# MANUAL DE CADASTRO

Empresas Contratantes (Versão 1.0)



Unimed

# Manual de Cadastro

Versão 1.0

# **SUMÁRIO**

DEFINIÇÕES	7
1. ORIENTAÇÕES	9
1.1 DOCUMENTAÇÃO	9
1.2 ASSINATURA DOS DOCUMENTOS	9
1.3 ENDEREÇO	10
1.4 RASURAS 1.5 CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO 1.6 DECLARAÇÃO DE SAÚDE	10
1.6.1 Contratos regulamentados (assinados a partir de janeiro de 1999) 1.6.2 Contratos não regulamentados (assinados até dezembro de 1998) 1.7 PROCESSOS INCOMPLETOS	11 11
2. INCLUSÃO	
2.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO 2.2 COMO SOLICITAR INSCRIÇÃO DE UM NOVO BENEFICIÁRIO	12
<ul> <li>2.2.2 Dependentes:</li> <li>2.3 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE NOVOS DEPENDENTES DO TITULAR</li> <li>2.3.1 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE FILHOS RECÉM NASCIDOS OU ADOTIVOS DEPENDENTES DO TITULAR</li> </ul>	14
3. REINCLUSÃO	
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	
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

7.3 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM DEPENDENTE	
7.4 MOTIVOS DAS EXCLUSÕES	23
8. ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE CADASTRO	24
8.1 CONTRATO PRÉ - PAGAMENTO - REGULAMENTADO	
8.2 CONTRATO CUSTO OPERACIONAL - REGULAMENTADO	26
8.3 CONTRATO NÃO REGULAMENTADO	
9. BENEFÍCIOS PREVISTOS NO CONTRATO: FEA E BF	
9.1 COMO REQUERER A INSCRIÇÃO DOS DEPENDENTES NO BENEFÍCIO? 9.1.1 FEA - Fundo de Extensão Assistencial	29
9.1.2 BF - Benefício Família	
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"ANEXO 2.3 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE "RESIDÊNCIA	37
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	
ANEXO 5 – FORMULÁRIO CADASTRAL UNIPLAN VD – NÃO	
REGULAMENTADO	
ANEXO 6 – FORMULÁRIO CADASTRAL LOCAL VD – NÃO REGULAMENTA	
ANEXO 7 – FORMULÁRIO CADASTRAL CO – NÃO REGULAMENTADO	
ANEXO 8 – FORMULÁRIO CADASTRAL CO – REGULAMENTADO	
ANEXO 9 – CARTA DE ORIENTAÇÃO	
ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DE SAÚDE	
ANEXO 11 – FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO	
ANEXO 12 – FORMULÁRIO DE EX-EMPREGADO – DEMITIDO	
ANEXO 12.1 - AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA	63

)
64
65
66
67
68
70
72
73
74
75
76
77
79
80
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 subseqüente, 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 prevêem 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 subseqüente.

**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 (Utiliza r 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 prépagamento 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, Funcioná rio/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.

- Os contratos Uniflex em pré-pagamento regulamentados e não regulamentados prevêem o direito ao Fundo de Extensão Assistencial (FEA);
- 2) **Os contratos Uniplan em pré-pagamento** prevêem 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 direto 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 beneficiá rios 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 locatório 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 XXXXXXXXXXX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXXXXX, declarado sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXX, é meu inquilino, residindo no imóvel de minha propriedade, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXXX.
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"

DECLARA	AÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA PRÓPRIA – MORA COM OUTRA PESSOA
	FIGHT CONTROLLED ON
no CPF  XXXXXXXX  sob as p  BENEFICIA  minha res  XXXXXXXX  XXXXXXXX	ME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA, inscrito(a) nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	, de de
	NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO

## ANEXO 2.3 - MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE "RESIDÊNCIA ALUGADA - MORA COM OUTRA PESSOA"

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA, inscrito(a)  no CPF nº XXXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXXXX, declaro sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXXXXXXXX, mora na minha residência, imóvel alugado em meu nome, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXXXXX.  Sem mais para o momento.  NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO (dono da residência)		
no CPF nº XXXXXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXXXX, declaro sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXXXXXXXXXX, mora na minha residência, imóvel alugado em meu nome, localizado na Rua XXXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	DECLARA	
,dede  NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO	no CPF XXXXXXXX sob as p BENEFICIA minha res XXXXXXXX XXXXXXXX	nº XXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado na Rua XXXX, nº XXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXXXX, declaro penas da Lei, que o(a) Sr(a). NOME COMPLETO DO RIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXXXXXX, mora na idência, imóvel alugado em meu nome, localizado na Rua XXXXXX, nº XXXX, bairro XXXXXX, na cidade de XXX-XX.
		NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO

## 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° XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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 ATIVIDA	ADE DESENVOLVIDA
n° XX domici XXXXX DECLA	XXXXXX e inscrito n° CPF sob liado na Rua XXXXXXXXXX XXXXX, no Município de XXX	n, (estado civil), portador do RG o o n° XXXXXXXX, residente e XXXXXXX, n° XXXXX, Bairro XXXXXXX, Estado de XXXXXX, us penas da lei, que atualmente  uma única via.
	, de	de
	Nome Com	pleto

#### ANEXO 4 - FORMULÁRIO CADASTRAL VD - REGULAMENTADO

		ALTO VA NS N.º 3			KATIV	ADE	KAD	ALIIO	MED	CO		U	Inii	med	1 4
		2				RMUL									
	_			ONTRA											
X		Coletivo					ıras sâ	io emit	idas en	nome	do (a) C	ONTRA	TAN	NTE c	lue fic
	respo	nsável pel	o pag	amento d	las mesi	mas.									
		Coletivo													
		nsável pel													
		neficiário													
		a a identi ıla contrat						a respe	ectiva p	articipa	açao nos	custos	conic	orme	preve
	Clause								1						
	ova	PREEN	CHE	CR SOMI de ☐ M	LNTE (	os Qu	ADKO	os Qui		Alteraç		ransferê		do	
_	ova iclusão	Plan		de iv	11g1 aÇa			ao de idente(s		Aneray		Contrato/			dada
111	iciusao	- Flaii	U		1 D O C		-			T 4310		Jonitato	Tilla	ı Om	uaue
Cont	tentanta			D.	ADOS	DO CO	NIK	AIAN	IEEP		trato N.º				
	tratante:	istro Proc	1.sto	0/ Co. por	tioinooõ		1	nodação		Abrang		Teráci	io do	T/i~â	naia
na A	_	ISHO PIOC	uito			50%			Enf			IIIIC	io de	Vigê:	пста
		DA CON	TRA									-	гах	A DE	
• 2		eenchime												RIÇÃ	
-	Titular	Depe			epende			ndente		Depend	lente 4	Valor p			
R\$		R\$		R	_		R\$			R\$		R\$			
					D	ADOS	DO (A	A) TIT	ULAR						
Nom	ie (Con	forme cor	ısta n	10 Regist				,		Códig	o do Ben	eficiário	):		
Sexo	): ∐Ma		Estad	do Civil:	D	ata Na	scime	nto:	Nome	da mãe	(Confor	me Regi	stro	Civil/	RG)
		minino		,	_										
CPF	`:		F	RG / Órg	ão Emi	ssor / C	ódigo	país		CNS	– Cartã	Nacior	ıal d	e Saú	de:
	. ,		a / ·						~	<u> </u>	37.0 DT0				
=	uncioná	r10 📋	Sócio	,		Da	ta de .	Admiss	sao:		N.º PIS	PASEP	NIS	:	
	iretor	esidencia.	1.				_	N°:	Con	anlomo	nto.				
EHUC	ereço R	esidencia	1;					14 :	Con	npleme	ни.				
Bair	ro:			CEP:	Ci	dade:				UF:	E-mail:				
2	10.			CLI.	.	· ·				C .					
Tefo	ne:		Eı	ıdereco (	Correst	ondêno	ia:							N°:	
Tefo	ne:		Eı	ndereço (	Corresp	ondêno	cia:							N°:	
		ıto:	Er		Corresp	ondêno CEP:	ia:		Cidac	de:				N°:	UF:
	one: iplemei	nto:	$\perp$		Corresp	,	cia:		Cida	de:				N°:	UF:
Com	ıplemei	nto: RÊNCIA	Bair	rro:		CEP:		ADE:	Cida	de:				N°:	UF:
Com TRA	iplemei NSFEI		Bair DE C	rro:	TO/FI	CEP:	JNIDA			de:	Có	digo:		N°:	UF:
Com TRA Já era	iplemei NSFEI	RÊNCIA :	Bair DE C	rro: CONTRA al Unime	ATO/FI	CEP: LIAL/U	J <b>NID</b> usão	Dt. Ex	clusão	Plano		digo:		N°:	UF:
Com TRA Já era □ S	NSFEI a usuári	RÊNCIA io Unimed ] Não	Bair DE C	rro: CONTRA tal Unime	ATO/FI	CEP: LIAL/U Dt. Incl	JNIDA usão 	Dt. Ex	clusão	Plano				N°:	UF:
TRA Já era □ S Dep	NSFEI a usuári	RÊNCIA o Unimed	Bair DE C	rro: CONTRA tal Unime	ATO/FI	CEP: LIAL/U Dt. Incl	JNIDA usão 	Dt. Ex	clusão	Plano			D.		
Com TRA Já era S Dep	ANSFEI Ta usuári Sim  GP	RÊNCIA io Unimed ] Não	Bain DE Confor	CONTRA  al Unime  DADo  rme const	OS DO	CEP: LIAL/U Dt. Incl TITUI egistro C	J <b>NID</b> A usão <b>AR E</b> Civil o	Dt. Ex E <b>DOS</b> :	clusão	Plano NDEN	TES .	K EC	D.		
Com  TRA  Já era  S  Dep  1  CPF:	ANSFEI ra usuári Sim GP	RÊNCIA io Unimed ] Não Nome (C	Bain  DE Conform	CONTRA  al Unime  DADerme const	os DO	CEP: LIAL/U Dt. Incl TITUI egistro C	J <b>NID</b> A usão <b>AR E</b> Civil o	Dt. Ex E DOS : u RG):	clusão	Plano	TES .		D.		
TRA Já era S Dep 1 CPF:	ANSFEI a usuárisim GP	RÊNCIA to Unimed Não Nome (C	Bair DE Confor	DADO Trme const	OS DO	CEP:  LIAL/U Dt. Incl  TITUI egistro (  Órgão E  Civil (	UNIDA usão AR E Civil o misso ou RG	Dt. Ex E DOS : u RG): or:	clusão DEPE	Plano NDEN	FES S2	CNS:		Nasc	iment
TRA Já era S Dep 1 CPF: Nom	ANSFEI a usuárisim GP	RÊNCIA io Unimed ] Não Nome (C	Bair DE Confor	DADO Trme const	OS DO	CEP:  LIAL/U Dt. Incl  TITUI egistro (  Órgão E  Civil (	UNIDA usão AR E Civil o misso ou RG	Dt. Ex E DOS : u RG): or:	clusão DEPE	Plano NDEN	TES .	CNS:		Nasc	iment
TRA Já era S Dep 1 CPF: Nom Dep 2	ANSFEI Ta usuár Tsim  GP  : te da má  GP	RÊNCIA to Unimed Não Nome (C	Bain  DE Conforme conforme conforme	DADO TIME CONST	OS DO ta no Re Registre	CEP: LIAL/U Dt. Incl TITUI egistro ( Órgão E o Civil ( egistro (	JNIDA usão  AR E Civil o  misso ou RG	Dt. Ex E DOS: u RG): or: ): u RG):	clusão DEPE	Plano NDENT	FES S2	CNS:		Nasc	iment
TRA  Já era  Já era  S  Dep  1  CPF:  Nom  Dep  2  CPF:	ANSFEI Ta usuári Tsim  GP  : te da ma  GP	RÊNCIA io Unimed Não Nome (C	Bain  DE Conforme con	DADO TIME CONST	OS DO ta no Re Registra	CEP: LIAL/U Dt. Inel TITUI egistro C Órgão E o Civil c egistro C	JNIDA usão AR E Civil o Emisso ou RG Civil o	Dt. Ex E DOS: u RG): r: ): u RG):	clusão DEPE	Plano NDEN	FES S2	CNS:		Nasc	iment
TRA Já era S Dep 1 CPF: Nom Dep 2 CPF:	ANSFEI Ta usuári	RÊNCIA io Unimed ] Não  Nome (C	Bain  DE Conforme con	DADO TIME CONSTRAINT  ONSTRAINT  CONTRAINT  DADO TIME CONSTRAINT  CONSTRAINT	OS DO Registro Registro Registro	CEP: LIAL/U Dt. Incl TITUI egistro ( Órgão E o Civil ( égistro ( Órgão E o Civil (	JNIDA usão  AR E Civil o  misso  u RG  misso  u RG	Dt. Ex E DOS u RG): r: ): u RG): rr: ):	clusão	Plano NDENT	IES S2	CNS:	D.	Nasc	iment
Com TRA Já era S Dep 1 CPF: Nom Dep 2 CPF: Nom	ANSFEI Ta usuári	RÊNCIA io Unimed Não Nome (C	Bain  DE Conforme con	DADO TIME CONSTRAINT  ONSTRAINT  CONTRAINT  DADO TIME CONSTRAINT  CONSTRAINT	OS DO Registro Registro Registro	CEP: LIAL/U Dt. Incl TITUI egistro ( Órgão E o Civil ( égistro ( Órgão E o Civil (	JNIDA usão  AR E Civil o  misso  u RG  misso  u RG	Dt. Ex E DOS u RG): r: ): u RG): rr: ):	clusão	Plano NDENT	FES S2	CNS:	D.	Nasc	iment
Com TRA Já era S Dep 1 CPF: Nom Dep 2 CPF:	ANSFEI Ta usuári	RÊNCIA io Unimed ] Não  Nome (C	Bain  DE Conforme con	DADO TIME CONSTA	OS DO Registro Registro Registro Registro Registro	CEP: LIAL/U Dt. Incl TITUI egistro ( Órgão E o Civil ( égistro ( Órgão E o Civil (	UNIDA usão  LAR E Civil o  misso ou RG Civil o  misso ou RG	Dt. Ex E DOS u RG): ur: ur: u RG): ur: ur: ur:	clusão	Plano NDENT	IES S2	CNS:	D.	Nasc	UF:

Dep GP	Nome (Conforme consta no Regis	tro Civil ou RG):		Sx	EC	D. Nascimento
4		,				
CPF:		ão Emissor:	País:		CNS:	•
	ãe (conforme consta no Registro Ci	ivil ou RG):				
	Parentesco: TI = Titular	SX - Sexo:	EC- Estado			
	panheiro(a) ES = Esposo(a)	F = Feminino	C= Casado 1			lo
FA = Filha		M = Masculino A DOS DOCUMEN	V= Viúvo	0=0	utros	
	ANLAAR COI IA	L DOS DOCUMEN	103 ADAIAO			
ΓΙΤULAR						
• Cópia R0						
	ante de endereço em nome do titular	ou outro documento	que comprove	confo	me exe	mplos abaixo:
	de água, luz ou telefone					
	to de Locação ação de residência com reconhecime	ento de firma em cart	ório			
	ante de ocupação profissional ou o			orme	exempl	os abaixo:
	a de Trabalho (CTPS): Página da qu					os dodino.
	Cópia do mês anterior da inclusão	, 1	,			
	to Social: Inclusão de sócio da empr					
- Compr	ovação de Vínculo emitida pelo resp	ponsável da associaç	ão ou folha de p	agame	nto.	
DEPENDE	NTES					
	Cópia RG, CPF, Certidão de Casame	ento				
-	neira: Cópia RG, CPF, Escritura Pú		Particular acom	manha	da de n	nais uma prova
-	á ser: (filhos em comum, Imposto de	,		•		•
• Filhos: C	ópia Certidão de Nascimento e Carte	eira de Vacinação, R	G CPF para mai	ores d	e 18 an	os
	scido: Cópia da Certidão de Nascin					
	rição deverá ser realizada em até 30					
	Formulários Cadastrais deverão ser	enviados para Oper	adora até o dia	15 de	cada 1	mës para terem
	oartir do 1º dia do mês seguinte. ceitos os formulários com preench	rimento correto de t	odos os campo	e dev	idamer	nte accinados e
	da documentação acima.	ilmento correto de	odos os campo	s, ucv	iuamei	ite assinados e
<u> </u>	,					
X		X				
1	Assinatura do Titular		me do responsá			
		e	carimbo do(a)	Cont	ratante	
	Carimbo Vendedor		DATA:			
				-		
	RECEBIN	MENTO DO CONT	RATO			
Declaro, r	ara os fins de direito, especialmente	e em face das disposi	cões da Lei 807	8/90 (	Código	de Defesa do
	or) e da Lei 9.656/98, que: recebi					
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1	,			
suas claus	sulas e condições.					
suas claus	suras e condições.					

## ANEXO 5 - FORMULÁRIO CADASTRAL UNIPLAN VD - NÃO REGULAMENTADO

		ALTO V. NS N.º 3		COOPE 6-1	RATIV	A DE	TRAE	BALHO	) MÉD	IC	0			Uni	mec	I A
							LÁRIC									
				CONTRA												
x				m Patroc			aturas s	são emi	tidas e	m n	ome	do	(a) CON	TRATA	ANTE (	que fic
				agamento o			_									
				m Patroc												
				agamento d lar reconhe												
				ar reconna ar a utiliza												
				como pro				ua resp	cctiva	Par	пстр	açao	nos cus	stos con	ioinic	preve
				ER SOMI				os ott	FFST	ÃΩ	SEI	NDO	AITE	PADOS	:	
Nova	a			Inclusão						AU				Transfe		do
	_	nisanta		ependente				de Opc		s)			,	ntrato/F		
			•				ONTR	ATAN	TEE	PLA	NO	1				
Contra	tante:												N.°			
Nº do I	Regist	ro Produt	o na	ANS:	Abra	ngênc	ia: Nac	ional	Unis	anta	ì:			Início	de Vig	ência
										Si	m		lão			
		ontratado			sico		Opcion				onal				onal 3	
V				RAPREST									0		AXA D	
				o Obrigat											CRIÇ.	
	ular	Depe	nden		Depend	dente 2		endente	: 3	_	pend	lente		Valor po	or Bene	ticiari
R\$		R\$			R\$	) A D O	R\$	A) TIT	TIT AD	R\$			].	R\$		
Nome	(Con	forme coi	neta	no Regist			<u>e).</u>	A) 111	ULAK		ódia	o do	Benefic	iário:		
1 (OHIC	(Con	iorme cor	1501	no recgist	10 0111	ı ou ı	٠.,				ouis	0 40	Denene			
Sexo:	□Ma:	sculino 1	Esta	do Civil:		Data N	Vascimo	ento:	Nome	da	mãe	(Co	nforme l	Registro	Civil/	RG)
[	☐ Fei	minino										`				,
CPF:				RG / Óı	gão Ei	missor	/ Códi	go país	;		CN	S – (	Cartão N	Naciona	l de Sa	úde:
												1				
	cioná	rio 📙 S	Sócio	)		D	ata de	Admis	são:			N.	° PIS/P	ASEP/N	IS:	
Dire		esidencia	1.			_		N°:	-	om	plen	ante				
Ender	cço K	esidencia	1.					1.		om	picii	ichte	,.			
Bairro	:			CEP:	С	idade:				τ	JF:	E-	mail:			
Tefone	e:			Endereço	Corre	espond	lência:								N°:	
			لـــــا													
Compl	lemen	ito:	Bai	rro:		CEF	<b>'</b> :		Cida	de:						UF:
TD 131	CEPT	A	DE	CONTRA	TO TI	T T A T	(TINITE)	. DE								1
		o Unimed		CONTRA				_	xclusão		Dlos		Cádi	~~!		
Sin	_	o Ommed Não	,	Qual Unin	ied .	Dt. In	ciusao	Di. E	xciusao	'	Plar	10	Códi	go:		
5111		1140		DAD	OS DO	TITI	JLAR	E DOS	DEPE	ND	ENT	TES				
Dep	GP	Nome (	Conf	orme cons									D. Nasc	imento	Opc	ional
1															1	
CPF:			R	G:		Órgão	Emiss	or:			País:		(	NS:		
Nome	da mã	ie (confoi	me	consta no l	Registr	o Civil	ou RG	):								
Dep	GP	Nome (	Conf	orme cons	ta no R	egistro	Civil	ou RG)	:		Sx	EC	D. Nasc	imento	Opc	ional
2																
CPF:				G:			Emiss				País:		(	ONS:		
				consta no l												
Dep	GP	Nome (	Conf	orme cons	ta no R	legistro	Civil (	ou RG)	:		Sx	EC	D. Nasc	imento	Opc	ional
3			<u>_</u>	G.		Á. ~	. D. '				D-′		<u> </u>			
CPF:	1. ^	/- /- C	_	G:	D ' ·		Emiss				País:		C	CNS:		
Nome (	aa ma	ie (confoi	me (	consta no l	Kegistr	o Civil	ou RG	):								

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Re	egistro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento	Opcional
4		<u> </u>	6 ~ F :	D /			
CPF:	4	RG:	Orgão Emissor:	País		CNS:	
		e (conforme consta no Registro Parentesco: TI = Titular		C F	41-	Circle Calle	-i
		$\frac{\text{Parentesco:}}{\text{anheiro(a)}} \text{ ES} = \text{Esposo(a)}$				Civil: S = Solte  D= Desquitado	2110
$\mathbf{F}\mathbf{A} = \mathbf{I}$		FO = Filho EN = Enteado				O = Outros	
IA I	Ша	REFERÊNCIAS CONTRA					
		REFERENCE CONTROL	Terris Villipo Filmiro			CIVII ZZZZY V Z	
		RAS: Plano Básico - consulta		oriais,	raio	X, parto norr	nal e cesárea
	,	n quarto coletivo e procediment	_				
		internação em apartamento stan	dart.				
		exames especiais de alto custo.	1: 0 :	TITT			
Opcioi	nai 3 –	· litotripsia, cirurgia cardíaca, he	modinamica e internação em	UII.			
		ANEXAR CÓ	PIA DOS DOCUMENTOS	S ABA	IXC	)	
TITU	LAR						
• Cópi	a RG	, CPF					
		nte de endereço em nome do titu	lar ou outro documento que o	compre	ve c	onforme exempl	los abaixo:
		e água, luz ou telefone					
		de Locação					
		ção de residência com reconhecia					
		nte de ocupação profissional o					baixo:
		de Trabalho (CTPS): Página da		o regis	tro i	ia empresa	
		Cópia do mês anterior da inclusã Social: Inclusão de sócio da em					
		vação de Vínculo emitida pelo r		folha (	le no	gamento	
DEPE			esponsaver da associação ou	iona (	rc pa	igamento.	
		ópia RG, CPF, Certidão de Casa:	mento				
• Com	panho	eira: Cópia RG, CPF, Escritura l (filhos em comum, Imposto de l	Pública ou Declaração Partic	ular ac	omp	anhada de mais	uma prova que
		pia Certidão de Nascimento e Ca		F nara	mai	ores de 18 anos	
		cido: Cópia da Certidão de Nas	•	-	man	ores de 16 anos	
		ição deverá ser realizada em até			e fiai	ie isento das care	ências.
		ormulários Cadastrais deverão	-	-	_		
		artir do 1º dia do mês seguinte.	ser enviados para operado.	iu uic	0 01	a 15 de cada 11	ies para terem
_	_	eitos os formulários com pree	nchimento correto de todo	s os c	amr	os, devidament	te assinados e
		a documentação acima.			•	,	
	_	,					
X			X				
		Assinatura do Titular	Nome	do re	spon	sável, assinatur	a.
						a) Contratante	
		Carimbo Vendedor		ATA:			
						_	
		RECE	BIMENTO DO CONTRA	TO			

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 6 - FORMULÁRIO CADASTRAL LOCAL VD - NÃO REGULAMENTADO

	MED A istro Al			COOPE -1	KAII	VA DE	IKAB	ALHU	MED	исо	'			Uni	me	<b>A</b>
				TRATO		ORMUI					[.A.T	ME	NTADO	,		
	Plano	Coleti		n Patro											NTE	que fic
X	respon	sável p	elo pag	gamento	das me	esmas.										_
				n Patro												
				gamento												
				r reconh												
				a utiliz				da resp	ectiva	parti	cipa	içao	nos cu	stos con	iorme	preve
	Clausu			como pro				os OIII	гтет	ÃOS	EN	IDO	ALTE	DADOS	,	
No	va [		usão de			são de		xclusão				raç		Transfe		do
	lusão		endente			nal (is)		pcional		ш.		100		ntrato/F		
						S DO C		1	\ /	PLA	NO					
Contra	atante:			_						(	Con	trate	N.º			
Nº do	Registr	o Prodi	ito na A	ANS:		A	brangê	ncia: L	ocal				Início	de Vigê	ncia	
_	nais Co				sico		pciona			pcion					onal 3	
V				APREST									О.		AXA D	
_				Obrigat											CRIÇ	
R\$	itular	R\$	endent	e l	Deper R\$	idente 2	R\$	endente	3	Dep	end	ente		Valor po	or Bene	eficiari
K\$		R5				DADOS	1	A) TIT	TIT AD					R\$		
Nome	(Confe	ume co	neta n	o Regist		DADOS		A) 111	ULAN		dia	o do	Benefic	riário:		
TVOIIC	(Conic	inc co	Justa I	io Regist	10 CI	in ou ix	3).			-	uige	, 40	Denen	14110.		
Sexo:	□Maso	culino	Estad	o Civil:		Data N	ascime	ento:	Nome	da n	nãe	(Co	nforme	Registro	Civil/	RG)
	□ Fem	inino										`				,
CPF:	•			RG / Ó	rgão E	missor	Códi	go país		(	CNS	S – (	Cartão I	Naciona	l de Sa	ıúde:
	ncionári	0	Sócio			D	ata de	Admis	são:			N.	° PIS/P.	ASEP/N	IS:	
	etor		<u></u>					T	1 -			Ļ				
Ender	reço Re	sidenci	ial:					N°:	Coi	mple	mei	ıto:				
Bairr	0.			CEP:		Cidade				TI	г.	E n	nail:			
Dani	0.			CLI.		Ciuauc	•			10,		E-11	1411.			
Tefon	ie:		]	Endereç	o Cori	respondê	ència:								N°:	
				,		•										
Comp	lement	o:	Bair	ro:		CEP	:		Cida	de:					•	UF:
				ONTRA												
	usuário		ed Q1	ual Unin	ned	Dt. Inc	lusão	Dt. Ex	clusão	F	Plan	0	Cód	igo:		
Siı	m 🔝	Não														
Don	GP 1	Nome	(Conf.			O TITU				_	$\rightarrow$		D. Mar	imanta	Ore	nional
Dep	GP 1	nome	(Confo	rme cons	sia no .	Registro	CIVII	ou KG):		2	5X	EC	D. Nasc	imento	Ope	cional
1 CPF:			RC	į.		Órgão	Emico	Ot.		ъ	aís:		<del></del>	CNS:		
	da mãe	(confe		onsta no	Regist					ļr.	cus.			C1 413.		
Dep				rme cons						9	Sx	EC	D. Nasc	imento	One	cional
2		······	Como	THE COIL		10815110	21/11								Opt	202101
			RC	<del>)</del> :		Órgão	Emiss	or:		P	aís:			CNS:		
CPF:		(E			Dagist					12				-		
CPF: Nome	: da mãe	(come	orme co	onsta no	L/ckipi	ro Civii	ou KO	).								
				rme cons				,		5	Sx	EC	D. Nasc	imento	Орс	cional
Nome								,	:	5	Sx	EC	D. Nasc	imento	Ope	cional

Dep GP	Nome (Conforme consta	no Registro Civil ou RG):		Sv	EC.	D. Nascimento	Opcional
4	Nome (Comornie consta	no Registro Civil ou RO).		SA.	EC.	D. Naschilento	Opelonal
CPF:	RG:	Órgão Emissor:		País:		CNS:	
	ae (conforme consta no R						
	Parentesco: TI = Titular	SX - Sexo:	EC	- Esta	ıdo	Civil: S = Solte	iro
	panheiro(a) ES = Esposo(a					D= Desquitado	
F <b>A</b> = Filha						O = Outros	
	REFERÊNCIAS CON	NTRATUAIS VÁLIDO F	ARA O	PLAN	O: 1	UNIPLAN VD	
nternação e Opcional 1 Opcional 2	JRAS: Plano Básico - co em quarto coletivo e proceo – internação em apartamer – exames especiais de alto – litotripsia, cirurgia cardía	limentos cirúrgicos. ito standart. custo.			raio	X, parto norn	nal e cesárea
	ANEXA	R CÓPIA DOS DOCUM	ENTOS	ABA	ΙΧΟ	,	
ΓΙΤULAR							
Cópia RO	G, CPF						
- Conta	ante de endereço em nome de água, luz ou telefone to de Locação acão de residência com rec			ompro	ve (	conforme exemp	los abaixo:
- Carteir - SEFIP: - Contra	rante de ocupação profissi a de Trabalho (CTPS): Pág : Cópia do mês anterior da to Social: Inclusão de sócio ovação de Vínculo emitida	ina da qualificação civil e inclusão da empresa contratante	página d	o regis	tro 1	na empresa	abaixo:
• Companl	ENTES Cópia RG, CPF, Certidão d neira: Cópia RG, CPF, Es á ser: (filhos em comum, In	critura Pública ou Declara		icular	acoı	npanhada de ma	ais uma prov
	ópia Certidão de Nascimen	_		F para	mai	ores de 18 anos	
	nscido: Cópia da Certidão o						
	rição deverá ser realizada (				fiq	ue isento das cai	rências.
vigência a p Só serão a	Formulários Cadastrais de partir do 1º dia do mês seg ceitos os formulários con da documentação acima.	uinte.	_				
X	Assistant de Tital	X	NT	A			
	Assinatura do Titular					sável, assinatui a) Contratante	'a
	Carimbo Vendedor		DA	TA: _		_	
	1	RECEBIMENTO DO CO	NTRAT	0			
Consumide	ara os fins de direito, espe or) e da Lei 9.656/98, que: e <b>condições.</b>						

Assinatura do Titular X

#### ANEXO 7 - FORMULÁRIO CADASTRAL CO - NÃO REGULAMENTADO

		ALTO NS N.º		COOPERA 6-1	TIVA I	DE TRAB	ALHO	M	IÉDIC	О		Uni	me	d A
10051	54101			CONTRATO		IULÁRIO					ENT	ADO		
Plano Coletivo Com Patrocinador: As faturas são emitidas em nome do (a) CONTRATANTE que fica														
Х	respo	nsável p	elo pa	agamento das	mesmas	s.								
												o Beneficiário ti		
												as para o seu end		
												o de serviços pre		
							la respe	ect	iva par	ticip	ação	nos custos con	forme	prevê
	claus			como prova					~					
7								E E				ALTERADOS		,
_Nov		Incl				Ш		:->	Ш	Alte	raçao			
Inc	lusao	Depend	iente(s		` '		ional (i					Contrato/Fil	iai/Un	idade
7 4	- 4 4 -	_		DAD	os do	CONTR	ATAN	TE	E PL	_		- 37.0		
	atante		4	ANTC:	A 1	0 ! <b>&gt;</b> T	!1	1		Co	ntrat	o N.º	!.	
Nº do Registro Produto na ANS: Abrangência: Nacional Início de Vigência														
Opcionais Contratados: Básico Opcional 1 Opcional 2 Opcional 3														
эрсю	11015	Omnatat		Basice		OS DO (		UI		ionai			onar 5	
Nome	(Con	forme c	onsta	no Registro			,	-		ódig	o do	Beneficiário:		
	(					/-								
Sexo:	□Ma	sculino	Esta	do Civil:	Data	a Nascime	nto:	No	me da	mãe	(Co	nforme Registro	Civil/	RG)
	□ Fe	minino				_								
CPF:				RG / Órgão	<b>Emi</b> ss	or / Códig	go país			CN	S -	Cartão Nacional	l de Sa	ıúde:
			7											
=	ncioná	110	Sócio	)		Data de	Admiss	são	):		N	° PIS/PASEP/N	IS:	
	etor	L Caridona	ial:				N°:	$\neg$	Comp	lome	nto			
cnae	reço r	Residenc	iai:				18-1		Comp	ше	шю			
Bairr	0:			CEP:	Cida	ade:	1			UF:	E-1	nail:		
Tefon	ie:			Endereço Co	orrespo	ndência:							N°:	
								_						
Comp	oleme	nto:	Bai	rro:	CH	EP:		C	idade:	:				UF:
				~~~~~				L						
				CONTRATO				1	~ .	DI-		0(4)		
a era Sii	_	io Unim ∃Não	ea (	Qual Unimed	Dt.	Inclusão	Dt. Ex	ciu	isao	Pla	no	Código:		
511	ш	_ Nao		DADOS	DO TI	TULAR I	T DOS	DE	- PDFNI	)FN'	TFS			
Оер	GP	Nome	(Confe	orme consta n					21 12111	_	_	D. Nascimento	One	cional
1		1101110	(COIII	orme constant	10 100 510		, a 100 j.			-511		D. Ivasemieno		2101101
CPF:	-	ļ	R	.G:	Ór	gão Emiss	or:			País:		CNS:		
Nome	da m	ãe (cont	forme	consta no Res	gistro C	ivil ou RG	·):					<del>'</del>		
Оер	GP	Nome	(Confe	orme consta n	o Regis	tro Civil o	u RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Ope	cional
2														
CPF:				G:		gão Emiss				País:		CNS:		
				consta no Reg										
Dep	GP	Nome	(Confe	orme consta n	o Regis	stro Civil o	u RG):			Sx	EC	D. Nascimento	Ope	cional
	1													
3												CNS:		
3 CPF:	1-	~ - /		G:		gão Emiss				País:				
3 CPF: Nome			forme	consta no Reg	gistro C	ivil ou RG	·):					,	0:	-i1
3 CPF: Nome			forme		gistro C	ivil ou RG	·):					D. Nascimento	Оре	cional
3 CPF: Nome			forme Confo	consta no Reg	gistro C Regist	ivil ou RG	e): u RG):				EC	,	Ope	cional

	<b>GP</b> - <b>Grau Parentesco: TI</b> = Titular	SX - Sexo:	EC- Estado Civil: S = Solteiro						
	CP = Companheiro(a) $ES = Esposo(a)$	F = Feminino	C= Casado D= Desquitado						
	FA = Filha $FO = Filho$ $EN = Enteado$	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	X
Assinatura do Titular	Nome do responsável, assinatura e carimbo do(a) Contratante
Carimbo Vendedor	DATA:
RECEBIME	NTO DO CONTRATO
	n face das disposições da Lei 8078/90 (Código de Defesa do a cópia do contrato, tendo conhecimento pleno de todas
Assinatura do Titular X	

#### ANEXO 8 - FORMULÁRIO CADASTRAL CO - REGULAMENTADO

Registro ANS N			PERAT	IVA DE	TRABA	ALHO	MÉI	DICO				Uni	ime	1 /
region o Mino I			_		LÁRIO									
					PERACI									
X Plano Co					aturas sã	o emiti	das e	m nor	ne do (	a) C	ONTE	RATA	NTE q	lue fic
responsáv								~						
				_	JADRO	S QUE				_				
∐Nova	ШМ	igração		Inclusão		l	A	lteraç	ão		ransfe			
Inclusão				Depend							Contrat	to/F1l	ial/Uni	dade
			DADO	S DO C	ONTRA	TANT	TE E							
Contratante:									Contrat	o N.º				
Nº do Registro I	Produto :	na ANS:		omodaçã				angên	cia:		Ini	cio d	e Vigêı	ıcia
*******				n Interna		DOD	_	ional	í	+				
VALOR DA (										,	***			
(Preencl										$\dashv$	V A	TOP	R TOT	AL
Titular R\$	Depend R\$	ienie i	Depend R\$	eme 2	R\$	dente 3		Depen R\$	dente 4	_	R\$			
L/9	17.9			DARGO	1	\ (m=m-				1,	L/2			
Name (6: 6		4			S DO (A	) III (	ULA		A/	_		,		
Nome (Conform	ne const	ta no Re	gistro C	avn ou l	KG):			Co	digo d	o Be	пенсія	ar10:		
Sexo: □Mascul	ino E	stado Ci	vil.	Dete 3	Nascime	nto:	Non	no da s	mãe (C	onfo	rma D	arriot	ro Civi	1/D (2)
Sexo: □Mascur Femini		staut Cl	v11.	Data	vasciiie	пто:	14011	ic ua l	шае (С	OHIO	nine K	egist	10 CIVI	ı/KG)
CPF:	110	PC /	Órgão E	misson	/ Código	naíc		-	NS C	`art?	io Nez	cione	l de Sa	úde
CIT.		KG/	Orgav E	amissul /	Courgo	Pais			113 – (	ai ti	10 1140	TOHA	i ac sa	uuc.
Funcionário	Só	ocio		1	Data de	Admis	são:		N	o PIS	S/PAS	EP/N	IIS:	
Diretor	H	. 310		1	onta ut				11.		A.S		.20.	
Endereço Resid	lencial:			-		N°:	(	omnl	emento	):				
Zilaci eşo Iteore						- ' '	`	omp.		•				
Bairro:		CEF	<b>:</b>	Cidade	e:	-		U	F: E-1	nail:				
Tefone:		Endere	ço Corr	espondé	ência:				•				Nº:	
Complemento:	E	Bairro:		CE	P:		Cie	dade:						UF:
		Bairro:					Cie	dade:						UF:
TRANSFERÊN	ICIA D	Bairro:		/FILIAI	L/UNID									UF:
TRANSFERÊN Já era usuário U	CIA D	Bairro:		/FILIAI					no	C	ódigo:			UF:
TRANSFERÊN	CIA D	Bairro:	nimed	/FILIAI	L/UNIDA	Dt. Exc	clusã	o Pla	no	C	ódigo:			UF:
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã	NCIA Dinimed	Bairro: E CONT	nimed <b>D</b>	Dt. Inc	L/UNIDA clusão DOS DE	Dt. Exc	clusã	o Pla		<u></u>				
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã  Dep GP Nome	NCIA Dinimed	Bairro: E CONT	nimed <b>D</b>	Dt. Inc	L/UNIDA clusão DOS DE	Dt. Exc	clusã	o Pla		Co Sx	ódigo:		Nascin	
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome	nimed o	Bairro: E CONT Qual U	nimed <b>D</b>	Dt. Inc	L/UNIDA clusão DOS DE ivil ou R	Dt. Exc	elusã	o Pla	, i	<u></u>	EC		Nascin	
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã  Dep GP Nome  1 CPF:	nimed o (Confor	Bairro: E CONT Qual U rme cons	nimed <b>D</b> ta no Re	FILIAI Dt. Inc  ADOS I gistro C	L/UNIDA clusão DOS DE ivil ou R	Dt. Exc	elusã	o Pla	, i	<u></u>			Nascim	
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf	nimed o (Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons	nimed  D  ta no Re	PADOS I gistro C:  Órgão Er ou RG):	L/UNIDA clusão DOS DE ivil ou R	Dt. Exc EPEND .G):	elusã	o Pla	SOIT:	Sx	EC CNS:	D. 1		nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome	nimed o (Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons	nimed  D  ta no Re	PADOS I gistro C:  Órgão Er ou RG):	L/UNIDA clusão DOS DE ivil ou R	Dt. Exc EPEND .G):	elusã	o Pla	SOIT:	<u></u>	EC	D. 1	Nascim	nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã  Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2	(Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons stano Reg	nimed  D  ta no Re	PADOS I gistro C  Órgão Er ou RG): gistro C	Clusão  Clusão  DOS DE  ivil ou R  missor:	Dt. Exc EPEND .G):	elusã ENT Pai	o Pla	SOIT:	Sx	EC CNS:	D. 1		nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã  Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF:	(Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons stano Reg	nimed  D  ta no Re  istro Civilo ta no Re	Dt. Inc.  DADOS I  gistro C.  Órgão Er  ou RG):  gistro C.	Clusão  Clusão  DOS DE  ivil ou R  missor:	Dt. Exc EPEND .G):	elusã ENT Pai	o Pla	SOIT:	Sx	EC CNS:	D. 1		nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf	(Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons stano Reg Time cons stano Reg Time cons	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re	PADOS I  Orgão Er  Orgão Er	L/UNIDA clusão DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R	Dt. Exc EPEND G):	elusã ENT Pai	o Pla	507:	Sx	EC CNS:	D. 1	Nascim	nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã  Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome	(Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons stano Reg Time cons stano Reg Time cons	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re	PADOS I  Orgão Er  Orgão Er	L/UNIDA clusão DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R	Dt. Exc EPEND G):	elusã ENT Pai	o Pla	507:	Sx	EC CNS:	D. 1		nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã  Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 3	CCIA Dinimed o (Confor RG) (Confor RG) (Confor Confor (Confor Confor Confor (Confor Confor Confor Confor Confor (Confor Confor C	Bairro: E CONT Qual U The cons stano Reg The cons stano Reg The cons stano Reg The cons	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re	PADOS I gistro C:  Orgão Er ou RG): gistro C:  Orgão Er ou RG): gistro C:  Orgão Er ou RG): gistro C:	L/UNIDA clusão  DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R missor:	Dt. Exc EPEND G):	Pai	o Pla TES  is Emiss is Emiss	210001:	Sx	EC CNS:	D. 1	Nascim	nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 3 CPF:	(Confor	Bairro: E CONT Qual U Time cons stano Reg Time cons stano Reg Time cons stano Reg	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re istro Civil ta no Re	ADOS I gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):	L/UNIDA clusão  DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R missor:	Dt. Exc EPEND G):	Pai	o Pla	210001:	Sx	EC CNS:	D. 1	Nascim	nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 3 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 3 CPF: Nome da mãe (conf	(Conforme conforme (Conforme conforme c	Bairro:  E CONT  Qual U  Time cons  Esta no Reg  Time cons	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re istro Civil ta no Re	ADOS I gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):	L/UNIDA clusão  DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R missor: ivil ou R	Dt. Exc EPEND G):	Pai	o Pla TES  is Emiss is Emiss	5001:	SSX SSX	EC CNS:	D. 1	Nascim Nascim	nento nento
TRANSFERÊN Já era usuário U Sim Nã Dep GP Nome 1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 3 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 3 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome Nome da mãe (conf	(Conforme conforme (Conforme conforme c	Bairro:  E CONT  Qual U  Time cons  Esta no Reg  Time cons	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re istro Civil ta no Re	ADOS I gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):	L/UNIDA clusão  DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R missor: ivil ou R	Dt. Exc EPEND G):	Pai	o Pla TES  is Emiss is Emiss	5001:	Sx	EC CNS:	D. 1	Nascim	nento nento
Dep GP Nome  1 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome 2 CPF: Nome da mãe (conf Dep GP Nome	(Conforme conforme (Conforme conforme c	Bairro:  E CONT  Qual U  The cons  Estano Reg  The cons	nimed  D ta no Re istro Civil ta no Re istro Civil ta no Re	ADOS I gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):  gistro C:  Órgão Er ou RG):	L/UNIDA clusão  DOS DE ivil ou R missor: ivil ou R missor: ivil ou R	Dt. Exc EPEND G):	Pai Pai	o Pla TES  is Emiss is Emiss	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	SSX SSX	EC CNS:	D. 1	Nascim Nascim	nento nento

GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP =	SX - Sexo:	EC- Estado Civil:
Companheiro(a) $ES = Esposo(a)$ $FA = Filha$	$\mathbf{F} = \mathbf{Feminino}$	S = Solteiro C = Casado
FO = Filho  EN = Enteado	$\mathbf{M} = \text{Masculino}$	$\mathbf{D} = \text{Desquitado } \mathbf{V} = \text{Viúvo } \mathbf{O} = \text{Outros}$
ANEXAR CÓPIA	DOS DOCUMEN	TOS ABAIXO
TITULAR		
• Cópia RG, CPF		
<ul> <li>Comprovante de endereço em nome do titular         <ul> <li>Conta de água, luz ou telefone</li> <li>Contrato de Locação</li> <li>Declaração de residência com reconheciment</li> </ul> </li> <li>Comprovante de ocupação profissional ou o         <ul> <li>Carteira de Trabalho (CTPS): Página da qua</li> <li>SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão</li> <li>Contrato Social: Inclusão de sócio da empre</li> <li>Comprovação de Vínculo emitida pelo resp</li> </ul> </li> </ul>	nto de firma em cart utro documento que alificação civil e pág esa contratante	tório. e comprove conforme exemplos abaixo: gina do registro na empresa
DEPENDENTES	•	
• Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamer	nto	
<ul> <li>Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pút que poderá ser: (filhos em comum, Imposto de</li> <li>Filhos: Cópia Certidão de Nascimento e Carte</li> </ul>	olica ou Declaração Renda, Conta Conj ira de Vacinação, R	iunta) G CPF para maiores de 18 anos
<ul> <li>Recém nascido: Cópia da Certidão de Nascim Obs: A inscrição deverá ser realizada em até 30</li> </ul>		
OBS.: Os Formulários Cadastrais deverão ser vigência a partir do 1º dia do mês seguinte. Só serão aceitos os formulários com preenchi	enviados para Oper	radora até o dia 15 de cada mês para terem

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

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular

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

Carimbo Vendedor

#### RECEBIMENTO DO CONTRATO

DATA: \_\_\_\_\_

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 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 SERPORTADOR 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 SERPORTADOR 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.

#### ATENÇÃO!

Se a operadora o ferecer 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	
Escai Bata	
Nome:	
(Legível)	
CPF:	
Assinatura:	
Intermediário entre a operadora e o beneficiário	
,//	
Nome:(Legível)	
CPF:	
Assinatura:	
Declaração de saúde entregue na operadora pre-	enchida pelo beneficiário ou seu representante legal sem a

presença do intermediário da operadora (corretor).

## ANEXO 10 - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

No	ome:		Data Nasc.://
Gı	rau de Parentesco 🔲 Titular 🔲 Filho (a)	Esposo (a) Enteado (a)	Companheiro (a)
CF	PF:		
	RGÓrgão Emissor _	UF Data	de emissão://
N	Vaturalidade:		
	PIS		
(	CNS (Cartão Nacional de Saúde)		
1	Estado Civil:		<del></del>
1	Раі		
-1			
Ε	Endereço:		
R	Rua		N°
Ε	Bairro		CEP
C	Cidade		UF
Τ	Celefones		
E	3-mail		
No	ome do Titular:		
No 	ome do Titular:  strução Gerais:  No preenchimento dessa declaração, o compor um médico indicado pela operadora, o	nsumidor tem o direito de	e ser orientado, sem ônus financeir
No  <u>In:</u> 1.	ome do Titular:  strução Gerais:  No preenchimento dessa declaração, o con	nsumidor tem o direito de u de optar por um profissi egistrar a existência de d er portador ou sofredor e	e ser orientado, sem ônus financeir ional de sua livre escolha assumino oenças e lesões preexistentes, con e das quais tenha conhecimento 1
	ome do Titular:  strução Gerais:  No preenchimento dessa declaração, o compor um médico indicado pela operadora, or ônus financeiro desta opção.  A declaração de saúde tem por objetivo resendo aquelas que o consumidor saiba se	nsumidor tem o direito de u de optar por um profissi egistrar a existência de d er portador ou sofredor e ação a si próprio ou a qual	e ser orientado, sem ônus financeir ional de sua livre escolha assumino oenças e lesões preexistentes, con e das quais tenha conhecimento n quer de seus dependentes.
In: 1. 2.	strução Gerais:  No preenchimento dessa declaração, o compor um médico indicado pela operadora, or ônus financeiro desta opção.  A declaração de saúde tem por objetivo resendo aquelas que o consumidor saiba se momento da assinatura do contrato, em rela	nsumidor tem o direito de u de optar por um profissi egistrar a existência de de er portador ou sofredor e ação a si próprio ou a qual eexistente, serão oferecida - Aquela que admite, por ou adesão ao plano de s C), leitos de alta tecnolog	e ser orientado, sem ônus financeir ional de sua livre escolha assumino oenças e lesões preexistentes, con e das quais tenha conhecimento i quer de seus dependentes. is duas opções: cum período ininterrupto de até a aúde, a suspensão da cobertura di ia e procedimentos cirúrgicos, desc
1. 2. 3. a)	strução Gerais:  No preenchimento dessa declaração, o compor um médico indicado pela operadora, or ônus financeiro desta opção.  A declaração de saúde tem por objetivo resendo aquelas que o consumidor saiba se momento da assinatura do contrato, em rela Havendo declaração de doença ou lesão pre Cobertura Parcial Temporária (CPT) - meses, a partir da data da contratação o Procedimentos de Alta Complexidade (PA) que relacionados exclusivamente às doença complexidade.	nsumidor tem o direito de u de optar por um profissi egistrar a existência de de er portador ou sofredor e ação a si próprio ou a qual eexistente, serão oferecida - Aquela que admite, por ou adesão ao plano de s C), leitos de alta tecnolog as ou lesões preexistentes da contraprestação pag ura contratada, para a doe	e ser orientado, sem ônus financeir ional de sua livre escolha assumino oenças e lesões preexistentes, con e das quais tenha conhecimento requer de seus dependentes. Is duas opções:  Tum período ininterrupto de até a aude, a suspensão da cobertura dia e procedimentos cirúrgicos, dese declaradas pelo beneficiário ou se a ao plano de saúde, para que ença ou lesão preexistente declaradas

5.	A comprovação diante da ANS de omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, acarretará a rescisão do contrato ou exclusão do usuário que foi parte do processo de omissão e a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, sem prejuízo de eventuais sanções civis e penais.
6.	<ul> <li>Não haverá análise de doença ou lesão preexistente nos seguintes casos:</li> <li>Contratos coletivos empresariais e por adesão com 50 ou mais beneficiários.</li> <li>Na migração de contratos desta Operadora, anteriores a Lei 9656/98 e em vigência há cinco anos ou mais.</li> </ul>
	pectos Gerais:
	Idade: Peso: Altura: IMC: Sim Não
	Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando:
3.	Sofre de alguma doença ocupacional? (ler, dort, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, outras)
	Especifique a doença, a localização e desde quando:
4.	Está aposentado por motivo de doença? >>>>>>>>>>
	Especifique a doença e há quanto tempo:
5.	Está afastado do trabalho ou serviço por motivo de doença? >>>>>>>>> Sim Não
	Especifique a doença e há quanto tempo:
6.	Sofre de alguma seqüela decorrente de Acidente de Trabalho? >>>> Sim Não  Especifique a seqüela, a localização e desde quando:
7.	Sofre de alguma seqüela decorrente de cirurgia? >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>
	Especifique a seqüela, a localização e desde quando:
8.	Sofre de alguma doença congênita? (síndrome de Down, má formações, outras)>>>>> Sim Não  Especifique a doença e desde quando:
9.	Sofre de alguma doença respiratória? (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, sinusite,
	outras) >>>>> Sim Não
	,
	Especifique a doença e desde quando:

	Sofre de alguma doença cardiovascular? (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias insuficiência cardíaca, arritmias, outras) >>>>>>>>>>>>>
Esp	pecifique a doença, a localização e desde quando
11.	Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo? (hérnia disco, osteoporose, lesão de menisco
	e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lupus, tensinovites, escoliose, lordose, outras)
	>>>>>>> Sim Nã
	Especifique a doença, a localização e desde quando
12.	Sofre de alguma doença da audição? (surdez, otites, labirintite, outros) >>>>>>
	Especifique a doença, o motivo e desde quando
13.	Sofre de alguma doença da visão? (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo
	ceratocone, retinopatia, cegueira, outras) >>>>>> Sim Não
	Especifique a doença, o motivo e desde quando:
- Em	caso de miopia, hipermetropia e astigmatismo informar o grau: olho direitoolho esquerdo
	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites,
	pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, doença da vesículabiliar (ex: pedra),
	hemorróidas, tumor, diverticulite, outras)
	Especifique a doença, a localização e desde quando:
15.	Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? (cólica renal, insuficiência renal, doenças de
	próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da
	mama, outros)>>>>>>>> Sim Não
	Especifique a doença e desde quando:
16.	Sofre de alguma doença neurológica? (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, tumores
	paralisia, seqüela de derrame, outras) >>>>>> Sim Nã
	Especifique a doença, a localização e desde quando:
17.	Sofre de alguma doença endócrina? (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade,
17.	Sofre de alguma doença endocrina? (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade, outras)

Página 3

10.	Sofre de alguma doença infecto contagiosa? (AIDS – inclusive portador de HIV,
	malária, tuberculose, doenças venéreas, outras)>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>
	Especifique a doença, a localização e desde quando:
19.	Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química? (psicose, depressão, alcoolismo, uso de
	outras drogas) >>>>> Sim Não
	Especifique a doença e desde quando:
20.	Sofre de doença cancerosa? (câncer de mama, próstata, pulmão, figado, outras) >>>>> Sim Não
	Especifique a doença, a localização e desde quando:
21.	Sofre de doença hematológica? (anemia, leucemia, hemofilia, outros) >>>>>>> Sim Não
	Especifique a doença e desde quando:
	Sofre de alguma doença de pele (nevus, sinais, outros) ou alérgicas (rinite, urticária, outras)?
2	Sim Não
	Especifique a doença, a localização e desde quando:
23.	Sofre de distúrbio do sono ou apnéia do sono? >>>>>>>>> Sim Não
	Especifique qual e desde quando:
24.	Sofre de hiperhidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais) >>>>>
	Especifique a localização e desde quando:
25.	Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias (má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo,
	prognatismo, retrognatismo, outros?) >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>
	Especifique qual e desde quando:
26.	Faz uso de prótese(s), órteses(s) (pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros) >>>>>>
	Especifique qual, a doença, a localização e desde quando:
27.	Sofre de alguma outra doença, não descrita nesta declaração? >>>>>> Sim Não  Especifique:
28.	Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde
	físico ou mental na contratação do plano de saúde? >>>>> Sim Não

Página 4

importante registrar.	
Espaço reservado para que o médico orientador de	clare que o preenchimento desta declaração contou com a
sua presença	
	Assinatura e Carimbo do Médico Orientado
- O consumidor dispensou a presença do me	édico orientador.
Declaro para todos os fins que as informações acin	na prestadas são verdadeiras e autorizo o uso e verificaçã
de prontuário, fichas médicas e outros documentos	, para fins médico-legais.
de prontuário, fichas médicas e outros documentos	, para fins médico-legais.
de prontuário, fichas médicas e outros documentos	, para fins médico-legais.
de prontuário, fichas médicas e outros documentos	, para fins médico-legais.
	, para fins médico-legais.  Assinatura do Dependente ou responsável legal
Assinatura do Titular ou responsável legal	Assinatura do Dependente ou responsável legal
	Assinatura do Dependente ou responsável legal
Assinatura do Titular ou responsável legal Nome	Assinatura do Dependente ou responsável lega Nome
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome  CPF/  Data://	Assinatura do Dependente ou responsável lega Nome CPF
Assinatura do Titular ou responsável legal Nome CPF	Assinatura do Dependente ou responsável lega Nome CPF
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:	Assinatura do Dependente ou responsável lega Nome
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:	Assinatura do Dependente ou responsável lega  Nome  CPF  Data://  Com DLP e sem necessidade de perícia médica
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:	Assinatura do Dependente ou responsável legal Nome  CPF  Data://
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome	Assinatura do Dependente ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  Com DLP e sem necessidade de perícia médica  Com DLP e com necessidade de perícia médica
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:	Assinatura do Dependente ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  Com DLP e sem necessidade de perícia médica  Com DLP e com necessidade de perícia médica
Assinatura do Titular ou responsável legal  Nome	Assinatura do Dependente ou responsável legal  Nome  CPF  Data://  Com DLP e sem necessidade de perícia médica  Com DLP e com necessidade de perícia médica

	Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador
PERÍCIA MÉDICA	Data:/
Quadro Clínico:	
Resultado de Exames:	
CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos	s:
Parecer Final:	
	Assinatura e Carimbo do Médico Perito
	Data :/
Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos	resultados da perícia médica.
	Assinatura do Dependente ou responsável legal
Assinatura do Titular ou responsável legal	
Assinatura do Titular ou responsável legal Nome	Nome_
Assinatura do Titular ou responsável legal Nome CPF	

#### **ANEXO 11 – FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO**

UNIME	<b>D</b>	FOR	MULÁRIO DE EXC	LUSÃO	Nº		
Contrat	ante:				Contrato N.º		
Operad	ora: Unime	d Alto Vale	Cooperativa de Traball	ho Médico	Registro ANS N	T.º 372561	
			OTIVO DA EXCLUSÃ	_			
1	Rompimen		to por iniciativa do Ber				
2			vinculado a um benefic				
3	Desligame	nto da empre	sa (planos coletivos)				
5	Óbito - A	nexar cópia	da Certidão de Ób	ito, em atendimen	to a Resolução/AN	NS RN n.º 86 d	
	15/12/2004						
7			e mudança do código			ção de sistema d	
* 4			te motivo em caso de r	nigração, mudança (	de plano)		
	Inadimplência						
*8	Transferência de Carteira  Alteração individual do código do beneficiário						
		idevida de B		,			
		: 13 da Lei 90					
		a Operadora	/				
			ficiários abaixo elenca	dos do plano de saú	de da Unimed:		
30Heliai	nos a cacia	DA	DOS DO(A) TITULA	R E DOS DEPEN	DENTES		
	Causa	Data				<b>4</b> ° -	
Motivo	Materna	Óbito	Nome		Código Ca	artao	
Data		•	Data Exclusão	Vendedor:	1	N.°	
	A - Fisher	le Exclusão	deverão ser enviadas	para Operadora a	ité o dia 15 de cada	ı mês para terem	

#### **ANEXO 12 - FORMULÁRIO DE EX-EMPREGADO - DEMITIDO**

						~ ~					_		~ / • /				
UNI	MED		FICHA	DE.	INSCR	ЦÇА	O E2	K-EN	IPRE	EGAD	)	(	Códig	30:			
ONL	VILD	PRE	ENCHI	ER S	OMEN	ITE C	OS Q	UAL	RO	S QUE	EST	ÃΟ	SEN	DO A	LTE	RADO	OS
		LUSÃO					CLUSÃO ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO						EREÇO				
		UNIMED A															
EMP	RESA	A: Hospital T	rombud	o Ce		DAT	200	DO I	732 T	73 (DD)	PC A1	DO.		C	ONT.	RATO	O N.º
(X) I	Demit	ido Ou Den	nissioná	rio 1						EMPRI Data			Em	presa	Dat	ta inic	ial de Inclusão na
Justa	Caus poser	a	113310114		Data St		L1	npre.	,,,,	Data	2 10111	15500	,	presa		imed:	
Nom		nado					Carg	go/Fu	nção	):					-		
CPF:			R	G:						Endere	co R	eside	encial	l:			
Ν°		Apto:	Comp	leme	nto						•		irro:				
Cidao	le·							UF:		CEP:			Fone	e.		Fa	ax
		Comercial:											1 dx				
	-							Ν°		Comp	oleme	ento			Ва	irro	
Cidao	Cidade: UF				CEP	•			For	ie		R	Ramal Fax		ax		
Cód.	Planc	Anterior	Dt. Inc	lusã	0	Dt. E	xclu	são	Pla	ano/col	pertu	ra:		Unim	ed:		
				Г	DADOS	S DO	TIT	ULA	RE	DOS I	EPF	NDI	ENTI	ES			
Cód	Cód Cód Nome					·								Sx	EC	Data Nasc.	
Ref	Ref Par									o anterior)							
Atrav	rés de	sta declara t	er conh	ecim	ento d	le tod	lo o	teor	do C	Contrat	o n°		_ firi	mado	entre	a	e a
isola	lamer	nte nor todas	as siia	na s clá	data (	cont	rafiia	is e	, exin	ao qu nindo	iai, i	neste	e mo	oment	o ad	ere, i	responsabilizando-se pilidade da Empresa
		lificada. Outr														011544	maac aa Empresa
							]	Dado		Plano							
Cód		Plano				rticip						imit				Val	or Mensalidade
Ref.	(Co1	nforme o Ant	erior)		Consu	s Cus					Parti	cipa	ção F	2\$			R\$
ICCI.					Const	iitas (	C CA	imes									
Tota1	da M	Iensalidade F	ixa					1	[níci	o Vigê	ncia.						
R\$	CPCC IVI									150							
		rentesco					exo:		1	ado Ci							NÇÃO PARA
		Filho(FO) As			I		– Ma		1	- Desq					ΟI		CHIMENTO DOS
Espo	so(a)	(ES) Con	np. (CP)		RF	$\overline{}$	- Fe		_	Soltei: DIÇÕI						CAN	IPOS ACIMA
emp	resa a		erá dire		xonera	do, s	em	justa	cau	sa, ber	n coi	no o	ex-e				entado, desligado da peitadas as condições

- 1.1) O beneficio 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 beneficio, 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 inicio 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 bloquetos de cobrança individuais, com vencimento para o dia 10 de cada mês em nome dos ex-empregados, encaminhado-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 impontualidade 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:	

### ANEXO 12.1 – AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

	AUTORIZAÇÃO	
Autorizamos a inclusão da Sr		no plano inativos da a partir de//
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 Senho	r
sua condição o	to ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito de mante le usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando d ntrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
	manutenção dessa condição de usuário será de um terço do tempo em que V.S. a o plano mantido por esta empresa, com um mínimo de seis meses e um máximo de ses.
	egurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o que dever lo a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grupo familiar lano.
	da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiar então da vigência do contrato de trabalho.
	trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse em exercer posto, juntando comprovante de endereço para cobrança das contraprestações.
Atenciosamen	re
Ass	atante

#### **ANEXO 12.3 - RESPOSTA DO EMPREGADO**

Rio do St	ul,
Prezado S	Senhor
	osta à comunicação dessa empresa quando da rescisão contratual, sobre meu direito
	a manutenção da cobertura assistencial do Plano de Saúde Unimed de que gozava quar
	cia do contrato de trabalho, manifesto o meu interesse em exercê-lo, assumindo o sto integral.
Atenciosa	amente
 Beneficiá	ário

### ANEXO 12.4 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA A OPERADORA

Kio do 5di,	·		
Á Unimed Alto Vale Coope Rua Prefeito Eugênio Scl RIO DO SUL (SC)		édico	
Prezados Senhores			
Solicitamos a essa oper empresarial de assistênc mesmo(s), no plano col empregado(s) desta empre 9.656 (anexo).  Declaramos que o(s) me ciente(s) de seus direitos Reiteramos os termos con extinto o contrato para in Nome do titular, código da empresa;  Dependente 1  Dependente 2  Dependente 3	cia à saúde, entre nó letivo por adesão par resa, optou (optaram) p esmo(s) se enquadra(m e obrigações (anexo). ntratuais em que haven nativos. do beneficiário, data d	is celebrado, e a si ra inativos, uma ve: pelo exercício do dire n) nas hipóteses prev ndo rescisão do contri le início da contribui	imultânea inscrição do(s z que o(s) titular(es) ex eito estabelecido na Lei r istas em lei e está (estão rato coletivo, também ser ção, data do desligament
Atenciosamente			

#### **ANEXO 12.5 – 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 beneficio 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.			2 511110 0	e Adesão
	empresa emp privados de as O plano cujo demitidos e ap independente Contratante e Em caso de en o plano de ina O atraso no p suspensão dos Em caso de 1 antes do resp Central de Ata No caso de a cancelado, de exclusão do g Em caso de u civis e penais	regadora, como ssistência à saúditipo de contrat posentados, é de de utilização da Operadora. Incerramento ou outivos também se pagamento das contratora ectivo vencimento da Opadmissão do usu vendo o usuário rupo familiar e cutilização indevida lei, bem comissistência à semicora posenta de contratora de contr	Contratante, e e. ação é coletivo modalidade de plos serviços e cancelamento do rá encerrado ou ontraprestações ados, e poderá a do documento ato, o usuário deradora, para so tário titular em comunicar o fato onseqüente devoda, o usuário tito ao ressarcimen	a Unimed Alto Vale, operadora de plano por adesão (para inativos), específico para o ré-pagamento e as contraprestações são devidestão sujeitas às variações acordadas entre plano empresarial (para os empregados ativos cancelado. por período superior a trinta dias implicará a carretar a rescisão do contrato. de cobrança da contraprestação até cinco di everá entrar em contato imediatamente com licitação da segunda via. novo emprego, o benefício estará legalmen o à empresa Contratante para as providências o lução dos cartões de identificação. ular e dependentes estarão sujeitos às sançõ
Assinatura do usuário inativo	seja, até/_	/		ivo por adesão para inativos: meses, o
Assinatura do usuário inativo	seja, até/_ Valor da conti	/ raprestação R\$	vencin	ivo por adesão para inativos: meses, on meses, or
	seja, até/_ Valor da conti	/ raprestação R\$	vencin	ivo por adesão para inativos: meses, on meses, or
	seja, até/_ Valor da conti	/ raprestação R\$ de	vencin	ivo por adesão para inativos: meses, on meses, or
	seja, até/_ Valor da conti	/ raprestação R\$ de	vencin	ivo por adesão para inativos: meses, on meses, or
	seja, até/_ Valor da conti	/ raprestação R\$ de	vencin	ivo por adesão para inativos: meses, on meses, or

#### **ANEXO 12.6 - TERMO DE COMPROMISSO**

	TERMO DE COMPROMISSO.
À despeito	de haver
	posentado; emitido sem justa causa;
da vigênc	, tendo interesse na manutenção da condição de io do Plano de Saúde da Unimed, nas mesmas condições de que gozava quando ia do contrato de trabalho, conforme cláusula 15ª e 16ª daquele instrumento s abaixo), e, portanto, ASSUMO O INTEGRAL PAGAMENTO DO PLANO DE
	Rio do Sul,
	Titular: CPF:
<u>CLÁUSU</u>	<u>LA 15ª</u> Funcionários Demitidos
<u>usuário</u> <u>tit</u>	e rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é <u>assegurado ao</u> <u>ular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de</u> <u>a quando da vigência do contrato de trabalho, desde que</u> :
empre	tribuísse <u>financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo gatício, não sendo considerada contribuição, para este efeito, a co-participação fator de moderação;</u>
b) <u>assum</u> c) <u>a opçã</u> <u>desliga</u>	a o pagamento integral; io pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu amento, cabendo à(o) CONTRATANTE formalizar questionamento a este
	o no ato da rescisão;

**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 16<sup>a</sup> 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 INS	CRIÇ	ÃO E	X-EM	PRE	GADO	)	(	Códi	go:					
UNIN	MED							<b>D</b> O	~ ~ ~ ~ ~	no.	7.0	0 TD			- · -	~~		
	hici	PRE JUSÃO	ENCH	ER SOM	1ENTE	E OS Q KCLUS	QAD São	RO:	S QUE	EST		SEN	IDO A	LTE	RAD	OS DERE	CO	
		UNIMED A	LTO V	ALE	EZ	CLUS	SAU				A		KAÇE	ועטו	E EIN.	DEKE	ÇU	
		: Hospital Ti			al								С	ONT	RAT	O N.º		
		•			D	ADOS	DO F	X-E	EMPRE	GAI	00							
	Demiti Causa	ido Ou Den a	nissioná	rio Dat	a Saíd	a da Eı	mpres	a	Data 2	Admi	ssão	Em	presa	- 1	ta ini imed		Inclusã	io na
	posei																	
Nome	e:					Carg	go/Fui	ıção	:									
CPF:			R	G:				1	Endere	ço Re	side	encia	1:					
Ν°		Apto:	Comp	lemento							Ba	irro:						
Cidad	le:		•				UF:		CEP:			Fon	ie:		Fax			
Ende	reco (	Comercial:							_					1_				
							Ν°		Comp	leme	nto			Ва	irro			
Cidad	le:			UF		CEF	9			Fon	ie		R	amal	]	Fax		
Cód.	Plano	Anterior	Dt. Inc	clusão	Dt.	Exclu	ısão	Pla	no/cob	ertur	a:		Unin	ied:				
				DAI	OOS D	O TIT	'ULAI	RE	DOS I	EPE	ND	ENT	ES					
Cód	Cód	Nome								Plan				Sx	EC	1	Data Na	asc.
Ref	Par									o an	terio	or)						
Atrav	és de	sta declara t	er conh	eciment	o de t	odo o	teor (	do C	Contrat	o n°		fir	mado	entre	a			e a
			,	na dat	ta de_			,	ao qu	al, 1	neste	e m	oment	o ad	ere,	respon	nsabiliz	ando-se
		ite por todas													onsa	bilidad	de da E	Empresa
acima	a qual	ificada. Outro	ossim re	quer de	sde já					acin	ıa re	elacio	onado	S.				
Cód		Plano			Dorti		Dados	s do	Plano	т.	innit	e de		_	7.70	lon M	ensalida	vd o
Coa	(Con	nforme o Ante	erior)			cipação tustos				ے Parti			29		Va		ensanda S\$	ide
Ref.	(COL	nomic o min	51101)		onsulta					I ditt	стра	çaoı	ico			1	C.D	
T-4-1	1-36	·1' 1- 1- T							77:-0-									
R\$	аа м	ensalidade F	ıxa					nici	o Vigêi	ıcıa:								
		rentesco				Sexo:			ado Civ					_			O PAR	
		Filho(FO) As				M – M			- Desq					ΟI			ENTO	
Espos	so(a)	(ES) Con	.p. (СР)			F – Fe			Solteii DIÇÕE						CAI	MPOS	ACIM.	A
1) 0		mercado do	mitido	011 011011									000000	anda	0000	ontode	- doct	icada da
		mpregado de partir de, t																
		nos itens segu		a co	arranted.				. ochel			- mun	., aca	a- qu	.0 103	roma	45 •1	Jan your
1																		
•																		

- 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 beneficio, 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 inicio 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 bloquetos de cobrança individuais, com vencimento para o dia 10 de cada mês em nome dos ex-empregados, encaminhado-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 impontualidade 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:	

### ANEXO 13.1 – AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

	AUTORIZAÇÃO	
Autorizamos a inclusão da Sr		no plano inativos da a partir de//
Rio do Sul, de	de	
Razão Social CNPJ		

## ANEXO 13.2 - COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA O EMPREGADO - APOSENTADO

Prezado (a) Senhor (a)  Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito nanter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano ontribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de d nos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grujamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiantão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de	Prezado (a) Senhor (a)  Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de d anos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o q deverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grup familiar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo famili então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse e exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança d contraprestações.	Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de canos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grufamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familientão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança contraprestações.	Nome do beneficiário	
Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito nanter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza uando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. O período de manutenção dessa condição de usuário será de um ano para cada ano ontribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de d nos. O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do gruamiliar à operadora do plano. A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiantão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de	Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de danos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grufamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familia então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de contraprestações.	Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de canos.  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 grufamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familientão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança contraprestações.  Atenciosamente		
Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito nanter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza uando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. O período de manutenção dessa condição de usuário será de um ano para cada ano ontribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de d nos. O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do gruamiliar à operadora do plano. A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiantão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de	Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de danos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grufamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familientão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de contraprestações.	Em atendimento ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656, informamos que V.S. tem direito manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de canos.  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 grufamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familientão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança contraprestações.  Atenciosamente		
nanter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano ontribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de d nos. O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do gruamiliar à operadora do plano. A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familiantão inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de	manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de danos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o q deverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do gru familiar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familia então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança de contraprestações.	manter sua condição de usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza 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 ano para cada ano contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de canos.  O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o queverá ser comunicado a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grufamiliar à operadora do plano.  A manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo famil então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.  V.S. dispõe de trinta dias, contados desta data, para manifestar, por escrito, o interesse exercer o direito aqui disposto, juntando comprovante de endereço para cobrança contraprestações.  Atenciosamente	Prezado (a) Senhor (a)	
	Atenciosamente		manter sua condição de u quando da vigência do co O período de manutença contribuição, ou por tempanos. O direito é assegurado por deverá ser comunicado a familiar à operadora do pi. A manutenção da cobertu então inscrito quando da V.S. dispõe de trinta dia exercer o direito aqui	suário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que goza entrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. ão dessa condição de usuário será de um ano para cada ano po indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de delo prazo acima ou até a admissão de V.S. em novo emprego, o que a esta empresa, para que possamos solicitar a exclusão do grulano. Uma assistencial nos termos acima é extensiva a todo o grupo familia vigência do contrato de trabalho.
			Atenciosamente	
Atenciosamente		NIDI .		
Atenciosamente		MDI		

#### **ANEXO 13.3 - RESPOSTA DO EMPREGADO**

Rio do Sul,
Prezado Senhor
Flezado Selliloi
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
<u> </u>

### ANEXO 13.4 – COMUNICAÇÃO DA EMPRESA PARA A OPERADORA

Kio do Sui,	<del>-</del>
Á Unimed Alto Vale Coo Rua Prefeito Eugênio S RIO DO SUL (SC)	operativa de Trabalho Médico Schneider
Prezados Senhores	
Solicitamos a essa op	peradora a exclusão do(s) usuário(s) abaixo relacionado(s) do plan
empresarial de assisté	ência 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 en	npresa, optou (optaram) pelo exercício do direito estabelecido na Lei r
9.656 (anexo).	
Declaramos que o(s) 1	mesmo(s) se enquadra(m) nas hipóteses previstas em lei e está (estão
ciente(s) de seus direite	os e obrigações (anexo).
Reiteramos os termos	contratuais em que havendo rescisão do contrato coletivo, também ser
extinto o contrato para	a inativos.
Nome do titular, códig	go do beneficiário, data de início da contribuição, data do desligament
da empresa;	
Dependente 3	
Atenciosamente	

### **ANEXO 13.5 – TERMO DE ADESÃO**

	Te	rmo de Adesão		
empresa empresa empresa privados de assis O plano cujo tij demitidos e apos independente de Contratante e a C Em caso de ence o plano de inativ O atraso no pag suspensão dos se Em caso de não antes do respect Central de Atend No caso de adricancelado, dever exclusão do grup Em caso de util civis e penais da Prazo máximo de seja, até/	radora, como Contratar tência à saúde. no de contratação é col- entados, é de modalidado utilização dos serviços peradora. rramento ou cancelamento os também será encerrado amento das contrapresta rviços contratados, e poor recebimento do documi ivo vencimento, o usuá imento da Operadora, panissão do usuário titular do o usuário comunicar o familiar e conseqüente ização indevida, o usuár lei, bem como ao ressarde e permanência no plano	etivo por adesão (par e de pré-pagamento e os e estão sujeitas à ato do plano empresar do ou cancelado. Ações por período sup derá acarretar a rescissa tento de cobrança da ario deverá entrar em ara solicitação da segu r em novo emprego, o fato à empresa Con e devolução dos cartõe rio titular e depender cimento de todas as de e coletivo por adesão	contraprestação até cinco dias contato imediatamente com a anda via.  o benefício estará legalmente atratante para as providências de es de identificação.  ntes estarão sujeitos às sanções espesas pagas pela Operadora.  para inativos: meses, ou	
	le d			
Assinatura do us	ıário inativo			

#### **ANEXO 13.6 - TERMO DE COMPROMISSO**

	PMO DE COMPROMESO
TERMO DE COMPROMISSO.	
À despeito de haver	
( x ) me aposentado; ( )sido demitido sem justa caus	sa;
da vigência do contrato de tra	, tendo interesse na manutenção da condição de da Unimed, nas mesmas condições de que gozava quando abalho, conforme cláusula 15ª e 16ª daquele instrumento ASSUMO O INTEGRAL PAGAMENTO DO PLANO DE
	Rio do Sul,
	Titulani
	Titular: CPF:
usuário titular o direito de man	cão do contrato de trabalho sem justa causa, é <u>assegurado ao</u> ter <u>sua condição de beneficiário, nas mesmas</u> condições de <u>do contrato de trabalho, desde que</u> :
a) <u>já contribuísse</u> <u>financeirame</u>	ente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo ensiderada contribuição, para este efeito, a co-participação
c) a opção pela manutenção d	o plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias do seu o) CONTRATANTE formalizar questionamento a este

**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 16<sup>a</sup> 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

En			
Eu,	(Nome do Declarante – Titular do Plano	))	
(Nacionalidade)	(Estado Civil) to de identidade nº	(Profissão)	
portador (a) do documen	to de identidade nº		_, expedido
pelo(a)(Órgão Expedidor)	em data de/,	,	
CPFn°	,	residente	e
domiciliado	(Endereço)	, nº	
Cidade de	(Lindereço)	, Esta	ado de
	, abaixo assinado, <b>D</b>	DECLARO para o fim es	specífico de
inclusão de dependente	da UNIMED ALTO VALE	- COOPERATIVA DE T	RABALHO
	de lei e para os Jurídicos e Leg		
SI. (a)	(Nome Completo-Dependente)		
(Nacionalidade)	,,na (Estado Civil)	iscido (a) em data	
			·
de//_ de	, natural de	do documento de	Estado identidade
n°	, natural de, portador(a), expedida pelo(a)	do documento de	em data
		(Órgão Expedidor)	
Companheira(o) a.	, convive configo c	mbos sob o mesmo teto	
companienta(o) a	(Tempo-Anos)	moos soo o mesmo teto,	
CPF nº Companheira(o) a: Com residência no endera	eço acima mencionado.		- :
Declaro outrossim	n, estar ciente de que em cas	so de vir a ser comprovad	
Declaro outrossim desta declaração para o	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do	o quadro de
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do 10 a vir a responsabiliz	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do 10 a vir a responsabiliz	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do 10 a vir a responsabiliz	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve prejuízo de responder açã	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus ão penal competente.	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do lo a vir a responsabiliz ados em virtude desta decl	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus ão penal competente.	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do 10 a vir a responsabiliz	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve prejuízo de responder açã	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus ão penal competente.	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do lo a vir a responsabiliz ados em virtude desta decl	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve prejuízo de responder açã	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus ão penal competente.	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do lo a vir a responsabiliz ados em virtude desta decl	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve prejuízo de responder açã	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus ão penal competente.	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do lo a vir a responsabiliz ados em virtude desta decl	o quadro de ar-me pelo
Declaro outrossim desta declaração para o usuários da UNIMED ressarcimento de possíve prejuízo de responder açã	n, estar ciente de que em cas fim a que se destina, corre ALTO VALE, bem com eis prejuízos financeiros caus ão penal competente.	so de vir a ser comprovad rei o risco de exclusão do lo a vir a responsabiliz ados em virtude desta deci	o quadro de ar-me pelo

### **ANEXO 15 - DECLARAÇÃO DE ENTEADO**

Eu,
CPFn, residente e domiciliado  Cidade de
Cidade de
DECLARO para o fim específico de inclusão de dependente no plano saúde na Unimed Alto Vale Cooperativa de Trabalho, sob as penas de lei para os efeitos Jurídicos e Legais que: S  (Nome Completo-Dependente)
, ,nascido (a) em data (Nacionalidade) (Estado Civil)
(Nacionalidade) (Estado Civil)
de
Rio do Sul (SC),de

#### **ANEXO 16 – DOCUMENTO DE NÃO ENTREGA DO CARTÃO**

Rio do Sul,	do 2000
Rio do Sui,	de 2009.
Á Unimed Alto Vale	
Rua Prefeito Eugênio Schri Bairro Eugênio Schneider	neider, 123
RIO DO SUL (SC)	
Prezados Senhores:	
Comunicamos que a carte	eira do(s) usuário(s),, excluído(s) do Plano de Saúde Unimed desta empresa er
//2009, não está sendo	enviada com o Formulário de Exclusão anexo.
A empresa	, responsabiliza-se pela utilizaçã ra pela usuária, conforme contrato original.
indevida da referida carten	a pera usuaria, comornie contrato original.
Atenciosamente	
Razão social	
CNPJ:	

