"/>	Nova Inclusão	<input type="checkbox"/>	Migração	<input type="checkbox"/>	Inclusão de Dependente(s)	<input type="checkbox"/>	Alteração	<input type="checkbox"/>	Transferência de Contrato/Filial/Unidade
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO									
Contratante:					Contrato N.º				
Nº do Registro Produto na ANS:			Acomodação: Sem Internação		Abrangência: Nacional	Início de Vigência			
VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR BENEFICIÁRIO (Preenchimento Obrigatório se Plano Coletivo sem patrocinador)						VALOR TOTAL			
Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4					
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$				
DADOS DO (A) TITULAR									
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):					Código do Beneficiário:				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	Data Nascimento:	Nome da mãe (Conforme Registro Civil/RG)						
CPF:		RG / Órgão Emissor / Código país		CNS – Cartão Nacional de Saúde:					
<input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Diretor	<input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/>	Data de Admissão:		N.º PIS/PASEP/NIS:					
Endereço Residencial:			Nº:	Complemento:					
Bairro:		CEP:	Cidade:		UF:	E-mail:			
Tefone:		Endereço Correspondência:			Nº:				
Complemento:	Bairro:	CEP:	Cidade:		UF:				
TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO/FILIAL/UNIDADE:									
Já era usuário Unimed <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual Unimed	Dt. Inclusão	Dt. Exclusão	Plano	Código:				
DADOS DOS DEPENDENTES									
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento		
1									
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País Emissor:	CNS:				
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):									
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento		
2									
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País Emissor:	CNS:				
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):									
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento		
3									
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País Emissor:	CNS:				
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):									
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento		
4									
CPF:		RG:	Órgão Emissor:	País Emissor:	CNS:				
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG):									

Frente

GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a) FA = Filha FO = Filho EN = Enteado	SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino	EC- Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros
---	--	--

ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO

TITULAR

• **Cópia RG, CPF**

- Comprovante de endereço em nome do titular ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de residência com reconhecimento de firma em cartório.

• **Comprovante de ocupação profissional** ou outro documento que comprove conforme exemplos abaixo:

- Carteira de Trabalho (CTPS): Página da qualificação civil e página do registro na empresa
- SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão
- Contrato Social: Inclusão de sócio da empresa contratante
- Comprovação de Vínculo emitida pelo responsável da associação ou folha de pagamento.

DEPENDENTES

- **Esposa:** Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento
- **Companheira:** Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular acompanhada de mais uma prova que poderá ser: (filhos em comum, Imposto de Renda, Conta Conjunta)
- **Filhos:** Cópia Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação, RG CPF para maiores de 18 anos
- **Recém nascido:** Cópia da Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação.

Obs: A inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento para que fique isento das carências.

OBS.: Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Operadora até o dia 15 de cada mês para terem vigência a partir do 1º dia do mês seguinte.

Só serão aceitos os formulários com preenchimento correto de todos os campos, devidamente assinados e com cópia da documentação acima.

X _____
Assinatura do Titular

X _____
Nome do responsável, assinatura
e carimbo do(a) Contratante

Carimbo Vendedor

DATA: _____

RECEBIMENTO DO CONTRATO

Declaro, 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: **recebi uma cópia do contrato, tendo conhecimento pleno de todas suas cláusulas e condições.**

Assinatura do Titular X _____

Verso

ANEXO 9 – CARTA DE ORIENTAÇÃO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc. *) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

Frente

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade PAC acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____
(Legível)

CPF: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____
(Legível)

CPF: _____

Assinatura: _____

Declaração de saúde entregue na operadora preenchida pelo beneficiário ou seu representante legal sem a presença do intermediário da operadora (corretor).

ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DE SAÚDE

<u>DECLARAÇÃO DE SAÚDE</u>	
Identificação:	
Nome: _____	Data Nasc.: ____/____/____
Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Companheiro (a)
<input type="checkbox"/> Filho (a)	<input type="checkbox"/> Enteadado (a)
CPF: _____	
RG _____	Órgão Emissor _____ UF _____ Data de emissão: ____/____/____
Naturalidade: _____	
PIS _____	
CNS (Cartão Nacional de Saúde) _____	
Estado Civil: _____	
Filiação (sem abreviações):	
Pai _____	
Mãe _____	
Endereço:	
Rua _____	Nº _____
Bairro _____	CEP _____
Cidade _____	UF _____
Telefones _____	
E-mail _____	
Nome do Titular:	

Instrução Gerais:	
1. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo ônus financeiro desta opção.	
2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.	
3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:	
a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) - Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.	
b) Agravo – Qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.	
4. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por omissão de doença de lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.	
1	

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o consumidor entenda importante registrar.

Espaço reservado para que o médico orientador declare que o preenchimento desta declaração contou com a sua presença. _____

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

- O consumidor dispensou a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Assinatura do Titular ou responsável legal

Nome _____

CPF _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Dependente ou responsável legal

Nome _____

CPF _____

Data: ____/____/____

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:

Sem DLP

Com DLP e sem necessidade de perícia médica

Com necessidade de perícia médica

Com DLP e com necessidade de perícia médica

Informar o CID e/ou código dos procedimentos da DLP e outras observações:

5

**Assinatura e Carimbo do
Médico Avaliador**
Data: ____/____/____

PERÍCIA MÉDICA

Quadro Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos: _____

Parecer Final: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Perito
Data : ____/____/____

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.

Assinatura do Titular ou responsável legal
Nome _____
CPF _____
Data: ____/____/____

Assinatura do Dependente ou responsável legal
Nome _____
CPF _____
Data: ____/____/____

ANEXO 11 – FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO

UNIMED		FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO		N°	
Contratante:				Contrato N.º	
Operadora: Unimed Alto Vale Cooperativa de Trabalho Médico				Registro ANS N.º 372561	
MOTIVO DA EXCLUSÃO OU CANCELAMENTO					
1	Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário ou Contratante				
2	Término da relação de vinculado a um beneficiário titular (dependência)				
3	Desligamento da empresa (planos coletivos)				
5	Óbito - Anexar cópia da Certidão de Óbito, em atendimento a Resolução/ANS RN n.º 86 de 15/12/2004.				
7	Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação de sistema da Operadora (Utilizar este motivo em caso de migração, mudança de plano)				
*4	Inadimplência				
*8	Transferência de Carteira				
*9	Alteração individual do código do beneficiário				
*13	Inclusão Indevida de Beneficiários				
*14	Fraude (art 13 da Lei 9656/98)				
* Uso exclusivo da Operadora.					
Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo elencados do plano de saúde da Unimed:					
DADOS DO(A) TITULAR E DOS DEPENDENTES					
Motivo	Causa Materna	Data Óbito	Nome	Código Cartão	
Data		Data Exclusão		Vendedor: N.º	

OBS.: As Fichas de Exclusão deverão ser enviadas para Operadora até o dia 15 de cada mês para terem efeito a partir do 1.º dia do mês seguinte. Só serão aceitos formulários preenchidos corretamente e as exclusões por óbito somente com a certidão de óbito.

DATA: _____ Assinatura e carimbo da (o) Contratante X _____

ANEXO 12 – FORMULÁRIO DE EX-EMPREGADO – DEMITIDO

FICHA DE INSCRIÇÃO EX-EMPREGADO						Código:		
UNIMED								
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS								
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO				
UNIMED: UNIMED ALTO VALE								
EMPRESA: Hospital Trombudo Central						CONTRATO N.º		
DADOS DO EX-EMPREGADO								
(X) Demitido Ou Demissionário () Aposentado		Data Saída da Empresa		Data Admissão Empresa		Data inicial de Inclusão na Unimed:		
Nome:				Cargo/Função:				
CPF:		RG:		Endereço Residencial:				
Nº	Apto:	Complemento			Bairro:			
Cidade:			UF:	CEP:	Fone:	Fax		
Endereço Comercial:			Nº	Complemento		Bairro		
Cidade:		UF	CEP		Fone	Ramal	Fax	
Cód. Plano Anterior	Dt. Inclusão	Dt. Exclusão	Plano/cobertura:		Unimed:			
DADOS DO TITULAR E DOS DEPENDENTES								
Cód Ref	Cód Par	Nome			Plano(Conforme o anterior)	Sx	EC	Data Nasc.
Através desta declara ter conhecimento de todo o teor do Contrato nº _____ firmado entre a _____ e a _____, na data de _____, ao qual, neste momento adere, responsabilizando-se isoladamente por todas as suas cláusulas contratuais e eximindo, por consequência, a responsabilidade da Empresa acima qualificada. Outrossim requer desde já a inclusão dos usuários acima relacionados.								
Dados do Plano								
Cód Ref.	Plano (Conforme o Anterior)	Participação Nos Custos % Consultas e exames		Limite de Participação R\$		Valor Mensalidade R\$		
Total da Mensalidade Fixa R\$				Início Vigência:				
Código Parentesco Filha(FA) Filho(FO) Associado – TI Esposo(a) (ES) Comp. (CP)			Sexo: M – Masc. F – Fem	Estado Civil: C – Casado D – Desq. O - Outros S – Solteiro V– Viuva		ATENÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ACIMA		
RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS								
1) O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, bem como o ex-empregado aposentado, desligado da empresa a partir de, terá direito a continuar usufruindo dos benefícios do plano, desde que respeitadas as condições previstas nos itens seguintes:								

Frente

- 1.1) O benefício abrange também os dependentes inscritos até o momento do desligamento.
- 2) O ex-empregado e seus dependentes continuarão incluídos neste contrato, no mesmo plano em que estiveram inscritos, juntamente com os empregados ativos, assumindo inclusive a continuidade do cumprimento das carências, caso ainda não tenham sido totalmente cumpridas, conforme acordo formal firmado entre os últimos, ou seus representantes legalmente constituídos.
- 2.1.1) O usuário fica responsável pelas declarações efetuadas nesta ficha, e ciente de que em caso de omissão ou inverdade será responsabilizado criminalmente na forma da lei.
- 3) O ex-empregado tem ao prazo máximo de 30 dias, após o seu desligamento da empresa, para optar pela manutenção do benefício, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.
- 4) A permanência do usuário neste plano será permitida da seguinte forma:
- a) Para os aposentados, que permaneceram neste contrato por um prazo igual ou superior a 10 anos, poderão permanecer no mesmo indefinidamente ao seu critério, ou até o momento em que voltar a trabalhar. Para os aposentados que permaneceram por prazo inferior a 10 anos, será permitida a permanência a razão de 1 ano para cada ano inscrito neste contrato.
 - b) Para os demais casos, o prazo de permanência será limitado até o momento em que o usuário conseguir novo emprego.
- 4.1) Sempre que solicitado, o usuário deverá apresentar sua CTPS. Ao obter novo emprego, o usuário deverá entrar imediatamente em contato com a empresa, através da qual possui este benefício, que comunicara a CONTRATADA a saída do usuário, com o envio das carteiras correspondentes.
- 4.2) O prazo de permanência do usuário dentro do plano poderá ser alterado caso haja novas determinações a respeito, emitidas pelo CONSU ou Ministério da Saúde.
- 4.3) Caso o usuário consiga novo emprego e não comunique a nova situação, quando detectada, o usuário perderá imediatamente o direito a qualquer atendimento, e ficará passível de reembolsar a CONTRATADA por serviços prestados que excederem a contribuição mensal já paga, a partir da data de início do novo emprego.
- 5) A partir da data do seu desligamento, o ex-empregado passa a assumir o pagamento integral da mensalidade, sendo a cobrança efetuada da seguinte forma: a CONTRATADA emitirá bloquetes de cobrança individuais, com vencimento para o dia 10 de cada mês em nome dos ex-empregados, encaminhando-os para o endereço fornecido. Os valores serão os mesmos praticados com a empresa, inclusive todas as revisões de valores que vierem a ocorrer no período, conforme previsto no contrato original.
- 5.1) Serão observadas também todos os limites previstos no contrato original, bem como a participação financeira em consultas e exames, quando for o caso.
- 5.2) Ocorrendo impuntualidade no pagamento das prestações devidas, estas serão corrigidas conforme índices de correção previstos no contrato original, mantido com a empresa.
- 5.2.1) Além das multas previstas, o atraso implica em imediata suspensão dos atendimentos. Além disso, o atraso superior a 30 dias, ininterruptos ou não, implica na exclusão do usuário e seus dependentes do referido plano.

DATA:

Assinatura do Ex-Empregado: _____

Assinatura e carimbo da Empresa: _____

Verso

ANEXO 12.1 – AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a inclusão da Sr. _____ no plano inativos da
(Nome completo do funcionário)
_____ a partir de ____/____/____.
(Razão Social da Empresa)

Rio do Sul, ____ de _____ de _____.

Razão Social
CNPJ

ANEXO 12.2 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA O EMPREGADO – DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

Rio do Sul, _____.

À

Prezado Senhor

Em atendimento ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito de manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

O período de manutenção dessa condição de usuário será de um terço do tempo em que V.S. contribuiu para o plano mantido por esta empresa, com um mínimo de seis meses e um máximo de vinte quatro meses.

O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o que deverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grupo familiar à operadora do plano.

A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiar então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse em exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança das contraprestações.

Atenciosamente

Ass. _____
Empresa contratante
CNPJ

ANEXO 12.3 – RESPOSTA DO EMPREGADO

Rio do Sul, _____.

Prezado Senhor

Em resposta à comunicação dessa empresa quando da rescisão contratual, sobre meu direito de optar pela manutenção da cobertura assistencial do Plano de Saúde Unimed de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, manifesto o meu interesse em exercê-lo, assumindo o seu pagamento integral.

Atenciosamente

Beneficiário

ANEXO 12.4 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA A OPERADORA

Rio do Sul, _____.

À
Unimed Alto Vale Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Prefeito Eugênio Schneider
RIO DO SUL (SC)

Prezados Senhores

Solicitamos a essa operadora a exclusão do(s) usuário(s) abaixo relacionado(s) do plano empresarial de assistência à saúde, entre nós celebrado, e a simultânea inscrição do(s) mesmo(s), no plano coletivo por adesão para inativos, uma vez que o(s) titular(es) ex-empregado(s) desta empresa, optou (optaram) pelo exercício do direito estabelecido na Lei nº 9.656 (anexo).

Declaramos que o(s) mesmo(s) se enquadra(m) nas hipóteses previstas em lei e está (estão) ciente(s) de seus direitos e obrigações (anexo).

Reiteramos os termos contratuais em que havendo rescisão do contrato coletivo, também será extinto o contrato para inativos.

Nome do titular, código do beneficiário, data de início da contribuição, data do desligamento da empresa;

Dependente 1 _____ - _____ - _____ - _____

Dependente 2 _____ - _____ - _____

Dependente 3 _____ - _____ - _____

Atenciosamente

CNPJ

ANEXO 12.5 – TERMO DE ADESÃO

Termo de Adesão

O usuário declara ter conhecimento dos termos do contrato celebrado entre a sua então empresa empregadora, como Contratante, e a Unimed Alto Vale, operadora de planos privados de assistência à saúde.

O plano cujo tipo de contratação é coletivo por adesão (para inativos), específico para os demitidos e aposentados, é de modalidade de pré-pagamento e as contraprestações são devidas independente de utilização dos serviços e estão sujeitas às variações acordadas entre a Contratante e a Operadora.

Em caso de encerramento ou cancelamento do plano empresarial (para os empregados ativos), o plano de inativos também será encerrado ou cancelado.

O atraso no pagamento das contraprestações por período superior a trinta dias implicará na suspensão dos serviços contratados, e poderá acarretar a rescisão do contrato.

Em caso de não recebimento do documento de cobrança da contraprestação até cinco dias antes do respectivo vencimento, o usuário deverá entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento da Operadora, para solicitação da segunda via.

No caso de admissão do usuário titular em novo emprego, o benefício estará legalmente cancelado, devendo o usuário comunicar o fato à empresa Contratante para as providências de exclusão do grupo familiar e conseqüente devolução dos cartões de identificação.

Em caso de utilização indevida, o usuário titular e dependentes estarão sujeitos às sanções civis e penais da lei, bem como ao ressarcimento de todas as despesas pagas pela Operadora.

Prazo máximo de permanência no plano coletivo por adesão para inativos: _____ meses, ou seja, até ____/____/____.

Valor da contraprestação R\$ _____ vencimento 10 de cada mês.

Rio do Sul, ____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário inativo

ANEXO 12.6 – TERMO DE COMPROMISSO

TERMO DE COMPROMISSO.

À despeito de haver

- (x) me aposentado;
() sido demitido sem justa causa;

no mês de _____, tendo interesse na manutenção da condição de beneficiário do Plano de Saúde da Unimed, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, conforme cláusula 15ª e 16ª daquele instrumento (transcritas abaixo), e, portanto, ASSUMO O INTEGRAL PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE.

Rio do Sul, _____.

Titular:
CPF:

CLÁUSULA 15ª Funcionários Demitidos

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, não sendo considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) assuma o pagamento integral;
- c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, cabendo à(o) CONTRATANTE formalizar questionamento a este respeito no ato da rescisão;
- d) mantenha todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

Frente

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência no plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício quando de sua admissão em novo emprego.

CLÁUSULA 16ª Aposentados

Observadas as exigências das letras “a”, “b”, “c” e “d” da cláusula anterior, ao aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde é assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo seguinte tempo:

- a) se contribuía para o plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se contribuía para o plano por menos de 10 (dez) anos: a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

ANEXO 13 – FORMULÁRIO DE EX-EMPREGADO – APOSENTADO

FICHA DE INSCRIÇÃO EX-EMPREGADO		Código:	
UNIMED			
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS			
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO
UNIMED: UNIMED ALTO VALE			
EMPRESA: Hospital Trombudo Central			CONTRATO N.º
DADOS DO EX-EMPREGADO			
() Demitido Ou Demissionário Justa Causa		Data Saida da Empresa	Data Admissão Empresa
(X) Aposentado		Data inicial de Inclusão na Unimed:	
Nome:		Cargo/Função:	
CPF:	RG:	Endereço Residencial:	
Nº	Apto:	Complemento	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	Fone: Fax
Endereço Comercial:		Nº	Complemento Bairro
Cidade:	UF	CEP	Fone Ramal Fax
Cód. Plano Anterior	Dt. Inclusão	Dt. Exclusão	Plano/cobertura: Unimed:
DADOS DO TITULAR E DOS DEPENDENTES			
Cód Ref	Cód Par	Nome	Plano(Conforme o anterior) Sx EC Data Nasc.
<p>Através desta declara ter conhecimento de todo o teor do Contrato nº _____ firmado entre a _____ e a _____, na data de _____, ao qual, neste momento adere, responsabilizando-se isoladamente por todas as cláusulas contratuais e eximindo, por consequência, a responsabilidade da Empresa acima qualificada. Outrossim requer desde já a inclusão dos usuários acima relacionados.</p>			
Dados do Plano			
Cód Ref.	Plano (Conforme o Anterior)	Participação Nos Custos % Consultas e exames	Limite de Participação R\$ Valor Mensalidade R\$
Total da Mensalidade Fixa R\$		Início Vigência:	
Código Parentesco Filha(FA) Filho(FO) Associado – TI Esposo(a) (ES) Comp. (CP)		Sexo: M – Masc. F – Fem	Estado Civil: C – Casado D – Desq. O - Outros S – Solteiro V– Viuva
ATENÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ACIMA			
RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS			
<p>1) O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, bem como o ex-empregado aposentado, desligado da empresa a partir de, terá direito a continuar usufruindo dos benefícios do plano, desde que respeitadas as condições previstas nos itens seguintes:</p>			

Frente

- 1.1) O benefício abrange também os dependentes inscritos até o momento do desligamento.
- 2) O ex-empregado e seus dependentes continuarão incluídos neste contrato, no mesmo plano em que estiveram inscritos, juntamente com os empregados ativos, assumindo inclusive a continuidade do cumprimento das carências, caso ainda não tenham sido totalmente cumpridas, conforme acordo formal firmado entre os últimos, ou seus representantes legalmente constituídos.
- 2.1.1) O usuário fica responsável pelas declarações efetuadas nesta ficha, e ciente de que em caso de omissão ou inverdade será responsabilizado criminalmente na forma da lei.
- 3) O ex-empregado tem ao prazo máximo de 30 dias, após o seu desligamento da empresa, para optar pela manutenção do benefício, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.
- 4) A permanência do usuário neste plano será permitida da seguinte forma:
- a) Para os aposentados, que permaneceram neste contrato por um prazo igual ou superior a 10 anos, poderão permanecer no mesmo indefinidamente ao seu critério, ou até o momento em que voltar a trabalhar. Para os aposentados que permaneceram por prazo inferior a 10 anos, será permitida a permanência a razão de 1 ano para cada ano inscrito neste contrato.
- b) Para os demais casos, o prazo de permanência será limitado até o momento em que o usuário conseguir novo emprego.
- 4.1) Sempre que solicitado, o usuário deverá apresentar sua CTPS. Ao obter novo emprego, o usuário deverá entrar imediatamente em contato com a empresa, através da qual possui este benefício, que comunicara a CONTRATADA a saída do usuário, com o envio das carteiras correspondentes.
- 4.2) O prazo de permanência do usuário dentro do plano poderá ser alterado caso haja novas determinações a respeito, emitidas pelo CONSU ou Ministério da Saúde.
- 4.3) Caso o usuário consiga novo emprego e não comunique a nova situação, quando detectada, o usuário perderá imediatamente o direito a qualquer atendimento, e ficará passível de reembolsar a CONTRATADA por serviços prestados que excederem a contribuição mensal já paga, a partir da data de início do novo emprego.
- 5) A partir da data do seu desligamento, o ex-empregado passa a assumir o pagamento integral da mensalidade, sendo a cobrança efetuada da seguinte forma: a CONTRATADA emitirá bloquetes de cobrança individuais, com vencimento para o dia 10 de cada mês em nome dos ex-empregados, encaminhando-os para o endereço fornecido. Os valores serão os mesmos praticados com a empresa, inclusive todas as revisões de valores que vierem a ocorrer no período, conforme previsto no contrato original.
- 5.1) Serão observadas também todos os limites previstos no contrato original, bem como a participação financeira em consultas e exames, quando for o caso.
- 5.2) Ocorrendo impropriedade no pagamento das prestações devidas, estas serão corrigidas conforme índices de correção previstos no contrato original, mantido com a empresa.
- 5.2.1) Além das multas previstas, o atraso implica em imediata suspensão dos atendimentos. Além disso, o atraso superior a 30 dias, ininterruptos ou não, implica na exclusão do usuário e seus dependentes do referido plano.

DATA:

Assinatura do Ex-Empregado: _____

Assinatura e carimbo da Empresa: _____

Verso

ANEXO 13.1 – AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a inclusão da Sr. _____ no plano inativos da
(Nome completo do funcionário)
_____ a partir de ____/____/____.
(Razão Social da Empresa)

Rio do Sul, ____ de _____ de _____.

Razão Social
CNPJ

ANEXO 13.2 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA O EMPREGADO – APOSENTADO

Rio do Sul, _____.

Nome do beneficiário

Prezado (a) Senhor (a)

Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito de manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.

O período de manutenção dessa condição de usuário será de um ano para cada ano de contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de dez anos.

O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o que deverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grupo familiar à operadora do plano.

A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiar então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse em exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança das contraprestações.

Atenciosamente

CNPJ

ANEXO 13.3 – RESPOSTA DO EMPREGADO

Rio do Sul, _____.

Prezado Senhor

Em resposta à comunicação dessa empresa quando da rescisão contratual, sobre meu direito de optar pela manutenção da cobertura assistencial do Plano de Saúde Unimed de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, manifesto o meu interesse em exercê-lo, assumindo o seu pagamento integral.

Atenciosamente

CPF _____

ANEXO 13.4 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA A OPERADORA

Rio do Sul, _____.

À
Unimed Alto Vale Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Prefeito Eugênio Schneider
RIO DO SUL (SC)

Prezados Senhores

Solicitamos a essa operadora a exclusão do(s) usuário(s) abaixo relacionado(s) do plano empresarial de assistência à saúde, entre nós celebrado, e a simultânea inscrição do(s) mesmo(s), no plano coletivo por adesão para inativos, uma vez que o(s) titular(es) ex-empregado(s) desta empresa, optou (optaram) pelo exercício do direito estabelecido na Lei nº 9.656 (anexo).

Declaramos que o(s) mesmo(s) se enquadra(m) nas hipóteses previstas em lei e está (estão) ciente(s) de seus direitos e obrigações (anexo).

Reiteramos os termos contratuais em que havendo rescisão do contrato coletivo, também será extinto o contrato para inativos.

Nome do titular, código do beneficiário, data de início da contribuição, data do desligamento da empresa;

Dependente 1 _____ - _____ - _____ - _____

Dependente 2 _____ - _____ - _____

Dependente 3 _____ - _____ - _____

Atenciosamente

CNPJ

ANEXO 13.5 – TERMO DE ADESÃO

Termo de Adesão

O usuário declara ter conhecimento dos termos do contrato celebrado entre a sua então empresa empregadora, como Contratante, e a Unimed Alto Vale, operadora de planos privados de assistência à saúde.

O plano cujo tipo de contratação é coletivo por adesão (para inativos), específico para os demitidos e aposentados, é de modalidade de pré-pagamento e as contraprestações são devidas independente de utilização dos serviços e estão sujeitas às variações acordadas entre a Contratante e a Operadora.

Em caso de encerramento ou cancelamento do plano empresarial (para os empregados ativos), o plano de inativos também será encerrado ou cancelado.

O atraso no pagamento das contraprestações por período superior a trinta dias implicará na suspensão dos serviços contratados, e poderá acarretar a rescisão do contrato.

Em caso de não recebimento do documento de cobrança da contraprestação até cinco dias antes do respectivo vencimento, o usuário deverá entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento da Operadora, para solicitação da segunda via.

No caso de admissão do usuário titular em novo emprego, o benefício estará legalmente cancelado, devendo o usuário comunicar o fato à empresa Contratante para as providências de exclusão do grupo familiar e conseqüente devolução dos cartões de identificação.

Em caso de utilização indevida, o usuário titular e dependentes estarão sujeitos às sanções civis e penais da lei, bem como ao ressarcimento de todas as despesas pagas pela Operadora.

Prazo máximo de permanência no plano coletivo por adesão para inativos: _____ meses, ou seja, até ____/____/____.

Valor da contraprestação R\$ _____ vencimento 10 de cada mês.

Rio do Sul, ____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário inativo

ANEXO 13.6 – TERMO DE COMPROMISSO

TERMO DE COMPROMISSO.

À despeito de haver

- (x) me aposentado;
() sido demitido sem justa causa;

no mês de _____, tendo interesse na manutenção da condição de beneficiário do Plano de Saúde da Unimed, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, conforme cláusula 15ª e 16ª daquele instrumento (transcritas abaixo), e, portanto, ASSUMO O INTEGRAL PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE.

Rio do Sul, _____.

Titular:
CPF:

CLÁUSULA 15ª Funcionários Demitidos

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, não sendo considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) assuma o pagamento integral;
- c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, cabendo à(o) CONTRATANTE formalizar questionamento a este respeito no ato da rescisão;
- d) mantenha todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

Frente

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência no plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício quando de sua admissão em novo emprego.

CLÁUSULA 16ª Aposentados

Observadas as exigências das letras “a”, “b”, “c” e “d” da cláusula anterior, ao aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde é assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo seguinte tempo:

- a) se contribuía para o plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se contribuía para o plano por menos de 10 (dez) anos: a razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

ANEXO 14 – DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

DECLARAÇÃO:

Eu, _____
(Nome do Declarante – Titular do Plano)

_____, _____, _____,
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador (a) do documento de identidade nº _____, expedido
pelo(a) _____ em data de ____/____/____,
(Órgão Expedidor)

CPF nº _____, residente e
domiciliado _____, nº _____,
(Endereço)

Cidade de _____, Estado de
_____, abaixo assinado, **DECLARO** para o fim específico de
inclusão de dependente da UNIMED ALTO VALE – COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO, sob as penas de lei e para os Jurídicos e Legais efeitos que:

Sr. (a) _____,
(Nome Completo-Dependente)

_____, nascido (a) em data
(Nacionalidade) (Estado Civil)

de ____/____/____, natural de _____, Estado
de _____, portador(a) do documento de identidade
nº _____, expedida pelo(a) _____, em data
(Órgão Expedidor)

____/____/____,

CPF nº _____, convive comigo como

Companheira(o) a: _____, vivendo ambos sob o mesmo teto,
(Tempo-Anos)

com residência no endereço acima mencionado.

Declaro outrossim, estar ciente de que em caso de vir a ser comprovada inverdade desta declaração para o fim a que se destina, correrei o risco de exclusão do quadro de usuários da UNIMED ALTO VALE, bem como a vir a responsabilizar-me pelo ressarcimento de possíveis prejuízos financeiros causados em virtude desta declaração, sem prejuízo de responder ação penal competente.

Rio do Sul (SC), ____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular.
(Firma Reconhecida em Cartório).

ANEXO 15 – DECLARAÇÃO DE ENTEADO

DECLARAÇÃO:

Eu, _____
(Nome do Declarante – Titular do Plano)

_____, _____, _____
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador (a) do documento de identidade nº _____
expedido pelo(a) _____ em data de ____/____/____,
(Órgão Expedidor)

CPF nº _____, residente e domiciliado _____,
(Endereço)

Cidade de _____, Estado de _____, abaixo assinado,
DECLARO para o fim específico de inclusão de dependente no plano de
saúde na Unimed Alto Vale Cooperativa de Trabalho, sob as penas de lei e
para os efeitos Jurídicos e Legais que: Srt.
(a) _____,
(Nome Completo-Dependente)

_____, _____, nascido (a) em data
(Nacionalidade) (Estado Civil)

de ____/____/____, natural de _____, Estado
de _____, portador(a) do documento de
identidade nº _____, expedida pelo(a)
_____, em data ____/____/____, é minha enteado(a)
dependente economicamente, residindo no meu endereço sendo que, o seu
sustento é de minha responsabilidade.

Declaro outrossim, estar ciente de que em caso de vir a ser comprovada
inverdade desta declaração para o fim a que se destina, correrei o risco de
exclusão do quadro de usuários da Unimed
Alto Vale, bem como a vir a responsabilizar-me pelo ressarcimento de
possíveis prejuízos financeiros causados em virtude desta declaração, sem
prejuízo de responder ação penal competente.

Rio do Sul (SC), ____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular.
(Firma Reconhecida em Cartório).

ANEXO 16 – DOCUMENTO DE NÃO ENTREGA DO CARTÃO

Rio do Sul, _____ de 2009.

À
Unimed Alto Vale
Rua Prefeito Eugênio Schneider, 123
Bairro Eugênio Schneider
RIO DO SUL (SC)

Prezados Senhores:

Comunicamos que a carteira do(s) usuário(s) _____, _____, _____, excluído(s) do Plano de Saúde Unimed desta empresa em ___/___/2009, não está sendo enviada com o Formulário de Exclusão anexo.

A empresa _____, responsabiliza-se pela utilização indevida da referida carteira pela usuária, conforme contrato original.

Atenciosamente

Razão social

CNPJ: _____



Unimed

Alto Vale